

ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO

PROMOVENDO O CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO: REVELANDO CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE CUIDAR E INCORPORANDO MELHORES PRÁTICAS A PARTIR DO CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA.

Florianópolis

2005

ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO

PROMOVENDO O CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO: REVELANDO CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE CUIDAR E INCORPORANDO MELHORES PRÁTICAS A PARTIR DO CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA.

Florianópolis

2005

Ficha Catalográfica

M527p Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de
Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos (tese) / Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello. – Florianópolis: UFSC/PEN, 2005.

319 p. il.

Inclui bibliografia.

1. Cuidado - Boca. 2. Idoso. 3. Saúde Bucal. 4. Internação – Idoso. I. Título.

CDU – 616.89

ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO

PROMOVENDO O CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Professora Doutora Alacoque Lorenzini Erdmann

Florianópolis, 19 de dezembro de 2005.

ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO

PROMOVENDO O CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos.

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

Doutor em Enfermagem

E aprovada em sua forma final em 19 de dezembro de 2005, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Presidente

Dra. Maria Lacerda Ribeiro
Membro

Dr. Carlos Wagner de Araújo Werner
Membro

Dr. Gilsée Ivan Régis Filho
Membro

Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves
Membro

Dr. Julio Baldisserotto
Suplente

Dr. João Carlos Caetano
Suplente

Dra. Angela Maria Alvarez
Suplente

Dedico esta Tese a todos os idosos
que residem em instituições
de longa permanência.

E a meu pai.

Chegar nesta etapa da caminhada não foi fácil. Exigiu de mim esforço, dedicação, disciplina, equilíbrio e paciência. Tive que fazer escolhas, abdicar de algumas coisas e cultivar a esperança. Mas valeu a pena. Estou realizando um sonho...antes dos trinta! Entretanto, esse mérito não é só meu. Ele foi alcançado com a ajuda de muitas pessoas, que direta ou indiretamente, consciente ou inconscientemente, colaboraram para que ele se tornasse realidade. Por isso agradeço a todos, gentilmente. Desejo que possamos continuar a caminhada juntos, rumo à felicidade que todos nós merecemos.

Registro os meus agradecimentos...

A Deus, pela vida.

À Enfermagem, campo do conhecimento receptivo, acolhedor e visionário.

À Odontologia, por suportar minha crença na saúde bucal.

À minha orientadora Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, pela confiança depositada em mim e pela possibilidade de aprendizado pessoal e acadêmico.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela oportunidade, em especial à coordenadora Profa Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pelo financiamento dos meus estudos neste Doutorado no Brasil e na Espanha.

Ao Prof. Dr. Jose Antonio Gil Montoya, pela possibilidade de aprendizado e compartilhamento de suas experiências.

Aos participantes desta pesquisa, pela disposição de expressar suas experiências, opiniões e sentimentos.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela dedicação ao curso e aos alunos.

À minha amiga Renata Goulart Castro, faltariam páginas para expressar minha gratidão.

À minha amiga Michelle Tillmann Biz, pelo exemplo de luta em busca do crescimento profissional e pessoal.

Aos professores Dalva Maria Padilha, Cláudio José Amante, Calvino Reibnitz, Rolf Erdmann, Kenya Reibnitz, Daniela Lemos Carcereri, João Carlos Caetano, Cleo Nunes de Sousa, Carlos Werner,

Liliane Grando, Denise Oleiniski, José Carlos Oleiniski e Julio Baldisserotto, que tanto contribuíram para minha formação acadêmica e se tornaram meus exemplos e amigos.

Às colegas do curso de Doutorado, em especial à Tânia Benedetti, Selma Marino, Magda Scherer, Albertina Bonetti, Celina Tavares, Giovana Gomes, Eliane Azambuja e Sônia Lorena Fernandes, pelos bons momentos.

Aos amigos de Granada Ciro Barreto, Inma Guardia, Maria Vitória Fuentes, Enrique Balesteros e Paloma Martín de Villodres, pela convivência agradável.

Aos idosos do Residencial Geriátrico de Armilla, Sr. Gaspar, Sra. Elvira Galisteo, Sr. Rogelio, Sra. Maria Castillo, Sr. Jose Molina, Sra. Mercedes Giraó, e outros, pela experiência compartilhada.

À Secretaria do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em especial à Claudia e ao seu Jorge.

À Mari e ao Guilherme, pelo trabalho de transcrição.

Ao Evandro Baron, pelo trabalho e dedicação na diagramação do Manual.

À Daniela Sales de Carvalho, pela ajuda indispensável no Projeto de Extensão.

Aos idosos com quem tive contato durante todas as minhas atividades profissionais, acadêmicas e pessoais.

Aos meus pais, Ana Maria e Fernando, por cuidarem de mim e pelo apoio incondicional.

Ao Marcelo, pelo seu amor.

Aos meus familiares, em especial minha avó Lúcia, eterna fonte de inspiração.

e ao Aureliano, pela companhia.

nosso encontro aconteceu
como eu imaginava
você não me reconheceu
mas fingiu que não era nada
eu sei que alguma coisa minha
em você ficou guardada
como num filme mudo antes
da invenção das palavras
afinei os meus ouvidos
pra escutar suas chamadas
sinais do corpo eu sei ler
nas nossas conversas demoradas
mas há dias em que nada faz sentido
e os sinais que me ligam ao mundo
se desligam
eu sei que uma rede invisível
irá me salvar
e que o impossível me espera
do lado de lá
eu salto pro alto
eu vou em frente
de volta pro presente
sozinho no escuro
nesse túnel do tempo
sigo o sinal que me liga
a corrente dos sentimentos
onde se encontra a chave
que me devolverá
o sentido das palavras
como uma imagem familiar
mas há dias em que nada faz sentido
e os sinais que me ligam ao mundo se desligam....

Túnel do tempo
Frejat/Maurício Barros/Dulce Quental

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos**, 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 319p. Orientadora: Professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

RESUMO

Este estudo trata da elaboração de um modelo teórico para abordagem do fenômeno do cuidado à saúde bucal de idosos, a partir do contexto das instituições de longa permanência, em suas várias dimensões: individual, profissional, institucional e político-organizacional. A compreensão do significado deste fenômeno, por meio da interação dessas dimensões, mostra a plausibilidade de um estágio qualitativamente superior ao atual mediante a incorporação de melhores práticas de cuidado na perspectiva do viver e envelhecer com saúde bucal. Foi adotado o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded theory*). Participaram do estudo 19 pessoas entre idosos residentes em instituições de longa permanência, seus cuidadores auxiliares e técnicos de Enfermagem e enfermeiros, dirigentes dessas instituições, cirurgiões-dentistas e gestores de serviços públicos de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas. As etapas de pesquisa referentes à codificação, amostragem e saturação teórica, ordenação e integração foram guiadas pelo procedimento da análise comparativa dos dados. A organização dos códigos foi feita de acordo com suas propriedades e, então, agrupados em componentes, subcategorias e categorias. Por meio da inter-relação entre as categorias, evidenciadas pelos dados coletados, chegou-se a uma categoria central, eixo estruturante do modelo teórico, e integradora das categorias analíticas. A categoria central emergente corresponde e configura um processo social básico: “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência”. Nele são identificados dois estágios, um em que as contradições no processo de cuidar da saúde bucal do idoso mantêm a precariedade do quadro epidemiológico e outro, superior, que incorpora a postura de melhoria contínua, traduzida em melhores práticas de cuidado nas estruturas e nos processos que compõem a promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos. As categorias de análise são endógenas em relação aos dados. As categorias consubstanciam subprocessos que abrangem a atribuição de significado à saúde bucal, a determinação social das condições de saúde bucal, o envelhecimento humano e sua relação com a saúde bucal, as interações que se estabelecem no cuidado à saúde bucal do idoso, a gestão do cuidado à saúde bucal em instituições de longa permanência para idosos, a inserção do cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional, e a possibilidade de vislumbrar melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso. O modelo teórico para a abordagem do processo de promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos institucionalizados, resultante deste estudo, é dotado dos atributos de variabilidade e difusão. Suas bases estruturantes são apresentadas em formato capaz de contribuir para a construção e orientação de trabalhos que abordem o cuidado à saúde bucal de idosos.

Palavras-chave: Idoso. Idoso institucionalizado. Instituição de longa permanência para idosos. Residência geriátrica. Cuidado do idoso. Cuidado à saúde bucal. Cuidado à saúde bucal do idoso. Promoção do cuidado à saúde. Saúde bucal. Saúde bucal do idoso. Melhores práticas. Melhores práticas em saúde bucal. Processo social básico. Teoria fundamentada nos dados. *Grounded theory*.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Promoting oral health care for the elderly: revealing contradictions in the process of caring and incorporating best practices from the context of long-term care institutions**, 2005. Thesis (Doctorate in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 319f. Supervisor: Profesor Alacoque Lorenzini Erdmann, PhD in Nursing.

ABSTRACT

This study deals with the creation of a theoretical model to approach the phenomenon of oral health care for the elderly, from the context of long-term institutions, in its several dimensions: individual, professional, institutional and political-organizational. The understanding of the meaning of such phenomenon, by means of the interaction of those dimensions, shows the plausibility of a qualitatively higher level than the current one, through the incorporation of best practices in care under the perspective of living and ageing with oral health. The methodological reference of the Grounded Theory was adopted. Nineteen people participated in the study, including elderly living in long-term institutions, their caretakers and nursing personnel, directors of such institutions, dentists and managers of health public services. Data were collected through open interviews. The stages related to coding, sampling and theoretical saturation, ordering and integration were guided by the procedure of comparative data analysis. The organization of the codes was made according to their properties and then grouped into components, subcategories and categories. By means of a relation between the categories, which was evidenced by the data collected, a central category was established, which is the structuring axis of the theoretical model and responsible for integrating the analytical categories. The emergent central category corresponds to and configures a basic social process: “Promoting the oral health care for the elderly from the context of long-term institutions”. In this process two stages are identified: one in which the contradictions in the process of caring the oral health for the elderly maintain the precariousness of the epidemiologic situation; and a second one, which incorporates the attitude of continuous improvement, translated into best practices in care with regard to the structures and processes that are part of the promotion of oral health care for the elderly. The analysis categories are endogenous in relation to the data. The categories represent subprocesses that comprehend the attribution of meaning to oral health, the social determination of oral health conditions, the human ageing and its relation with oral health, the interactions that are established in the oral health care for the elderly, the management of oral health care in long-term institutions for the elderly, the insertion of oral health care for the elderly in the political-organizational dimension, and the possibility to visualize best practices in the oral health care for the elderly. The theoretical model for the approach of the process of oral health promotion for institutionalized elderly, resulting from this study, has the attributes of variability and diffusion. Its structuring bases are presented in such a way that it is able to contribute to the construction and orientation of works approaching the oral health care for the elderly.

Key words: Elderly. Institutionalized elderly. Long-term care institutions. Nursing homes. Elderly care. Oral health care. Oral health care for the elderly. Health care

promotion. Oral health. Oral health of the elderly. Best practices. Oral health best practices. Basic social process. Grounded theory.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Promoviendo el cuidado a la salud buco dental de la persona mayor: revelando las contradicciones en el proceso de cuidar e incorporando mejores practicas a partir del contexto de la institución de larga estancia para personas mayores**, 2005. Tesis. (Doctorado en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 319f. Tutora: Profesora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

RESUMEN

Este estudio trata de la elaboración de un modelo teórico para el acercamiento del fenómeno del cuidado a la salud buco dental de las personas mayores, a partir del contexto de las instituciones de larga estancia, en sus varias dimensiones: individual, profesional, institucional y político-organizacional. La comprensión del significado de este fenómeno, a través de la interacción de esas dimensiones, muestra la plausibilidad de un nivel cualitativamente superior por la incorporación de mejores prácticas de cuidado en la perspectiva del vivir y envejecer con salud buco dental. Se adoptó el referencial metodológico de la Teoría Fundamentada en los Datos. Participaron del estudio 19 personas entre mayores residentes en instituciones de larga estancia, sus cuidadores auxiliares y técnicos de Enfermería y enfermeros, los directores de esas instituciones, dentistas y gerentes de los servicios públicos de salud. Los datos fueron colectados a través de entrevistas abiertas. Las fases de la investigación de codificación, muestreo y saturación teórica, ordenación e integración fueron guiadas por el procedimiento del análisis comparativo de los datos. La organización de los códigos fue realizada considerando sus propiedades y esos fueron clasificados en componentes, subcategorías y categorías. A través de la interrelación entre las categorías, evidenciadas por los datos, se alcanzó una categoría central, eje estructurante del modelo teórico, e integradora de las categorías analíticas. La categoría central emergente se configura y corresponde a un proceso social básico: "Promoviendo el cuidado a la salud buco dental de la persona mayor a partir del contexto de las instituciones de larga estancia." En ese proceso se identifican dos niveles, uno en que las contradicciones en el proceso de cuidar de la salud bucal de la persona mayor mantienen el malo estado del cuadro epidemiológico, y otro, superior, que incorpora la postura de mejoría continua, traducida en mejores prácticas de cuidado en las estructuras y en los procesos que componen la promoción del cuidado a la salud buco dental de las personas mayores. Las categorías de análisis son endógenas a los datos. Los subprocesos integrantes de las categorías abrazan la atribución del significado a la salud buco dental, la determinación social de las condiciones de salud buco dental, el envejecimiento humano y su relación con la salud buco dental, las interacciones que son establecidas en el cuidado a la salud bucal de la persona mayor, la administración del cuidado a la salud bucal en las instituciones de larga estancia para las personas mayores, la inserción del cuidado a la salud bucal de la persona mayor en la dimensión político-organizacional, y la posibilidad de vislumbrar mejores prácticas de cuidado a la salud buco dental dirigidas a la persona mayor. El modelo teórico resultante de este estudio para el acercamiento del proceso de la promoción del cuidado a la salud bucal de las personas mayores es dotado de los atributos de variabilidad y difusión. Sus bases estructurantes se presentan en un formato

capaz contribuir para la construcción y orientación de trabajos que se dedican al cuidado a la salud buco dental de las personas mayores.

Palabras claves: Anciano. Persona mayor. Institución de larga estancia. Residencia geriátrica. Cuidado del anciano/mayor. Cuidado de la salud buco dental. Cuidado de la salud buco dental del anciano/mayor. Promoción del cuidado a la salud. Salud buco dental. Salud buco dental del anciano/mayor. Mejores practicas. Mejores practicas en salud buco dental. Proceso social básico. Teoría fundamentada en los datos.

Lista de Quadros

Quadro 1 – Exemplo do processo de transcrição do conteúdo das entrevistas	20
Quadro 2 – Exemplo do processo de codificação do conteúdo das entrevistas.....	23
Quadro 3 – Exemplo de memorando	30

Lista de Figuras

Figura 1 - Níveis de organização dos códigos.....	24
Figura 2 - Diagrama representando os possíveis fatores determinantes das falhas no cuidado à saúde bucal a idosos residentes em instituições de longa permanência	31
Figura 3 – Algumas concepções de cuidado: diagrama esquemático.....	65
Figura 4 - Fatores que influenciam a provisão de cuidado à saúde bucal a idosos institucionalizados	72
Figura 5 - Modelo desenvolvido por Paulsson (2001) a partir da visão dos profissionais de Enfermagem sobre saúde bucal	76
Figura 6 – Estágios do Processo Social Básico “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência”	97
Figura 7 – Categoria central “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência” e suas categorias.....	99
Figura 8 – O Processo Social Básico da promoção do cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto da instituição de longa permanência: elementos constituintes.	246

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

ANEQ – ASSEMBLÉIA NACIONAL DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ASTDD - ASSOCIATION OF STATE AND TERRITORIAL DENTAL DIRECTORS

AVD – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

BOAS – BRAZIL OLD AGE SCHEDULE

CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR

CEO – CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CFO – CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

CPOD – DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS/RESTAURADOS

ESB – EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

EUA – ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

HIV – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

ILP – INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

ILPI – INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

MEC – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

MPAS – MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

OPS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE

PDCA – PLAN, DO, CHECK AND ACTION

PNAD – PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DOMICILIAR

PSB – PROCESSO SOCIAL BÁSICO

PSF – PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

RDC – RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA

SEAS – SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

THD – TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL

USA – UNITED STATES OF AMERICA

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

SUMÁRIO

APRESENTANDO O TEMA DE ESTUDO	1
APRESENTANDO O REFERENCIAL METODOLÓGICO	8
A Teoria Fundamentada nos Dados	11
O PROCESSO DE PESQUISA	15
Local da pesquisa	15
Participantes	15
Coleta de dados.....	18
Análise Comparativa dos Dados.....	20
Codificação	21
Categoria Central.....	27
Amostragem Teórica	28
Saturação Teórica	28
Memorandos.....	29
Elaboração de diagramas.....	30
Ordenação e Integração Teórica	31
A análise da literatura na Teoria Fundamentada nos Dados.....	32
Publicação da Teoria Substantiva	32
REVISANDO A LITERATURA.....	34
O fenômeno do envelhecimento populacional	34
Algumas considerações sobre o idoso, a velhice e o cuidado.....	35
O processo de institucionalização de idosos e as instituições de longa permanência.....	39
As condições de saúde da população que envelhece: mudanças e conseqüências.....	43
O impacto do envelhecimento populacional e a saúde bucal	47
Condições de saúde bucal dos idosos: aspectos epidemiológicos.....	49
O processo de viver e envelhecer saudável: a promoção da saúde.....	58
Refletindo sobre o cuidado à saúde bucal.....	64

O cuidado à saúde bucal em instituições de longa permanência para idosos.....	69
Interacionismo Simbólico: aporte teórico para compreender as relações interpessoais	92
COMPREENDENDO O CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO A PARTIR DO CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: a descrição dos resultados da pesquisa	95
Categoria: “Atribuindo significado à saúde bucal”.....	100
Categoria: “Determinando as condições de saúde bucal”	112
Categoria: “A saúde bucal e o processo de envelhecimento”.....	124
Categoria: “Revelando as interações que se estabelecem no cuidado à saúde bucal do idoso”	147
Categoria: “Gerindo o cuidado à saúde bucal em uma instituição de longa permanência para idosos”	164
Categoria: “Inserindo o cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional”	182
Categoria: “Vislumbrando possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso”	198
DO REVELAR AS CONTRADIÇÕES À INCORPORAÇÃO DE POSTURAS DE MELHORES PRÁTICAS NO PROCESSO DE CUIDAR DA SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS	208
AS BASES ESTRUTURANTES DO MODELO TEÓRICO DE PROMOÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE BUCAL DE IDOSOS A PARTIR DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA	245
CONSIDERAÇÕES FINAIS	264
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	269
APÊNDICES.....	288
ANEXOS.....	318

APRESENTANDO O TEMA DE ESTUDO

Dados demográficos mundiais apontam uma expansão contínua da proporção de pessoas idosas no conjunto da população¹. Esse fenômeno, a que se convencionou denominar “envelhecimento populacional”, foi inicialmente observado e reconhecido como característica dos países desenvolvidos. Porém, nas últimas décadas revela-se igualmente nos países de economia periférica e dependente. E nestes, como no Brasil, a festejada transformação da antiga pirâmide populacional traz novos e complexos problemas sociais e econômicos. Daqui a 20 anos dever-se-á atender 33 milhões de idosos, em torno de 15% (8,6% em 2000) da população brasileira². Kofi Annan, Secretário Geral das Nações Unidas, em discurso na II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, alertou que nos próximos 50 anos a população idosa do mundo em desenvolvimento será quadruplicada³.

Trata-se de uma experiência nova na trajetória da humanidade tal proporção de pessoas com a ventura de desfrutar mais anos de vida. Todavia, este ganho associado ao processo de viver nem sempre se faz acompanhado de saúde^{4,5}. Isso fica evidente quando se analisa a condição da saúde bucal de idosos em todo o mundo, cujo estado insatisfatório ainda é perversamente agravado com a relativa redução dos edêntulos^{6,7,8,9,10}.

Pesquisas recentes têm alertado para a inter-relação entre saúde bucal e saúde geral, demonstrando que más condições de saúde bucal, principalmente de dentes e próteses, constituem fator predisponente a doenças sistêmicas e/ou agravante da condição de saúde dos idosos¹¹. Este quadro configura uma crescente necessidade/demanda de cuidado à saúde bucal, cuja expectativa de atendimento é reforçada na medida em que os idosos, cada vez mais, compreendam e sejam conscientes da importância da saúde bucal no processo de viver e envelhecer saudável. É o caso brasileiro, no qual se constata, ao lado da precária condição de

saúde bucal da população idosa, sinais do avanço da consciência cidadã sobre a responsabilidade com este grupo mais fragilizado.

Entende-se por práticas de cuidado à saúde bucal do idoso o conjunto de intervenções, individuais ou coletivas, resultantes da ação da própria pessoa idosa, no exercício do autocuidado, ou de terceiros (cuidadores, profissionais da saúde, responsáveis por instituições públicas e privadas) que visam a manutenção da saúde bucal, a prevenção e o tratamento de patologias e a reabilitação, favorecendo e possibilitando o processo de viver e envelhecer saudável.

O cuidado à saúde bucal, intrínseco ao fenômeno do cuidar, implica, nas esferas individual e coletiva, um processo (dinâmico e contínuo) de reconhecimento da influência das condições bucais nas diversas dimensões do processo de viver humano e a conseqüente tomada responsável de decisões e ações dirigidas à promoção da saúde bucal, com vistas a proteger a vida. O cuidado à saúde bucal, assim, é uma construção cotidiana que vai para além do espaço-tempo presente e que pressupõe uma visão integral do ser humano e das suas relações com outros seres, com a sociedade e com o meio ambiente.

O envelhecimento, em termos físicos, é considerado o resultado de vários processos biológicos naturais irreversíveis^{5,12}, sendo influenciado por aspectos socioeconômicos e psicossociais¹³. Os processos patológicos tornam-se graduais na velhice pela falência da capacidade do organismo em responder positivamente às mais diversas agressões^{12,14}. Muitos idosos tornam-se fragilizados ou incapacitados de realizar tarefas do dia-a-dia, necessitando de pessoas que os auxiliem e se responsabilizem por fornecer cuidados.

Por várias razões muitos idosos são institucionalizados para receberem a atenção e o auxílio de pessoal capacitado¹⁵. A condição dos idosos institucionalizados pode variar consideravelmente, desde a independência até aqueles que necessitam de monitoramento constante.

A institucionalização do idoso estabelece uma teia complexa de relações sociais e econômicas. Dela participam, pelo menos: o idoso e a sua família; a organização pública, ou privada ou do terceiro setor na qual reside; os profissionais que nela trabalham ou que de alguma forma estão, ou deveriam estar, à disposição; o Estado e

também o Governo, o primeiro pela função social que lhe corresponde e o segundo pelas políticas que formula e ações que implementa.

O adequado cuidado com a saúde bucal não tem sido contemplado no âmbito das instituições de longa permanência^a para idosos, onde costumadamente observam-se flagrantes omissões^{16,17,18,10}. No Brasil, ademais, não há normas específicas referentes ao cuidado à saúde bucal em instituições. Tem-se observado, geralmente, ausência de protocolos de procedimentos, falta de programação de atenção especializada, e ausência de programas de orientação e capacitação dos cuidadores (profissionais ou leigos). Em estudo realizado em instituições de longa permanência para idosos de Porto Alegre, Mello (2001)¹⁰ revelou um cuidado à saúde bucal bastante insatisfatório, resultante das características empíricas dos procedimentos de higiene bucal, desassociados de adequada orientação técnica, especialmente odontogeriatrica, e envolvidos num ambiente de descompromisso organizacional privado, institucional público, e até familiar. Esse cenário sugere que muitos residentes em instituições de longa permanência para idosos podem estar sendo negligenciados permanentemente no âmbito da sua saúde bucal.

O processo de institucionalização crescente, desordenado, cada vez mais em regime de mercado, em especial fruto de transformações estruturais nas relações familiares¹⁹, cria um cenário complexo de interações entre sujeitos e organizações, com efeitos particulares em relação à saúde bucal.

A comunidade científica reconhece a saúde bucal como componente inseparável do sistema de saúde corporal, capaz de afetar além do bem-estar físico, também o bem-estar psico-social das pessoas²⁰. Assim, o cuidado à saúde bucal deve e necessita ser componente inseparável e articulado de qualquer sistema de cuidado integral à saúde do idoso, e particularmente dos idosos institucionalizados, envolvendo os atores

^a Segundo a Portaria 73 da SEAS/MPAS, de 10 de maio de 2001, a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) é a instituição mantida por órgãos governamentais e não governamentais, destinada a propiciar atenção integral em caráter residencial com condições de liberdade e dignidade, cujo público alvo são as pessoas acima de 60 anos, com ou sem suporte familiar, de forma gratuita ou mediante remuneração.

e organizações antes mencionados, e por último, mas não menos importante, o próprio idoso no exercício do autocuidado. Neste sentido, acredita-se que a produção de conhecimento técnico-científico multidisciplinar pode contribuir para a melhor compreensão do fenômeno do cuidado à saúde bucal do idoso em suas múltiplas relações e assim subsidiar a construção de sistemas de cuidado que favoreçam a formulação e implementação de políticas apropriadas.

Especificamente com relação aos cuidados à saúde bucal a idosos, ainda são incipientes e muito circunscritos a realidades isoladas os estudos e pesquisas nesta área.

A *International Association of Gerontology* (IAG), em parceria com o *United Nations Programme on Ageing*, preparou para a Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, que teve lugar em Madri, Espanha, em abril de 2002, uma Agenda de pesquisas sobre o estudo do envelhecimento para o século XXI. O documento encoraja estudos e pesquisas, cujos achados sejam realisticamente aplicáveis, e é dirigido especialmente aos organismos internacionais, governos, meio acadêmico e agências financiadoras para contribuir na formulação e implantação de políticas públicas e influenciar os caminhos e prioridades da Gerontologia futura. O tema desta tese de doutorado encontra pleno enquadramento na Agenda, a qual instituiu, como uma de suas três diretrizes prioritárias, os estudos voltados para a melhoria da saúde e bem estar da pessoa idosa. Já nesta diretriz elegeu como principal prioridade de pesquisa os estudos associados aos determinantes do envelhecimento saudável, reconhecendo a necessidade de melhor conhecimento sobre a eficácia dos processos preventivos, curativos e reabilitadores ante as complexas relações comportamentais, sociais, econômicas, culturais e ambientais que se estabelecem na sociedade moderna ao se associar saúde e envelhecimento.

De outra parte, a IAG, preocupada com a exclusão do idoso da vida comunitária, apontou como área crítica de pesquisa, com vistas a assegurar a participação e integração social, o campo associado à negligência. O comprometimento da saúde bucal do idoso é fator de isolamento, depressão, e causa de outras morbidades²¹. Há indicadores que este comprometimento ocorre dentro de situações de

negligência^{22,23,24}, o que implica a conveniência de estudos com detida atenção e à luz de uma base conceitual adequada, observando todos os atores sociais envolvidos.

As questões tratadas pela IAG foram reafirmadas e respaldadas pela Assembléia de Madri. No relatório final da Assembléia, foi destacada a necessidade de promover o acesso a serviços odontológicos para prevenção e tratamento dos problemas de saúde bucal, especialmente pelo fato de que estes agravos podem constituir limitações ao ato de comer e conseqüentemente trazerem prejuízos nutricionais à pessoa idosa²⁵.

Também a Organização Mundial da Saúde, por meio do *Ageing and Life Course Programme*, contribuiu para a Assembléia de Madri com um documento intitulado *Active Ageing: a policy framework*²⁶, com a intenção de discutir planos de ação que promovam envelhecimento ativo e saudável. Nele são abordadas as questões sobre os determinantes do envelhecimento ativo, os desafios do envelhecimento populacional para o setor saúde e uma proposta de política de ação intersetorial sustentada pelos pilares saúde, participação e segurança.

No Brasil, o documento Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (2004)²⁷, ao tratar do temas prioritários com relação à Saúde do Idoso, aponta especificamente no item “Organização e avaliação de políticas, programas e serviços” o desenvolvimento de estratégias para o cuidado do idoso no que se refere: “[...] edentulismo e outros agravos da saúde bucal”.

A pertinência do tema, assim, é derivada da necessidade de uma atenção particular para um segmento carente de uma rede de proteção social, hoje excluído da atenção sistemática à saúde, e em conseqüência bastante vulnerável e provavelmente negligenciado. A respaldar a oportunidade da temática enfrentada no trabalho de Tese estão as múltiplas e recentes manifestações de organismos internacionais em torno da questão saúde e envelhecimento, ao que se podem agregar preocupações mais recentes da sociedade e do Estado no Brasil que culminaram com a edição da Lei no 10.741/2003²⁸, difundida como Estatuto do Idoso, importante conquista no plano jurídico. O Estatuto regulamenta os direitos assegurados a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, definindo medidas de proteção a esse segmento populacional, contemplando políticas de educação, saúde, habitação, transportes, e estabelecendo penalidades por infrações que violem seus direitos.

Anterior ao Estatuto, vale mencionar a Lei no 8.842/1994²⁹ que estabelece a Política Nacional do Idoso, a Portaria 1.395/1999³⁰ sobre uma Política de Saúde do Idoso e a Portaria 73/2001 (SEAS/MAPS)³¹ que orienta o funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. No plano normativo-jurídico, corroborando os argumentos que demonstram a atualidade e oportunidade do tema no Brasil, há poucos dias a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) baixou a RDC nº 283, publicada em 27 de setembro de 2005 para coincidir com o Dia Nacional do Idoso. A RDC 283/2005 aprovou um Regulamento Técnico para as instituições de longa permanência para idosos, que além de outros assuntos, determina a elaboração bianual de um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes nessas instituições³².

Correspondendo às mudanças que vem ocorrendo no campo do exercício profissional, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), em meados de 2003, mediante exame de provas e títulos promoveu em todo território nacional o primeiro registro de Odontogeriatras. Os novos registros dependem de capacitação específica em curso de Especialização regulamentado. A providência é derivada do reconhecimento da Odontogeriatría como uma especialidade, conforme decisão tomada no ano de 2002 na II Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas (ANEOD). A Resolução nº 25 do CFO³³, de 16 de maio de 2002, estabeleceu as seguintes áreas de competências para a atuação em Odontogeriatría: estudo do impacto de fatores sociais e demográficos no estado da saúde bucal dos idosos; estudo do envelhecimento do sistema estomatognático e suas conseqüências; estudo, diagnóstico e tratamento das patologias bucais do paciente idoso e planejamento multidisciplinar integral de sistemas e métodos para atenção odontológica ao paciente geriátrico. Como se observa, o CFO sublinha com precisão o aspecto multidisciplinar da atenção à saúde bucal aos idosos.

O processo de construção epistemológica do cuidado à saúde bucal do idoso como corpo teórico deve considerar tal multidisciplinaridade e estimular a *práxis* de uma Odontologia integral. A multidisciplinaridade do tema pesquisado almeja ultrapassar, portanto, a barreira da atuação isolada da Odontologia e outras áreas da saúde, e evidencia a necessidade de trabalhar o contexto social e humano do idoso em suas diversas interfaces. Ademais, para todos os profissionais da saúde e cuidadores de

idosos, com formação técnica ou leigos, a saúde bucal deve ser vista de modo integrado à saúde do idoso.

A partir do cenário apresentado inicialmente, considerou-se pertinente e oportuno identificar e compreender o significado das práticas de cuidado à saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência na perspectiva do viver e envelhecer com saúde. O estudo se completa na medida em que possa contribuir para a adoção de adequadas práticas de saúde bucal dirigidas ao envelhecimento saudável. Sem embargo, a convivência com a complexidade da situação-problema no pequeno-grande mundo das instituições de longa permanência mostra a quem tem sensibilidade e consciência cidadã o valor e a urgência social de pesquisas nessa área. Produção de conhecimento que contribua não apenas para o desenvolvimento acadêmico das disciplinas e áreas envolvidas, como também para fundamentar uma ação social relevante, inclusive a de responsabilidade governamental.

Com tal intuito e visão pessoal, **este estudo busca, então, elaborar uma teoria substantiva sobre o fenômeno que abrange as práticas de cuidado à saúde bucal de idosos, a partir do contexto das instituições de longa permanência, em suas várias dimensões: individual, profissional, institucional e estatal/governamental. A compreensão deste fenômeno, a partir da interação destas dimensões, em especial no âmbito das relações que se estabelecem no entorno dessas instituições, pode possibilitar a (re)construção de práticas de cuidado na perspectiva do viver e envelhecer com saúde.**

APRESENTANDO O REFERENCIAL METODOLÓGICO

Ao iniciar a apresentação do referencial metodológico desta pesquisa coloca-se um pressuposto de partida: a eleição do método de investigação depende basicamente da natureza do problema que se investiga. Esse é um dos primeiros desafios com que se depara o pesquisador. A ciência exige método e a sua escolha não é um ato de plena liberalidade. O caráter do fenômeno a ser estudado impõe por si limites ao pesquisador.

Há oito anos a autora convive com a questão da saúde bucal dos idosos institucionalizados. Ao longo dos trabalhos acadêmicos que realizou, bem como da atenção clínica em regime de voluntariado ou de extensão universitária, teve a oportunidade de constatar em Florianópolis, São José, Lages, municípios de Santa Catarina e em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a precariedade da situação. Esse sentimento de precariedade é suportado igualmente pela literatura científica que compulsou. De um modo geral, nesse campo avolumam-se trabalhos que medem e analisam as condições de saúde bucal dos idosos. São trabalhos cientificamente relevantes construídos sobre bases quantitativas.

Nesses anos a doutoranda cultivou o desejo de examinar esta realidade sob outro prisma, revelador de suas múltiplas e diferentes faces. Pareceu-lhe que um estudo quantitativo não conseguiria dar conta do que pretendia, ou seja, entender melhor o que se passa, de modo mais abrangente, aproximando-se melhor da complexidade das relações que aí se estabelecem; obter dados sobre como se desenvolve o cuidado à saúde bucal e de que modo se relacionam as pessoas envolvidas, dando-lhes voz; construir conhecimento a partir das vivências das pessoas, das carências que apresentam, dos sentimentos que afloram, olhando a saúde bucal a partir do que se conta e se vive nessas residências coletivas de idosos.

Contudo, a necessidade de superar eventual viés, associado a uma experiência apenas nacional, estimulou a pesquisadora a buscar conhecer outra realidade capaz de

ampliar seus horizontes como observadora. Sua formação e capacidade analítica seriam enriquecidas caso pudesse recolher, de modo pessoalmente significativa, o cotidiano da atenção ao idoso institucionalizado em um outro país.

Com o importante estímulo da Orientadora, Professora Alacoque Lorenzini Erdmann, e o suporte financeiro do governo brasileiro, por meio do Programa de Bolsas de Estágio de Doutorando no Exterior, operado pela CAPES-MEC, foi possível concretizar essa meta.

Assim, em setembro de 2004, iniciou um programa de estudos e práticas na Universidade de Granada, Espanha, sob a responsabilidade do Professor Doutor Jose Antonio Gil Montoya, que desenvolve naquele tradicional centro universitário projetos que têm como eixo comum o cuidado à saúde bucal da pessoa idosa institucionalizada integrando esforços da universidade, organismos públicos e organizações comunitárias.

A experiência teve relevante valor acadêmico e ultrapassou as expectativas da pesquisadora em ganhos de informação e aprendizagem qualificada. Por isso, adiciona-se o Apêndice 1 detalhando as atividades realizadas na ocasião.

Tendo conjugado a vivência nacional com um profícuo estágio na Espanha pôde a pesquisadora colocar-se com mais segurança, com espírito mais aberto, para expressar cientificamente por meio de pesquisa do tipo qualitativa suas inquietações e, assim, desenvolver esta Tese.

Decidindo trilhar pela via qualitativa, o problema da pesquisa se configurou, então, na seguinte questão norteadora:

Quais são os significados para o idoso institucionalizado, seus cuidadores, a instituição em que vive, bem como para o Estado/Governo das práticas de cuidado que assegurem uma condição de saúde bucal compatível com um processo de envelhecimento saudável?

A questão norteadora incorporou os elementos instigantes da pesquisa e referiu os atores relevantes. Ficava cada vez mais claro que o fenômeno a examinar, na visão da autora, cabia melhor num tipo de pesquisa qualitativa, aquele tipo de investigação que, segundo Strauss; Corbin (2002)³⁴, produz achados não descobertos por meio de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação. Em conseqüência, no

presente trabalho, aplicaram-se técnicas qualitativas de pesquisa tanto para a coleta quanto para a análise dos dados.

A análise qualitativa corresponde a um processo não matemático de interpretação realizado com o propósito de descobrir e elaborar conceitos e relações entre os dados brutos e logo organizá-los em um esquema teórico. Esse procedimento requer uma base teórico-metodológica que a autora foi encontrar na denominada "Teoria Fundamentada nos Dados" (TFD).

A Teoria Fundamentada nos Dados é uma metodologia que permite formular abstrações ordenadas a partir dos dados recolhidos da vida real. Segundo esse referencial metodológico é possível elaborar uma teoria substantiva, relevante e funcional, frente às inquietações que moveram a pesquisadora em direção à compreensão do significado das práticas de cuidado à saúde bucal do idoso na perspectiva do processo de viver e envelhecer com saúde.

Como conseqüência dessa opção tratou-se de sair a campo para conhecer melhor a realidade: uma saída ordenada, utilizando posturas investigativas acadêmicas, que pudessem contribuir para a construção de conhecimento científico nessa área, cuja perspectiva adotada e método eleito ainda são pouco explorados.

O objeto da presente investigação denota uma estrutura, pessoas, práticas, um processo, e conseqüências deles derivadas. Embora todos possam variar, mantêm entre si uma relação de constância e o fenômeno no seu todo apresenta capacidade de desenvolver-se continuamente. Para dar conta desta realidade o método da Teoria Fundamentada nos Dados, constitui uma plataforma suficientemente ampla e ajustada. O reconhecimento da complexidade e da variabilidade dos fenômenos que compõem o cuidado à saúde bucal do idoso, bem como a crença de que os sujeitos adotam um papel ativo frente às situações-problema são razões para que o conhecimento emergente seja fundamentado na realidade revelada pelos próprios sujeitos e pelos significados que eles atribuem ao fenômeno.

A Teoria Fundamentada nos Dados

A Teoria Fundamentada nos Dados ou *Grounded Theory* é uma metodologia idealizada por Barney GLASER e Anselm STRAUSS, sociólogos norte-americanos, expressa originalmente na obra “*The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*” (1967)³⁵. Para esses autores, o princípio da verificação no cenário da sociologia àquela época era predominante e a geração de teorias ficava em segundo plano, se não esquecida.

A Teoria Fundamentada nos Dados é baseada na formação ordenada de uma teoria a partir dos dados encontrados por meio da pesquisa social^{35,36}. É o esforço para levar o concreto a um grau de abstração.

Para Glaser; Strauss (1967)³⁵ teorizar no campo da sociologia é “uma estratégia para lidar com dados em pesquisa, fornecendo modos de conceituação para descrever ou explicar um fenômeno”. A teoria deve explicar claramente categorias e hipóteses de maneira que possam ser verificadas em pesquisas presentes e futuras. Além disso, deve ser compreensível e ter aplicação prática.

Uma teoria que preenche esses requisitos deve ser adaptável ao tipo de situação que está sendo pesquisada e ser funcional quando colocada em uso. O atributo da adaptabilidade quer dizer que as categorias devem ser emergentes, não forçadas, ou seja, devem ser a expressão abstrata dos dados. Já o atributo da funcionalidade implica ser a teoria significativamente relevante e capaz de explicar, prever e interpretar o fenômeno estudado³⁵.

Glaser (1978)³⁶ adiciona um outro requisito que é a capacidade de modificação da teoria à medida que surgem novos dados. Com relação à adaptação da teoria, complementa considerando importante readaptar constantemente as categorias aos dados no desenrolar da pesquisa. Também considera que categorias pré-existentes podem adaptar-se aos dados, entretanto o papel do pesquisador é desenvolver uma “adaptação emergente” entre os dados e categorias pré-existentes garantindo que estas continuem funcionais.

A Teoria Fundamentada nos Dados segue a máxima que a realidade passa, enquanto as idéias permanecem. Achados são logo esquecidos, mas não as idéias. Daí

privilegiar a produção de idéias, concepções, modelos teóricos. Como único pensador na natureza, cabe ao ser humano pensar sobre a realidade, sobre os dados que descobrir e a respeito deles gerar idéias³⁶.

O nível conceitual transcende os dados, indo para além deles, tanto com relação ao seu uso como em relação à temporalidade. As concepções da Teoria Fundamentada nos Dados transcendem métodos de coleta específicos abrindo novas possibilidades de pesquisa. Finalmente, o caráter transcendental da Teoria Fundamentada nos Dados revela-se na transposição de dados para o nível abstrato e daí elevando-se o nível de abstração pela inclusão e integração de descrições prévias ou de teorias preexistentes³⁶.

Uma teoria, para Strauss; Corbin (2002)³⁴, denota um conjunto de categorias bem construídas, temas e conceitos relacionados de maneira sistemática por meio de orações que indicam relações, para formar um marco teórico explicativo de algum fenômeno social. Os achados da investigação ultrapassam a condição de meros ordenamentos conceituais e convertem-se em teoria a partir desta relação entre conceitos, estabelecida por orações, dentro do marco teórico explicativo.

A estratégia metodológica utilizada para a descoberta de uma teoria que se fundamenta em dados é a Análise Comparativa. É dada uma ênfase à teoria como processo, como uma entidade em contínuo desenvolvimento e não como um produto perfeito e estático³⁵.

Por meio da Análise Comparativa pode-se gerar dois tipos de teoria: substantivas ou formais³⁵. Teorias substantivas são mais específicas quanto a grupo e lugar³⁴. São teorias desenvolvidas para uma área da investigação sociológica empírica e substantiva como relações de raça, cuidado de pacientes, educação profissionalizante, delinqüência, ou pesquisa organizacional. Teorias formais são desenvolvidas para uma área de investigação sociológica formal, conceitual, como estigmas, comportamentos desviados, organização formal, socialização, autoridade e poder ou mobilidade social³⁵.

Os elementos da teoria gerada por meio da Análise Comparativa e pela sensibilidade teórica do pesquisador são, primeiramente, categorias e suas propriedades conceituais, seguidas de hipóteses e relações generalizadas entre estas categorias e propriedades³⁵.

Categorias são elementos de uma teoria que se relacionam sistematicamente³⁵. São conceitos que representam fenômenos³⁴. Categorias não são os dados, mas foram indicadas pelos dados, são por si os elementos conceituais da teoria. As propriedades, por sua vez, são aspectos conceituais ou elementos referentes à uma categoria³⁵.

A construção de uma teoria fundamentada nos dados inicia a partir de uma situação de pesquisa. Dentro desta situação, a tarefa do investigador é entender o que está acontecendo e como os participantes/atores percebem e significam seus papéis naquele contexto.

Teorizar é um trabalho que implica não só em conceber ou intuir idéias ou conceitos, mas também formulá-los em um esquema lógico, sistemático e explicativo, considerando ângulos e perspectivas³⁴.

Como a maioria das pesquisas qualitativas, a Teoria Fundamentada nos Dados trouxe importante contribuição para possibilitar estudos nas áreas em que poucas pesquisas são feitas. Assim, um dos principais usos da Teoria Fundamentada nos Dados tem sido em estudos preliminares, explanatórios e descritivos³⁷.

Devido ao fato que as teorias baseiam-se nos dados, espera-se que aumentem a compreensão sobre os fenômenos e proporcionem um guia significativo para a ação³⁴. Acredita-se que uma teoria construída sob os dados da pesquisa garanta mais sucesso que teorias logicamente deduzidas a partir de assertivas elaboradas *a priori*³⁵.

A Teoria Fundamentada nos Dados não necessita de uma base epistemológica para justificar seu uso. É um método abrangente, baseado em um modelo conceito-indicador, que pode utilizar diversas perspectivas teóricas, desde que pertinentes ao tema em estudo. A Teoria Fundamentada nos Dados é um modelo indutivo, relativamente simples, que pode ser utilizado com qualquer tipo de fonte de dados, e é suficientemente generalista para ser usado por qualquer pesquisador em seu campo de atuação³⁸.

Muitos textos publicados, de revisão ou pesquisa, ao tratarem da aplicação da metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados encontram-se suportados pelos princípios do Interacionismo Simbólico.

Todavia, faz-se necessário apontar a independência/desvinculação desses elementos no que tange à construção de um referencial teórico-metodológico. Glaser

(2005)³⁸ esclarece que a Teoria Fundamentada nos Dados não está vinculada a nenhum marco teórico ou escola de pensamento que limite a possibilidade da emergência de uma teoria sedimentada em dados oriundos da pesquisa.

Glaser (2005)³⁸ afirma enfaticamente que

o Interacionismo Simbólico não é necessário para legitimar a Teoria Fundamentada nos Dados como método. O Interacionismo Simbólico pode ser utilizado como perspectiva sensibilizadora. É um erro dizer que a Teoria Fundamentada nos Dados é o método do Interacionismo Simbólico e que esse deve ser utilizado como alicerce em toda pesquisa que utilize a Teoria Fundamentada nos Dados.

Autores como Santos; Nóbrega (2004)³⁹; Duschter; Morgan (2004)⁴⁰, Jeon (2004)⁴¹ Maccallin (2003)⁴², Cultcliffe (2000)⁴³ e Backman; Kyngas (1999)⁴⁴, abordam em seus artigos, sob distintas circunstâncias, os princípios metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados.

O PROCESSO DE PESQUISA

Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no ambiente de quatro instituições de longa permanência para idosos, privadas com e sem fins lucrativos, localizadas nos municípios de Florianópolis e São José, em Santa Catarina. Com a progressão da coleta e análise dos dados foram incorporados espaços de execução e gestão dos serviços de saúde bucal públicos municipais e estaduais.

Participantes

O primeiro conjunto de participantes da pesquisa foi composto por pessoas pertencentes a grupos envolvidos diretamente no fenômeno estudado no contexto das instituições de longa permanência para idosos. Nesse ambiente, participam do cuidado à saúde bucal pelo menos o idoso, seus cuidadores profissionais de Enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) e dirigentes.

Os dados coletados e as análises concomitantes e sucessivas de material nortearam tanto o número de participantes em cada grupo como a inclusão de novos grupos de sujeitos necessários para a construção da teoria.

O conhecimento prévio do problema de pesquisa e do fenômeno a ser estudado permitiu elencar os seguintes grupos iniciais:

- Idosos residentes em instituições de longa permanência
- Cuidadores (profissionais de Enfermagem) empregados em instituições de longa permanência para idosos
- Dirigentes de instituições de longa permanência para idosos

A pesquisa considerou idoso todo indivíduo com 60 anos ou mais, seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde, bem como o que estabelecem a Política Nacional do Idoso (1998)²⁹ e o Estatuto do Idoso (2003)²⁸.

De acordo com a metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados pelos critérios de amostragem teórica, que serão explicados a seguir, outros grupos foram incluídos na pesquisa:

- Cirurgiões-dentistas funcionários da rede pública municipal
- Gestores públicos de saúde (nível municipal e estadual)
- Membros de entidades ligadas à defesa do idoso

Os responsáveis pelas instituições foram contatados pela pesquisadora, que expôs os objetivos e a metodologia a ser desenvolvida e solicitou a autorização para a realização da pesquisa com idosos residentes e empregados.

Foram selecionados idosos que possuíam capacidade cognitiva para realização da entrevista. Também foram selecionados empregados que cumprissem alguns critérios previamente estabelecidos: ter vínculo empregatício com a instituição, exercer há pelo menos um ano a função na instituição e participar das práticas de cuidado à saúde bucal na instituição.

A facilidade de comunicação, a capacidade de reflexão e a disposição para contribuir com a pesquisa foram critérios também adotados pela pesquisadora para a inclusão de participantes.

Ao final do processo de pesquisa, o conjunto de entrevistados foi composto por dezenove pessoas, sendo quatorze do sexo feminino: três idosos residentes em instituições de longa permanência, seis profissionais de Enfermagem, sendo três enfermeiros, um técnico e dois auxiliares de Enfermagem, quatro dirigentes de instituições de longa permanência, três Cirurgiões-dentistas da rede pública, três gestores públicos, sendo que um deles também era representante de entidade de defesa do idoso. Para garantir o anonimato dos participantes, foram atribuídos nomes fictícios às suas pessoas, mas mantendo-se as duas primeiras letras do nome original. A seguir, uma breve descrição do perfil dos participantes:

1. ADEMAR – 81 anos, instalador hidráulico aposentado, residente em instituição de longa permanência há 5 anos.
2. ALINE – 36 anos, cirurgiã-dentista da rede pública municipal de saúde há 13 anos.
3. CARLA – 30 anos, enfermeira há 6 anos, supervisora do serviço de Enfermagem de instituição de longa permanência.
4. ERTA – 59 anos, administradora, dirigente de instituição de longa permanência há 10 anos.
5. FELÍCIA – 31 anos, técnica de Enfermagem há 2 anos, atuação profissional em uma instituição de longa permanência para idosos.
6. GERALDA – 73 anos, ex-cuidadora de idosos, residente em instituição de longa permanência há 1 ano.
7. HERCÍLIO – 50 anos, advogado, dirigente de instituição de longa permanência há 10 anos e membro de entidade ligada à defesa do idoso.
8. IRMA – 59 anos, socióloga, gestora pública de saúde há 10 anos.
9. JACIRA – 41 anos, auxiliar de Enfermagem há 12 anos, atuação profissional em uma instituição de longa permanência para idosos.
10. LEINIR – 38 anos, cirurgiã-dentista da rede pública municipal de saúde há 10 anos.
11. LUCIANO – 28 anos, auxiliar de Enfermagem há 8 anos, atuação profissional em uma instituição de longa permanência para idosos.
12. MARTA – 33 anos, enfermeira há 3 anos, supervisora do serviço de Enfermagem de instituição de longa permanência.
13. MILA – 31 anos, enfermeira há 5 anos, supervisora do serviço de Enfermagem de instituição de longa permanência.
14. NÁDIA – 57 anos, socióloga, dirigente de instituição de longa permanência há 10 anos.
15. PAULA – 26 anos, assistente social, dirigente de instituição de longa permanência há 4 anos.
16. PLÍNIO – 37 anos, cirurgião-dentista, gestor público de saúde há 1 ano.

17. ROMILDA – 77 anos, ex-empregada doméstica, residente em instituição de longa permanência há 22 anos.
18. SALETE – 43 anos, cirurgiã-dentista da rede pública municipal de saúde há 18 anos.
19. SÉRGIO – 55 anos cirurgião-dentista, gestor público de saúde há 7 anos.

Seguindo a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde, todos os participantes que aceitaram contribuir com o estudo, foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e sua metodologia, e foram solicitados a manifestarem sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado (Apêndice 2).

Este projeto de pesquisa, após ser submetido à banca de qualificação em abril de 2004, foi encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina para apreciação, sendo considerado aprovado para execução, conforme parecer no projeto nº 183/2004 (Anexo 1).

Coleta de dados

Os procedimentos referentes à coleta dos dados foram iniciados em março de 2005, estendendo-se até junho de 2005. Na Teoria Fundamentada nos Dados a fase de coleta de dados se superpõe a de análise, ou seja, são etapas que ocorrem concomitantemente. Assim que a gravação das entrevistas era transcrita, imediatamente passava-se à análise dos respectivos dados, prosseguindo-se o agendamento de novas entrevistas e transcrição de texto.

Segundo Glaser; Holton (2004)⁴⁵ a melhor maneira de construir uma Teoria Fundamentada nos Dados é construindo. Como um método aberto e genérico a Teoria Fundamentada nos Dados fornece uma abordagem franca dos dados que permite emergir a organização natural da vida.

As entrevistas constituíram exercício de escuta das falas dos participantes. Para o desenvolvimento do diálogo, eram lançadas idéias para captar do respondente a melhor compreensão possível dos conteúdos e evitar não estimular falas sobre temas de pouco interesse. A pesquisadora expressava sua disposição de ouvir e não filtrava

dados por meio de hipóteses pré-concebidas ou vieses. Mais ouvir e observar fez a pesquisadora, para descobrir as expressões dos participantes com relação ao significado das práticas de cuidado à saúde bucal do idoso, suas preocupações, opiniões, vivências, e maneiras de lidar com problemas, procurando perceber o que era emergente em termos conceituais, comparando constantemente as informações recebidas.

A entrevista mais curta durou 35 minutos e a mais longa demorou 2 horas. Os participantes decidiam a hora e local mais adequado para a realização da entrevista. A maior parte delas foi realizada no espaço das instituições geriátricas, quando os entrevistados eram idosos, profissionais de Enfermagem e dirigentes. No caso de dentistas da rede e gestores públicos os encontros ocorreram nos respectivos locais de trabalho. Duas entrevistas foram realizadas na Universidade Federal de Santa Catarina por conveniência dos participantes. Independente do local, sempre se procurava um espaço agradável e tranquilo, de pouco ruído e com a menor possibilidade de interrupções.

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevista aberta a partir de questões iniciais que objetivaram responder a questão de pesquisa: como acontecem as relações de cuidado à saúde bucal na óptica dos sujeitos entrevistados? que práticas relatam/demonstram? qual o significado que estas possuem?

Estas questões sofreram adaptações segundo os grupos de sujeitos e sua interação com o tema estudado. Os roteiros de entrevistas encontram-se no Apêndice 3.

As falas dos participantes foram gravadas com gravador digital, repassados para arquivos do tipo .wav, armazenados em meio digital (CD) e, finalmente, transcritos em forma textual (aproximadamente 400 páginas). Por segurança, também foi utilizado gravador comum (com fitas).

As transcrições das entrevistas foram formatadas no *Microsoft Word* dentro de quadros com três colunas, nos quais o texto bruto na íntegra ocupava a coluna da esquerda. A coluna central se destinava aos códigos e a da direita às notas/comentários da pesquisadora. A seguir apresenta-se um exemplo:

Quadro 1 – Exemplo do processo de transcrição do conteúdo das entrevistas

NOME DO ENTREVISTADO		
GRUPO		
DATA DA ENTREVISTA		
TEXTO DA ENTREVISTA	CÓDIGOS	NOTAS/COMENTÁRIOS
<p>P: No seu entendimento, qual o significado do cuidado à saúde bucal? O que ele abrange?</p> <p>E: Eu acho que engloba muita coisa. Por que você cuidar da saúde bucal de um paciente, primeiro você vai ter que trabalhar a cultura dele. Como a gente conversou aquele dia. Principalmente o idoso. O idoso geralmente não tem o hábito de realizar a higiene oral. Ou se realiza, só realiza na hora que vai dormir. E aquela direcionada ao dente. Não é direcionada à higiene da boca como um todo. Então ele só vê o dente. Muitos desses pacientes eles já não têm mais os dentes. Então ele acha que não tem a necessidade de estar fazendo essa higiene da gengiva, das bochechas, da língua. Então, a gente tem que trabalhar às vezes até a parte de resgatar a importância. Fazer um trabalho educativo. Um trabalho que é um processo. Até a gente conseguir criar o hábito, essa mudança de comportamento no paciente. De que ele entender que aquilo é importante para a saúde dele como um todo. Por que o nosso corpo a gente não pode dividir em pedaços. Tudo funciona dentro de um conjunto. Por isso eu acho que tem a educação e tem o acompanhamento. Por que o idoso tem as limitações, pelo envelhecimento, de coordenação motora. E também ensinar como se faz essa higiene, como se escova a língua. Tudo direitinho, né?</p>		

Análise Comparativa dos Dados

Os dados foram analisados utilizando o método da Análise Comparativa. Esse procedimento permite a geração da teoria por meio da codificação explícita e sistemática dos dados, delineamento de categorias e suas conexões⁴⁵.

O processo da Análise Comparativa envolveu três tipos/estágios de comparação. Primeiro, eventos/incidentes foram comparados entre si para estabelecer uniformidades e suas condições variantes. Em seguida, conceitos foram comparados a outros incidentes provenientes de novos dados, gerando assim as propriedades teóricas dos conceitos e hipóteses. Nesta etapa, o objetivo foi a elaboração teórica, saturação e verificação de conceitos, densificação dos conceitos pelo desenvolvimento de suas propriedades e geração de outros conceitos. Finalmente, conceitos foram comparados entre si com o propósito de alcançar o melhor grau de adaptação entre incidentes e um conjunto de conceitos, estabelecer seu nivelamento e a sua integração por meio das hipóteses geradas, que constitui a elaboração da teoria.

O método da Análise Comparativa dos dados é um processo contínuo e evolutivo, no qual, cada estágio, com o passar do tempo, se transforma no estágio seguinte. Ao comparar constantemente os incidentes, começa a surgir/emergir categorias iniciais e suas propriedades, em termos de tipo, abrangência, dimensões, condições em que são produzidas, conseqüências, relações com outras categorias, e outras propriedades³⁵.

A orientação dada ao processo de pesquisa esteve fundamentada também na sensibilidade teórica da pesquisadora. O conceito de sensibilidade teórica está relacionado à capacidade do pesquisador de se permitir ter *insights*, trabalhá-los e aplicá-los, havendo, desse modo, o envolvimento constante das inclinações e tendências pessoais do pesquisador no desenvolvimento da investigação³⁵.

Codificação

Segundo Strauss (1987)⁴⁶, codificação é o termo geral para conceituar os dados. É por meio de códigos conceituais que se dá a relação entre os dados e a teoria³⁶.

Um código conceitua padrões de um conjunto de indicadores empíricos no conteúdo dos dados. A partir de relações hipotéticas entre códigos conceituais (suas categorias e propriedades), originadas dos dados, é construída uma abstração de caráter teórico lastreada nos dados. O processo de codificação permite ao pesquisador transcender a natureza empírica dos dados fornecendo uma visão condensada e abstrata dos fenômenos³⁶.

O processo inicia-se com a codificação aberta, na qual o pesquisador deve ingressar com mínimo de pré-conceitos e manter-se aberto a todo e qualquer sinal que os dados possam indicar. O pesquisador começa a analisar os dados de todas as maneiras possíveis, percorrendo o texto linha a linha e procurando identificar códigos substantivos⁴⁵. Trata-se, portanto, de uma codificação aberta pois expõe todo o conteúdo dos dados para análise livre e irrestrita.

A codificação aberta tem por objetivo a geração de categorias e suas propriedades a partir da análise minuciosa dos incidentes constituintes dos dados. É o processo analítico por meio do qual se identificam conceitos, suas propriedades e

dimensões. As propriedades são as características, gerais ou específicas, ou atributos de uma categoria e as dimensões representam a localização de uma propriedade em um *ranking*³⁴.

O texto das entrevistas foi analisado integralmente, frase por frase e às vezes palavra por palavra. Ao proceder a leitura do texto, pouco a pouco, eram formuladas perguntas: este dado refere-se a este estudo? O que este incidente indica? O que está acontecendo? O que o participante quis dizer?

Segundo Glaser (1978)³⁶, a realização contínua desses questionamentos mantém o pesquisador sensível teoricamente, com capacidade de transcender ao coletar, analisar e codificar os dados, estabelecer padrões entre os incidentes e elevar ao plano conceitual as experiências relatadas pelos participantes.

Os códigos identificados pela pesquisadora eram escritos na segunda coluna do quadro, ao lado do texto-resposta ao qual fazia referência. Exemplo:

Quadro 2 – Exemplo do processo de codificação do conteúdo das entrevistas

NOME DO ENTREVISTADO		
GRUPO		
DATA		
TEXTO DA ENTREVISTA	CÓDIGOS	NOTAS
<p>P: No seu entendimento, qual o significado do cuidado à saúde bucal? O que ele abrange?</p> <p>E: Eu acho que engloba muita coisa. Por que você cuidar da saúde bucal de um paciente, primeiro você vai ter que trabalhar a cultura dele. Como a gente conversou aquele dia. Principalmente o idoso. O idoso geralmente não tem o hábito de realizar a higiene oral. Ou se realiza, só realiza na hora que vai dormir. E aquela direcionada ao dente. Não é direcionada à higiene da boca como um todo. Então ele só vê o dente. Muitos desses pacientes eles já não têm mais os dentes. Então ele acha que não tem a necessidade de estar fazendo essa higiene da gengiva, das bochechas, da língua. Então, a gente tem que trabalhar às vezes até a parte de resgatar a importância. Fazer um trabalho educativo. Um trabalho que é um processo. Até a gente conseguir criar o hábito, essa mudança de comportamento no paciente. De que ele entender que aquilo é importante para a saúde dele como um todo. Por que o nosso corpo a gente não pode dividir em pedaços. Tudo funciona dentro de um conjunto. Por isso eu acho que tem a educação e tem o acompanhamento. Por que o idoso tem as limitações, pelo envelhecimento, de coordenação motora. E também ensinar como se faz essa higiene, como se escova a língua. Tudo direitinho, né?</p>	<p>Reconhecendo que o cuidado à saúde bucal engloba vários aspectos</p> <p>Cuidando da saúde bucal de um paciente</p> <p>Trabalhando a cultura do paciente para cuidar da saúde bucal</p> <p>Constatando que o idoso não tem o hábito de realizar a higiene oral</p> <p>Constatando que, se o idoso realiza a higiene bucal, é antes de dormir</p> <p>Constatando que a higiene do idoso é direcionada ao dente</p> <p>Constatando que a higiene bucal do idoso não é direcionada à higiene da boca como um todo</p> <p>Percebendo as condições de saúde bucal dos idosos</p> <p>Percebendo que muitos idosos já não possuem dentes</p> <p>Constatando que muitos idosos não sentem a necessidade de fazer a higiene da gengiva, língua e bochechas por não terem mais dentes</p> <p>Resgatando a importância do idoso fazer a higiene bucal</p> <p>Fazendo um trabalho educativo</p> <p>Fazendo um trabalho que é um processo</p> <p>Conseguindo fazer com que o idoso crie hábitos</p> <p>Conseguindo mudar o comportamento do idoso</p> <p>Fazendo o idoso compreender que a higiene bucal é importante para a saúde como um todo</p> <p>Não podendo dividir o corpo em pedaços</p> <p>Afirmando que tudo (o corpo) funciona dentro de um conjunto</p> <p>Valorizando a educação em saúde</p> <p>Percebendo a necessidade de acompanhar o idoso nas tarefas de higiene bucal</p> <p>Constatando que o idoso tem limitações</p> <p>Justificando as limitações apresentadas pelo idoso ante o seu envelhecimento</p> <p>Reconhecendo a falta de coordenação motora</p> <p>Ensinando o idoso a fazer a higiene bucal</p>	

Durante o processo de codificação são gerados dois tipos de códigos: os substantivos e os teóricos. Os códigos substantivos conceituam os dados empíricos. Os códigos teóricos conceituam o modo como os códigos substantivos podem/se relacionam uns com os outros como hipóteses a serem integradas na teoria³⁶.

Inicialmente, são gerados os códigos substantivos pela codificação aberta, e com a progressão da análise geram-se os códigos teóricos, pela codificação axial.

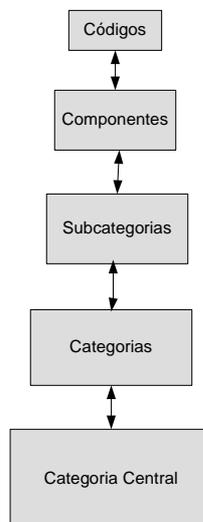
A codificação axial é o processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, sendo denominada axial pois ocorre ao redor de um eixo, integrando as

categorias quanto às suas propriedades e dimensões e formulando explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos³⁴.

Como já especificado, na Teoria Fundamentada nos Dados, uma categoria representa um fenômeno, ou seja um problema, um acontecimento, ou um incidente que se define como significativo para os entrevistados. Uma subcategoria também é uma categoria, entretanto, as subcategorias e, também os seus componentes, respondem perguntas sobre os fenômenos: como, quando, onde, porquê, quem. Fornecem assim aos conceitos um poder maior de explicação. A codificação axial implica em algumas tarefas básicas: acomodar as propriedades de uma categoria e suas dimensões, desde a codificação aberta; identificar a variedade de propriedades (condições, ações/interações, conseqüências,...) associadas ao fenômeno; relacionar uma categoria com suas subcategorias; buscar indícios nos dados de como as categorias principais podem relacionar-se entre si³⁴.

A organização dos códigos foi feita de acordo com suas propriedades, semelhanças e diferenças, em níveis que representam dimensões as quais pertencem. Os códigos foram agrupados inicialmente em componentes, os componentes agrupados em subcategorias e as subcategorias em categorias. Em alguns casos, não foi necessário o agrupamento em componentes, passando-se diretamente para o agrupamento em subcategorias (Figura 1).

Figura 1 - Níveis de organização dos códigos

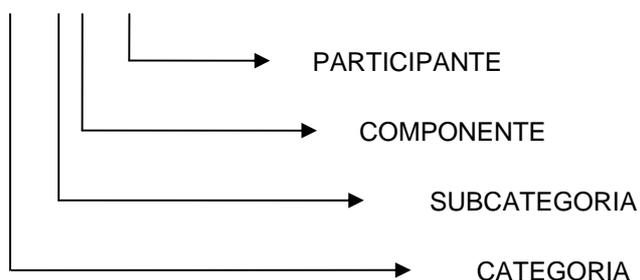


Na prática, ao lado de cada código escrito dentro da segunda coluna do quadro, foi deixado um espaço em branco e foram sendo identificados com três dígitos, cada qual referente a um nível de agrupamento. Para identificar a origem do código (a que entrevistado o código pertence) foram digitadas, ao lado dos números, as letras iniciais do seu nome fictício. Assim os códigos foram sendo distribuídos exhaustivamente em:

- Primeiro nível de agrupamento: componente
- Segundo nível de agrupamento: subcategoria
- Terceiro nível de agrupamento: categoria

Exemplo:

III 6 1 GE Devendo cuidar dos dentes por toda a vida
 III 6 1 GE Considerando que o cuidado deve ser por toda a vida
 III 6 1 GE A higiene deve ser feita toda a vida
 III 6 1 GE Achando que os adultos podem se tornar idosos com dentes bonitos
 III 6 1 GE Achando que os filhos vão envelhecer com seus dentes
 III 6 1 GE Cuidando dos dentes desde pequena
 III 6 1 GE Indo por toda vida ao dentista
 III 6 1 GE Tendo filhos com dentes naturais e bonitos



No intuito de refinar as categorias que estavam emergindo e que possuíam estreita relação com o fenômeno estudado, a pesquisadora passou a delimitar o processo de codificação aberta. A denominada codificação seletiva faz com que o

pesquisador passe a codificar somente eventos relacionados à categoria central de modo suficientemente significativo para a elaboração da teoria³⁶. Por isso, a codificação seletiva inicia somente quando se vislumbra a descoberta de uma possível categoria central⁴⁵. O processo de delimitação ocorreu em dois níveis: o da teoria e o das categorias. Procedeu-se a ajustes, modificações de ordem lógica, elaboração de detalhes de propriedades, eliminação de propriedades não relevantes, integração de propriedades. Simultaneamente, efetuou-se um processo de redução em decorrência da uniformidade revelada no conjunto das categorias originais, o que permitiu construir a teoria com um menor número de conceitos. No segundo nível de delimitação, também se decidiu por uma redução na lista de componentes e subcategorias, permitindo que a autora parasse de coletar e codificar dados.

Como anteriormente mencionado, os códigos teóricos conceituam o modo como os códigos substantivos relacionam entre si por meio de um conjunto de hipóteses para serem integrados à teoria^{38,45}. Assim como os códigos substantivos, os códigos teóricos são emergentes, possibilitando a (re)união dos dados, anteriormente fragmentados³⁶.

Os códigos teóricos auxiliam o pesquisador a manter-se no nível conceitual quando descreve conceitos e suas inter-relações⁴⁵. É justamente essa interação entre códigos substantivos e teóricos que caracteriza a Teoria Fundamentada nos Dados como um método de pesquisa analítico-indutivo³⁸. A codificação teórica, ao estabelecer novas conexões e transformando-as em idéias relevantes, determina o caráter original da teoria³⁶.

Os códigos teóricos diferenciam-se dos substantivos tanto em nível de abstração como em tipo: por se situarem num nível conceitual mais abstrato não se referem a padrões, mas a modelos de integração. A função integradora dos códigos teóricos é fundamental para a geração de uma teoria que possua significado, pois sem eles a sutileza da interação entre categorias é perdida³⁸.

Glaser (2005)³⁸ aponta a importância da liberdade de emergência de séries infinitas de códigos teóricos devido ao fato de a teoria em construção ser desenvolvida sobre uma categoria central e em face do pressuposto que os códigos teóricos são selecionados autonomamente pelo pesquisador. Cabe a ele apreender/armazenar a maior quantidade de códigos teóricos, independente de qual disciplina/campo do

conhecimento pertençam, não sendo necessário e não devendo forçar em nenhum momento códigos pré-concebidos.

Respeitando a orientação de Glaser, a pesquisadora selecionou os códigos teóricos à medida que esses foram emergindo dos dados e foram sendo considerados relevantes e úteis para a integração dos componentes, subcategorias e categorias, e conseqüentemente para elaboração da teoria. Foram aplicados fundamentos epistemológicos oriundos de diferentes áreas do conhecimento. Foi necessária a utilização dos referenciais teóricos do Interacionismo Simbólico, da Teoria da Complexidade, da Promoção da Saúde e das Melhores Práticas.

Categoria Central

Nesta pesquisa, os conceitos que chegaram à posição de categoria são abstrações e representam, não a história de um participante ou grupo, mas do conjunto de todos eles, devidamente reduzidas a termos conceituais. Segundo Strauss; Corbin (2002)³⁴ construir uma teoria significa reduzir dados de muitos casos a conceitos, convertendo-os num conjunto de afirmações que explicam, em sentido geral, o que está acontecendo. A categoria central representa o tema central da investigação e tem o poder de integrar a teoria⁴⁶.

O que faz com que uma categoria seja considerada central é a capacidade de reunir as categorias para formar um todo explicativo. Além disso, uma categoria central deve dar conta de uma considerável variação dentro das categorias, pois ainda que cada uma conte parte da história, nenhuma capta o fenômeno por completo. Portanto, é necessário um termo ou frase mais abstratos, sob o qual podem ser agrupadas todas as categorias³⁴.

Strauss (1987)⁴⁶, lista uma série de critérios que caracterizam uma categoria central:

- Todas as categorias devem relacionar-se a ela.
- Deve aparecer com freqüência nos dados.
- A explicação que se desenvolve a partir da relação entre as categorias deve ser lógica, consistente e emergente.

- A frase utilizada para descrevê-la deve ser abstrata o bastante para que possa ser utilizada em outras áreas substantivas de investigação.
- À medida que o conceito se refina analiticamente por meio de sua integração a outros conceitos, a teoria cresce em profundidade e poder explicativo.
- O conceito deve ser capaz de explicar as variações, casos contraditórios ou alternativos, ou seja, quando variam as condições, a explicação se mantém ainda que ajustada.

Amostragem Teórica

Amostragem teórica é o processo de coleta de dados com o objetivo de procurar lugares, pessoas ou acontecimentos que maximizem as oportunidades de descobrir variações entre conceitos e fazer mais densas as categorias, suas propriedades e dimensões³⁴. O pesquisador coleta, codifica e analisa seus dados e decide quais informações são necessárias proximamente e onde encontrá-las. Esse processo é condicionado pela teoria emergente e depende das respostas do pesquisador às perguntas que se autopropõe sobre que grupos, subgrupos, populações, eventos, ou atividades deverá pesquisar na seqüência do seu trabalho e com que propósito teórico. A direção da evolução da pesquisa em termos de coleta de dados não é circunstancial e segue, então, os critérios de propósito teórico e relevância³⁵.

Importante destacar que, o objetivo não é coletar o máximo de dados possível em determinado grupo, mas coletar dados referentes às categorias, visando a geração de propriedades e hipóteses, e determinando assim a profundidade da amostragem³⁵. Ao identificar espaços não preenchidos/cobertos pela teoria o pesquisador passa a buscar novas fontes/locais de coleta de dados ou novos estilos de entrevistas, focando as questões nos temas emergentes de seu interesse para completar o estudo.

Saturação Teórica

É difícil, na aplicação do método da Teoria Fundamentada nos Dados, predizer quantos grupos participarão do estudo. Enquanto o pesquisador está absorvido pelo

desafio de construir uma teoria, pode ser que vários grupos ou situações sejam envolvidos na pesquisa. Entretanto, em determinado momento é necessário definir um critério que julgue quando a amostragem se mostra suficiente para aquele ponto teórico. Este critério de juízo é a saturação teórica³⁵.

Segundo Strauss (1987)⁴⁶, a saturação teórica ocorre quando análises adicionais não mais contribuem para descobrir algo novo sobre uma categoria. Quando isto ocorre se deixa de codificar os dados para aquela categoria.

Pode se considerar uma categoria saturada quando³⁴:

- Não haja dados novos importantes que pareçam emergir para alocar em uma categoria.
- A categoria está bem desenvolvida nas suas propriedades e dimensões.
- As relações entre as categorias estejam estabelecidas e validadas.

Memorandos

Uma outra etapa no processo de geração da teoria é a produção escrita de memorandos. Os memorandos são a externalização de idéias, por meio de registros escritos, sobre códigos e suas relações, levando ao nível mais abstrato conceitos que emergem do processo de análise dos dados³⁶.

A produção de memorandos tem por objetivo o desenvolvimento teórico de idéias com total liberdade do pesquisador com relação ao seu conteúdo para que possam ser ordenados indiscriminadamente. Ao elaborar memorandos, o pesquisador eleva os dados a níveis conceituais, desenvolve as propriedades de cada categoria, elabora hipóteses sobre conexões entre categorias e suas propriedades, começa a integrar essas conexões em conjuntos de categorias e situa a teoria emergente em relação a outras teorias potencialmente relevantes³⁶.

Os memorandos foram escritos desde as primeiras etapas da pesquisa, em conjunto com a coleta de dados e codificação. Considerando que são um depósito de idéias analíticas que podem ser agrupadas, ordenadas, classificadas e recuperadas³⁴, a produção sistemática de memorandos facilita a articulação da teoria⁴⁵. Se os códigos conceituam os dados, os memorandos revelam e relacionam por meio de códigos

teóricos as propriedades dos códigos substantivos. Os memorandos também servem para a orientação da amostragem teórica, indicando espaços vazios na análise e possíveis novos direcionamentos que a emergência da teoria possa requerer⁴⁵.

Exemplo:

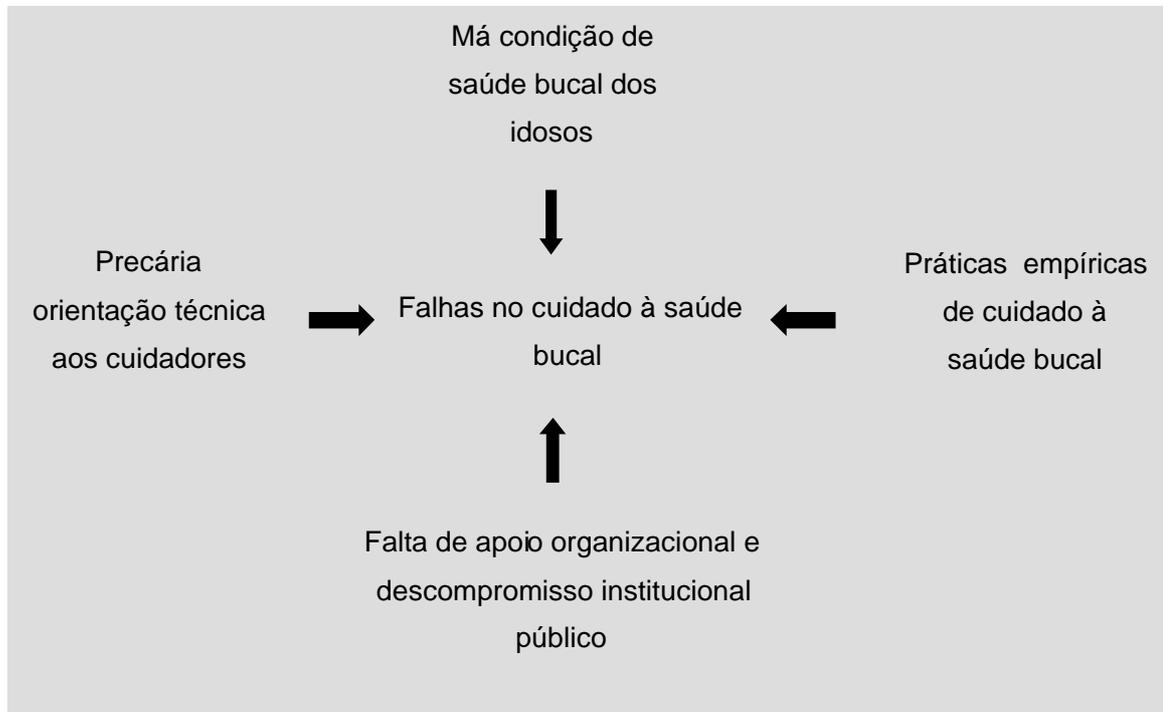
Quadro 3 – Exemplo de memorando

Memorando
Data 10.05.2005
Título: A responsabilidade pelo cuidado à saúde bucal do idoso.
<p>“A partir da expressão de todos os participantes pode-se perceber a noção de responsabilidade com relação ao cuidado à saúde bucal nas esferas individual, profissional, institucional e governamental. A familiar é percebida indiretamente. Todos se reconhecem como responsáveis, principalmente pela questão do “não-fazer” e suas conseqüências. É sabido que o “não-fazer” gera conseqüências negativas, prejuízo. Entretanto, esse sentir a responsabilidade, que é algo muito subjetivo, não é capaz de promover ações transformadoras que resultem em práticas de cuidado com algum resultado. Não tem força suficiente para modificar a prática de cuidado à saúde bucal. Embora presente subliminarmente no conteúdo das falas, a responsabilidade assume um papel secundário, abrindo a possibilidade de outros elementos participarem como mola propulsora das ações de cuidado à saúde bucal do idoso.”</p>

Elaboração de diagramas

A elaboração de diagramas, mecanismos visuais que desenham as relações entre os conceitos, é bastante útil nas etapas mais avançadas do processo de análise, pois mostra a densidade e a complexidade da teoria³⁴. O diagrama é a representação gráfica de um esquema analítico³⁷. Os diagramas auxiliam a transpor a dificuldade de traduzir a teoria em palavras, lapidam as relações entre conceitos e evidenciam falhas³⁴. São úteis para o pesquisador em qualquer estágio do processo de análise. Assim como os memorandos eles crescem em profundidade e integração com o desenvolvimento da teoria e permitem ao pesquisador obter uma visão geral do seu esquema teórico³⁷. Exemplo:

Figura 2 - Diagrama representando os possíveis fatores determinantes das falhas no cuidado à saúde bucal a idosos residentes em instituições de longa permanência



Ordenação e Integração Teórica

Uma vez alcançada a saturação teórica das categorias, a pesquisadora prosseguiu com revisão, ordenação e integração dos memorandos relacionados às categoria. Enquanto o conteúdo dos memorandos constitui a base da Teoria Fundamentada nos Dados, a ordenação destes é a chave da formulação da teoria para a apresentação textual³⁶.

A etapa final do processo de geração da Teoria Fundamentada nos Dados, antes da escrita propriamente, é a integração: a organização cumulativa (ou articulação) dos componentes da teoria⁴⁶. As categorias e propriedades são ordenadas por similaridade, conexões e ordenamentos conceituais. A integração está centrada na ordenação dos memorandos. Assim, as categorias relevantes que emergiram dos dados ficaram refletidas na análise conceitual³⁶.

A análise da literatura na Teoria Fundamentada nos Dados

Uma questão crítica presente no processo de elaboração de uma teoria fundamentada nos dados é a influência que idéias/noções/paradigmas pré-estabelecidos na mente do pesquisador possam interferir nos procedimentos de coleta e análise dos dados.

Segundo Glaser; Holton (2004)⁴⁵ na Teoria Fundamentada nos Dados os textos publicados na literatura são considerados mais uma fonte de dados que o pesquisador pode acessar e integrar, pelo método da Análise Comparativa, à teoria.

Chenitz; Swanson (1986)³⁷ afirmam que não é atribuída aos dados provenientes da literatura uma posição de privilégio quando comparada aos dados da pesquisa. O pesquisador aproxima-se da literatura como informação e levanta questionamentos sobre a validade dos dados comparando-os e relacionando-os a conceitos.

Uma ampla revisão da literatura foi feita no decorrer deste estudo, como parte do processo de pesquisa, com o intuito de preencher as necessidades demandadas pela análise dos dados provenientes das entrevistas. A literatura auxiliou também na elaboração de hipóteses, delimitação de propriedades de categorias e na definição dos códigos teóricos.

Publicação da Teoria Substantiva

Glaser; Strauss (1967)³⁵ recomendam aos pesquisadores que procedam a publicação da teoria somente no momento que estiverem certos que o arcabouço analítico construído constitui uma teoria substantiva, compondo um manifesto sensato e correto sobre o tema em estudo, com capacidade de ser visto, compreendido e utilizado por outras pessoas.

Guardadas as proporções o momento da defesa deste trabalho cumpre o papel de uma primeira divulgação do modelo oriundo dos dados que coletou.

Inspirada em Strauss, a autora está alerta e consciente da possibilidade de incompletude da sua construção teórica, representada nas brechas e falhas que a integração da teoria pode apresentar. Propõe-se buscar uma melhor elaboração da

teoria, fazendo revisões contínuas e aprimorando sua análise: preenchendo lacunas, aprofundando-se nos detalhes e amarrando laços soltos. É preciso adotar uma postura de “eterno-desenvolvimento”, que contribui para a riqueza, complexidade e densidade da teoria⁴⁶.

REVISANDO A LITERATURA

O fenômeno do envelhecimento populacional

O quadro demográfico mundial vem apresentando acentuada mudança estrutural. O fenômeno do envelhecimento populacional, que corresponde ao declínio da proporção de crianças e jovens tendo como contrapartida o aumento da proporção de pessoas idosas, é notável em países desenvolvidos e progride rapidamente nos países em desenvolvimento. A conhecida pirâmide demográfica, em poucas décadas, vai assumindo forma cilíndrica.

O dinamismo desta transformação é resultado de uma série de avanços técnicos, científicos e comportamentais, dentre os quais a literatura tem destacado o saneamento das águas de abastecimento público, os progressos das ciências da saúde, o controle de natalidade e a adoção de estilos de vida mais saudáveis implicando na diminuição da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida^{26,47,48}.

Entre os anos 1900 e 2000, o percentual de pessoas idosas, aquelas que completaram 60 anos, segundo o padrão referencial das Nações Unidas, elevou-se de 6,9% para 10% da população mundial. A *United Nations Population Division* (2002)¹ estima para o ano 2050 um contingente de 1,9 bilhão de idosos correspondendo a 22% da população. A Agência também demonstra que tal crescimento é muito mais pronunciado hoje nos países não desenvolvidos. Neles, o segmento idoso multiplicar-se-á por quatro, no período de 2000 a 2050, passando de 375 milhões para 1,5 bilhão.

No Brasil, esse processo de envelhecimento é também considerado irreversível e de rápida evolução⁴⁸. Há 16 anos Ramos; Veras; Kalache (1987)⁴⁹ já alertavam para a alta velocidade das mudanças demográficas, refletindo a rapidez com que declinavam nossas taxas de fecundidade.

O censo brasileiro de 2000 contabilizou 14,5 milhões de idosos, constituindo 8,6% da população; destes, 55% eram mulheres e 81,4% residiam em zona urbana².

Em 2025, corresponderão a 15% da população e serão 33,4 milhões, formando então a sexta maior população nacional idosa, atrás apenas da China, Índia, EUA, Japão e Indonésia²⁶.

Por sua vez, no interior da população idosa, o segmento acima de 80 anos é o que cresce mais rapidamente; e nele, as mulheres. No Brasil, de cada três pessoas com idade superior a 75 anos, duas são mulheres.

Segundo estimativas do DATASUS⁵⁰, no Estado de Santa Catarina vive no ano de 2004 uma população idosa de 454.621 pessoas correspondente a 8,0% do total. Na capital, Florianópolis, esta proporção é maior chegando a 8,4% (31.783 pessoas).

Algumas considerações sobre o idoso, a velhice e o cuidado

No Brasil, o Estatuto do Idoso utiliza o critério cronológico para classificar as pessoas no grupo dos idosos, fixando para aquelas com idade igual ou superior a 60 anos a proteção de direitos especiais²⁸. Esse critério já era utilizado como referência pela Organização Mundial da Saúde para analisar o fenômeno do envelhecimento populacional, com a ressalva da diferença estipulada no seu limite: para países desenvolvidos, 65 anos, e subdesenvolvidos, 60 anos. A idade cronológica, entendida como a marcação do tempo decorrido em anos contabilizado a partir do nascimento dos indivíduos, representa o envelhecimento somente no plano legal ou social. Não é o tempo que produz efeitos biológicos, mas o processo de envelhecimento é resultado de sua passagem, ocorrendo em momentos e ritmos diferentes ao longo das fases da vida e em cada um dos seres⁵¹.

Conforme pondera Debert (2004)⁵², a idade cronológica é estabelecida culturalmente e está desassociada da estrutura biológica e de estágios de maturidade. Seus critérios são socialmente impostos por exigências legais para determinar os direitos e deveres dos cidadãos. Assim torna-se um elemento simbólico que une grupos bastante heterogêneos, quando considerados sob outras dimensões.

O envelhecimento biológico é considerado resultante de um conjunto de perdas na função normal do organismo que ocorrem ao longo da vida. À medida que envelhecemos essas mudanças, não aparentes e normais quando associadas à idade,

originam as manifestações percebidas do envelhecimento. Portanto, cabe lembrar, que ao se experimentar essas mudanças consideradas naturais, não se está padecendo de estados de doença, entretanto a probabilidade de adoecer aumenta com o passar do tempo pois essas alterações orgânicas tornam os indivíduos mais vulneráveis a doenças, pela diminuição da capacidade de resposta às agressões ou influências do meio^{12, 51}.

A experiência, individual e coletiva, do envelhecimento humano não ocorre de uma forma homogênea, o que confere às pessoas idosas a característica de compor um grupo bastante heterogêneo no que diz respeito às suas condições de vida e saúde. Esta constatação provoca, segundo Debert (2004)⁵², dois tipos de reações sobre conjecturas em torno da velhice como experiência heterogênea. A primeira é construída a partir de uma imagem da velhice como sinônimo de problema, capaz de sobrepor-se a diferenças, sociais, econômicas e étnicas, o que demandaria o estabelecimento de novas classificações do envelhecimento baseadas na idade e no nível de dependência funcional dos idosos. A segunda, passa então a desconsiderar o marcador cronológico como significativo e rejeita estereótipos da velhice como um período de perdas, de doenças, de pobreza, e de situação de dependência que acaba por justificar a formulação de políticas públicas para um ser doente, abandonado e carente de assistência de toda ordem.

Especialmente no Brasil, este cenário se torna bastante complexo. Estudos e pesquisas sobre idosos e o fenômeno do envelhecimento humano têm sido balizados segundo quatro grandes premissas: a iminência de uma explosão demográfica, a desvalorização do idoso como ser improdutivo para os meios de produção, a cultura nacional de valorização do jovem e do novo, e a incapacidade do Estado de resolver os problemas básicos da população, tornando o idoso cada vez mais vulnerável⁵².

O modo como se desenvolvem os rumos da pesquisa e das práticas intervencionistas dedicadas ao idoso, ao envelhecimento e suas conseqüências na sociedade, carrega consigo toda força do modelo biomédico e suas distorções sobre a velhice⁵³. Embora, é certo que o declínio biológico normal no processo de envelhecimento e o aparecimento de doenças e incapacidades com o avançar da idade sustentam a concepção de velhice como um período de decadência inexorável, esse

mesmo modelo tradicional e hegemônico contribui para a exacerbada noção do envelhecimento como sinônimo de déficits e involução⁵⁴. Néri (2004)⁵³ especifica estas “distorções cognitivas” associadas ao modelo biomédico na análise e tratamento da velhice e do envelhecimento pela supergeneralização (todos os idosos são doentes), pela supersimplificação (envelhecimento como processo unitário), pelo reducionismo (modelo biomédico como fonte única para explicar o envelhecimento), pela ilusão pseudocientífica (toda descoberta têm base científica), e pela ilusão sobre a imediaticidade da aplicação da pesquisa básica (ciência está facilmente ao alcance de todas as pessoas). Estas ilusões são compartilhadas por leigos e profissionais da saúde, principalmente quando da necessidade de promover informações e produtos passíveis de ampliação da longevidade.

Na sociedade consumista-descartável em que vivemos, tudo o que representa o velho sofre discriminação e exclusão, inclusive as pessoas. Associa-se o fato de os idosos não se integrarem aos padrões de beleza e juventude tão cultuados nos dias atuais. De fato, as alterações da saúde com o envelhecimento contribuem para o estreitamento da inserção social da população idosa. As limitações físicas, sensoriais e os déficits cognitivos, associados ou não a patologias, são fatores que interferem na autonomia e dependência dos que envelhecem e prejudica sua sociabilidade e bem-estar⁵⁴. É o que Paschoal (1996)⁵⁶ aponta como “envelhecimento funcional”, que para efeito de análise das condições de vida da população idosa, é um conceito mais adequado e interessante que o próprio envelhecimento cronológico. Segundo o autor, “envelhecer sem incapacidades é fator indispensável para a manutenção da qualidade de vida”⁵⁶.

Todas as profissões que se propõem atender o idoso têm como meta primeira a prática do cuidado para a manutenção da independência funcional e da autonomia do indivíduo⁵⁵. A autonomia é a capacidade de decisão e comando do idoso sobre suas ações, de estabelecer e seguir suas próprias regras. No quadro de dependência funcional o idoso revela a incapacidade de viver satisfatoriamente sem ajuda de terceiros, por motivos de limitações físicas ou cognitivas. A dependência pode ser determinada por uma série de fatores como doenças incapacitantes, estados afetivos, falta de auxílio físico ou psicológico, desamparo, desmotivação, falta de adaptações

estruturais no ambiente ou de segurança, ou ainda por práticas iatrogênicas e inatividade⁵⁶. Infelizmente, no Brasil, é freqüente o contato do idoso com uma ou mais destas situações no decorrer de sua vida e do seu envelhecimento. A dependência e a falta de autonomia, ainda que mantida oculta ou subjugada aos espaços domiciliares ou institucionais, são condições que atingem uma parcela representativa dos idosos brasileiros (10 a 40% dependendo do índice utilizado)⁵⁷. Segundo Caldas (2003)⁵⁸ a dependência está relacionada intrinsecamente ao conceito de fragilidade, ou seja, o grau de vulnerabilidade que o indivíduo se encontra para responder aos desafios impostos pelo ambiente.

A dependência se associa à relação social, potencialmente ou efetivamente estabelecida, do idoso com outros indivíduos e o meio ambiente. Segundo Caldas (2003)⁵⁸ “a dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas o somatório da incapacidade com a necessidade”. Em geral, a dependência possui estágios gradualmente diferenciados, sendo considerado um processo dinâmico, que permite evolução, remissão, e, mais importante, prevenção.

O auxílio que o idoso que apresenta seu nível de dependência reduzido ou sua autonomia comprometida é realizado por pessoas que estão próximas a ele, seja nos espaços domiciliares ou institucionais. O Estatuto do Idoso prioriza a família como espaço de atendimento prioritário ao idoso²⁸. Em geral, a família tem se ocupado do cuidado do idoso, caracterizando-se como principal alternativa no sistema de suporte informal⁵⁸. No seio da família, sobressai a figura do cuidador leigo, em geral uma mulher (esposa, filha, irmã, nora) ou outros parentes ou membros da comunidade que se mobilizam para suprir as necessidades cotidianas que o idoso necessite. O cuidador é uma pessoa que se envolve no cuidar do outro e vivencia um processo de aprendizagem mútua, desvelando potencialidades tanto no idoso como no cuidador⁵⁹.

Conforme mencionado, o cuidado ao idoso pode ser e é implementado em diferentes espaços, seja familiar ou institucional, por diferentes pessoas. Surge daí, classificações de tipos de cuidadores segundo o vínculo estabelecido com a pessoa idosa de quem cuida. Segundo Santos (2003)⁶⁰, os cuidadores familiares e demais atores do grupo doméstico (amigos, vizinhos, voluntários, etc...) são considerados

cuidadores informais. Os cuidadores formais compreendem todos os profissionais e instituições que realizam atendimento sob a forma de prestação de serviço ao idoso. Para Carletti; Rejani (1996)⁶¹, o cuidado informal é o conjunto de cuidados prestados, total ou parcialmente, pela família ou comunidade ao idoso com dificuldades ou impossibilidade de se autocuidar. Os cuidados formais são aqueles fornecidos aos indivíduos pelas agências do sistema formal de saúde, em função de suas necessidades específicas.

As tarefas que compreendem o cuidado dispensado ao idoso dependente são, geralmente, consideradas difíceis e complexas por incorporarem um acúmulo de responsabilidades, gastos financeiros, cansaço físico e desgaste emocional ao redor de poucas ou uma só pessoa. Muitos são os sentimentos que afloram a partir do estabelecimento da interação cuidador-idoso, cuidador-família e consigo próprio. À parte de toda indispensável discussão sobre a sobrecarga de trabalho dos cuidadores informais e formais, cabe aqui a consideração de Teixeira (1998)⁶² de que

é preciso que o cuidador profissional tenha noção das repercussões afetivas que o quadro de adoecimento e dependência gradativa traz para o idoso, diante de perdas físicas, psíquicas e sociais e para seus familiares que lidam diretamente com o sofrimento do doente e com sua doença.

O processo de institucionalização de idosos e as instituições de longa permanência

Em maio de 2001 foi editada a Portaria 73³¹ da Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS), vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, estabelecendo normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso³⁰. A Portaria 73/2001 prevê nove modalidades de projetos de atenção à pessoa idosa que podem ser financiados por meio de recursos provenientes de parcerias envolvendo órgãos do governo federal e dos governos estaduais e municipais e das organizações não governamentais. As modalidades são: residência temporária, família natural, família acolhedora, república, centro de convivência, centro dia, casa lar, assistência domiciliária/atendimento domiciliário e atendimento integral institucional. O Atendimento integral institucional³¹

é aquele prestado em uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de Enfermagem, de Odontologia e outras atividades específicas para este segmento social.

As denominadas instituições de longa permanência se enquadram neste perfil. Tais estabelecimentos podem ter diversas denominações correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos ou mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõe de um quadro de recursos humanos para atender às necessidades de cuidados com assistência, saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades que garantam qualidade de vida. Esses estabelecimentos poderão ser classificados segundo as modalidades, observando a especialização de atendimento.

A demanda por instituições de longa permanência tem aumentado, acompanhando o processo de envelhecimento do conjunto da população^{63,64}. À medida que os indivíduos atingem as últimas décadas de vida, as necessidades de cuidados permanentes e os custos que advêm desses cuidados aumentam. Nos Estados Unidos em 1992, 3% dos homens e 6% das mulheres com mais de 65 anos residiam em instituições. Para faixas etárias específicas, a porcentagem aumenta de 1%, entre homens e mulheres, de 65 a 74 anos, 15% (homens) e 25% (mulheres) acima de 85 anos. A porcentagem de pessoas que vivem em seu domicílio, mas necessitam de auxílio de terceiros nas atividades diárias também aumenta conforme a faixa etária, de 10%, entre 65 a 74 anos para 37% nos maiores de 85 anos. Projeções para o ano 2040 calculam uma população norte-americana residente em casas geriátricas de 3,6 a 5,9 milhões de pessoas⁶⁵.

No Brasil, a carência de estudos sobre a institucionalização de idosos dificulta inferências acerca do assunto. Embora muitos idosos sejam institucionalizados por problemas físicos e mentais que causam dependência, a miséria e o abandono familiar e governamental geralmente estão relacionados ao processo de institucionalização^{15,66}.

A literatura cita alguns fatores que contribuem para o processo de institucionalização da população idosa como a urbanização, dificuldades financeiras,

falta de cuidados no ambiente familiar, falta de espaço no domicílio, deterioração das condições de saúde, solidão e medo da violência^{48,66,67,68}.

Chaimowicz; Greco (1999)¹⁵ relatam que a institucionalização de idosos apresenta-se como alternativa em situações como necessidade de reabilitação intensiva no período entre alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência elevados. E acrescentam: “Tal subjetividade transforma a decisão de internar numa função da disponibilidade da assistência domiciliar provida pelo tripé família-Estado-sociedade”. Os autores estudaram a dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte/MG. A taxa de institucionalização, considerada o número de indivíduos residentes em instituições em relação ao total de indivíduos da mesma faixa etária, foi de 0,6%. Com algumas exceções, instituições com maior capacidade, expressa pelo número de leitos, dispunham de melhor infra-estrutura e geralmente forneciam algum tipo de assistência médica.

O mesmo fato foi observado por Bastian (1979)⁶⁹ analisando as instituições geriátricas de Porto Alegre/RS. No seu trabalho identificou 25 instituições residenciais para pessoas idosas representando uma oferta total de 1.163 leitos. Este estudo concluiu que estabelecimentos com maior capacidade física contavam com mais recursos materiais e maior quantidade de recursos humanos para assistir os idosos que estabelecimentos com menor capacidade física. A mesma autora realizou pesquisa semelhante na cidade de São Paulo/SP com um universo de 44 casas geriátricas, totalizando 5.130 leitos. Foi confirmada a suposição de que instituições com maior número de leitos contavam com maiores componentes de assistência à saúde (médico, dentista, enfermeiro, nutricionista, assistente social, terapia ocupacional, entre outros).

A maioria das instituições que abrigam idosos tem o propósito de proteger e assistir o público idoso que sofre de alguma incapacidade ou possui algum grau de dificuldade na realização das atividades diárias. Entretanto, é observado que indivíduos com menor grau de dependência vivem em instituições devido a barreiras sócio-econômicas⁷⁰.

Observa-se uma expansão do número de instituições residenciais para idosos no Brasil. Em sua maioria são privadas e uma minoria é pública⁶⁶.

Em novembro de 2000, em Porto Alegre, 2.113 idosos residiam nas 111 instituições de longa permanência em funcionamento. Destas, 78 foram consideradas de pequeno porte e recebiam 44,24% dos idosos. As 18 de médio porte assistiam 26,84%, enquanto 8 de grande porte abrigavam 10,73% e as 4 de porte especial eram responsáveis por 18,19% dos idosos institucionalizados. Não puderam ser levantados os dados de três casas. Sobre uma população idosa estimada pelo DATASUS em 147.340 pessoas, a taxa de institucionalização alcançava à época 1,44%. O total de leitos disponíveis era de 2.475, resultando numa taxa de ocupação de 85,4%⁷¹.

Outras taxas de institucionalização são relatadas na literatura. Na Alemanha fica em torno de 4%, em Singapura 1,6%¹³ e na Espanha 2%⁷². Nos Estados Unidos da América, a taxa de idosos institucionalizados vem mantendo-se constante desde a década de 70, por volta de 4,4%. Porém, há um aumento das taxas, quando estudadas por segmentos de faixa etária. Em 1997, a taxa de institucionalização entre idosos de 65 a 74 era de 1,08%, entre 75 e 84 era de 4,55% e entre os idosos acima de 85 anos alcançava 19,2%⁷³.

Na cidade do Rio de Janeiro/RJ, em 1999, foram identificadas 104 instituições geriátricas, com um total estimado de 4.315 leitos. Os autores consideram tal número bastante reduzido, em virtude da quantidade de indivíduos idosos no município (em 1996 era de aproximadamente 670.000) e sugerem mais estudos sobre a demanda de idosos por esse tipo de instituição. Ademais, concluem que o modelo institucional geriátrico brasileiro se assemelha ao das “instituições totais”⁶⁸, consideradas ultrapassadas no que se refere à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos⁷⁴.

Benedetti; Petroski (1996)⁷⁵, estudando idosos que viviam em instituições de longa permanência em Santa Catarina, contabilizaram 1.650 idosos residentes em 52 instituições de longa permanência. Destas 42,3% localizavam-se na Grande Florianópolis, representando um crescimento da ordem de 3 vezes entre os anos de 1980 a 1996.

Waldow (1987)⁶⁶, estudando o nível de dependência de Enfermagem em idosos em seis instituições (privadas com e sem fins lucrativos) de Porto Alegre, constatou que os idosos apresentaram maior dependência para condição mental (54,9%), cuidado

corporal (47,15%), motilidade (43,51%), e deambulação (38,13%). Os idosos das instituições filantrópicas mostravam ser mais independentes do que os idosos nas instituições privadas. As instituições privadas possuíam maior número de pessoas para atender os idosos. A maioria dos funcionários das instituições era leiga.

Ao analisar as instituições de longa permanência para idosos como sistema social organizacional, Creutzberg (2005)⁷⁶ revela as múltiplas relações que estas estabelecem com outros sistemas sociais parciais (econômico, jurídico, político, educacional, científico, familiar, de saúde, religioso e artístico). Particularmente, no que se refere às comunicações com o sistema de saúde, percebeu a exclusão do idoso residente das ações programáticas, visto que é repassada a responsabilidade pelo cuidado dos idosos às ILPIs. Por outro lado há um desconhecimento das ILPIs do sistema de saúde distanciando ainda mais o residente da abrangência dos serviços. A autora alertou para a necessidade de ser estimulado um melhor “acoplamento estrutural” que desenvolva a ILPI como espaço possível de um envelhecimento bem-sucedido.

As condições de saúde da população que envelhece: mudanças e conseqüências

Há uma correlação direta entre o processo de envelhecimento populacional e as mudanças que esse novo perfil demográfico acarreta com relação a padrões de morbidade, invalidez e morte.

A rápida transição no perfil de saúde geral em nosso país caracteriza-se, em primeiro lugar, pelo crescimento da prevalência das enfermidades crônicas não transmissíveis^{48,77} e, em segundo, pela importância crescente de diversos fatores de risco que requerem, complexamente, ações preventivas em diversos níveis.

Em menos de 40 anos, o Brasil migrou de um perfil de mortalidade materno-infantil, para outro de mortalidade por enfermidades complexas e mais onerosas, típicas das faixas etárias mais avançadas. Relatório do Ministério da Saúde aponta que, mesmo nas regiões mais desenvolvidas do país, ainda os serviços de saúde concentram-se quase exclusivamente na atenção materno-infantil, desconsiderando, em parte, a nossa realidade epidemiológica⁷⁸.

A exemplo da situação de saúde geral, a saúde bucal da população brasileira também tem sofrido alterações nos seus quadros gerais, principalmente nos níveis de cárie dentária, a doença bucal mais prevalente. Levantamentos epidemiológicos asseguram um decréscimo de aproximadamente 50% no índice de ataque de cárie durante os anos de 1986 a 1996⁷⁹, resultado principalmente de ações coletivas como fluoretação das águas de abastecimento público e ampliação da utilização de dentifrícios fluoretados, além de melhorias nas condições de vida da população que interferem decisivamente no estabelecimento e evolução desta doença⁸⁰. Ainda assim, é motivo de preocupação o fenômeno da “polarização”, confirmando a determinação social do processo saúde-doença, no qual uma pequena parcela da população infantil concentra maior parte da experiência de cárie⁸¹.

Particularmente, no campo da saúde as demandas e necessidades insatisfeitas do contingente idoso brasileiro estão aumentando. O represamento, sob a forma de “dívida social”, assume o caráter de negligência social.

Segundo Veras (2002)⁷⁷,

o rápido crescimento da população de idosos no Brasil causa um importante impacto em toda a sociedade, principalmente nos sistemas de saúde. Entretanto, a infra-estrutura necessária para responder às demandas desse grupo etário em termos de instalações, programas específicos e mesmo recursos humanos adequados, quantitativamente e qualitativamente, ainda é precária.

Acresça-se ainda o fato de que milhões de idosos auferem sua renda por transferência governamental, sob a forma de pensões e proventos de aposentadoria⁸². Se por um lado o número de benefícios concedidos a cada ano é crescente, por outro a política fiscal do Estado brasileiro, perversamente agravada pela adoção de políticas de ajuste derivadas do “consenso de Washington”⁸³, tem lançado sua sombra sobre a maioria destas pessoas que, excluídas do mercado de trabalho, percebem renda ínfima, tornando-as dependentes para sobreviverem e manterem-se com saúde.

As mudanças na estrutura demográfica/epidemiológica fazem com que a sociedade brasileira se depare com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais outrora restrito a países desenvolvidos. Como comenta Chaimowicz (1997)⁸²:

O Estado, ainda às voltas com os desafios do controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não foi capaz de aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam seqüelas daquelas doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida .

A ausência de políticas que visem a compressão da morbidade e a fragilidade dos sistemas de apoio formal e informal ao idoso, aliadas ao padrão estrutural dos serviços de saúde, centrados no modelo medicalizante e hospitalocêntrico, configuram um cenário no qual a demanda pela assistência à saúde dos idosos só ocorre por ocasião da necessidade iminente de intervenção para tratar os problemas já instalados.

Por uma série de razões, que constituem verdadeiras barreiras de acesso aos serviços odontológicos⁸⁴, as questões sobre cuidado à saúde bucal reproduzem esse comportamento imediatista, refletindo um padrão de pouca procura por serviços. Desse modo, mesmo sendo deficientes as condições de saúde bucal da população idosa e as imensas as necessidades acumuladas de tratamento, a utilização dos serviços odontológicos ainda é pequena. Pesquisas mostram que durante o processo envelhecimento, o número de visitas ao médico aumenta, enquanto ao dentista diminui. Esse fato é atribuído ao aumento da prevalência de doenças crônicas e ao aumento do edentulismo associado ao envelhecimento.

Berkey et al. (1991)⁸⁵ realizaram uma revisão da literatura norte-americana e canadense pertinente às condições de saúde bucal e de utilização de serviços odontológicos por idosos institucionalizados. Altos níveis de doença e grande número de necessidades de tratamento são comuns. A utilização de serviços é pouca, devido à presença de algumas barreiras associadas à autopercepção de saúde bucal dos idosos, condição de saúde geral, *status* funcional, medo, padrão prévio de utilização de serviços, transporte, dificuldade de marcar consultas, escassez de recursos, disponibilidade de equipamentos e atitudes de cuidadores e familiares^{85,86,87,88}.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) de 1998, no Brasil, o padrão de utilização dos serviços médicos também se diferencia do odontológico. Enquanto 73,3% dos idosos com mais de 65 anos haviam realizado consulta médica nos últimos 12 meses, sendo que destes 37,8% consultaram 1 ou 2

vezes, 6,9% de todos os idosos brasileiros (654.499) nunca haviam consultado um dentista. Dos que consultaram, a grande maioria (79%) o fez há mais de três anos⁸⁹.

Em Florianópolis, a pesquisa Perfil do Idoso de Florianópolis⁹⁰ também revela o mesmo padrão de utilização de serviços: 10,6% dos idosos haviam consultado o dentista nos últimos três meses, enquanto 64,6% realizaram uma consulta médica no mesmo período de tempo. Corroborando com esses dados em âmbito nacional, o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (2003)⁹¹ revelou que 65,69% dos idosos brasileiros haviam realizado consulta odontológica há mais de três anos, sendo que 5,83% nunca haviam consultado um dentista.

Outra consideração relevante é que se pode esperar num futuro próximo maior número de pessoas idosas necessitando da assistência para a manutenção da sua saúde bucal como resultado das diretrizes odontológicas passadas de prevenção e tratamento das doenças bucais, principalmente para a população infantil. Ao comparar o risco para a cárie dentária entre crianças e idosos, Petersson et al. (2004)⁹² conclui que os idosos possuem duas vezes mais risco de desenvolvimento da doença que crianças. Os idosos possuíam mais quantidade de placa dental, maior quantidade de bactérias cariogênicas e menor capacidade tampão da saliva. O incremento médio por ano do CPOD^b foi substancialmente maior em idosos que em crianças.

Portanto, três correntes convergem para que seja crescente e diversificado o estoque de necessidades de cuidado à saúde bucal do idoso no Brasil: o aumento acentuado e contínuo da população idosa sem que haja crescimento compatível da atenção; o padrão de baixa procura de serviços odontológicos especializados por idosos e a chegada do contingente que alcança a fase idosa demandando conservação da saúde bucal conquistada nos anos de juventude, afetado em grande parte pelas doenças de caráter crônico-degenerativo.

^b O índice CPOD é resultante da soma de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados por cárie num indivíduo. O valor mínimo é zero e o máximo é trinta e dois.

O impacto do envelhecimento populacional e a saúde bucal

As estruturas bucais também sofrem a ação do processo de envelhecimento, e os tecidos da cavidade bucal refletem as alterações provocadas pelo o avanço da idade^{14,93}.

Ainda que o processo de envelhecimento, por si, cause na cavidade bucal poucos efeitos desencadeadores de disfunções e incapacidades⁹⁴, um expressivo conjunto de estudos com diferentes metodologias revela que, em geral, a condição de saúde bucal dos idosos é deficiente por todos os quadrantes^{6,8,9,10,95,96,97,98,99,100,101,102,103,104,105,106,107,137}.

A busca pelas causas tem revelado que o acesso limitado ao cuidado à saúde bucal na infância e na velhice, e fatores como a desordenada urbanização, condições sócio-econômicas precárias, rupturas no tecido social, estilo de vida, além de limitadas informações aos cuidadores e ausência de compromisso de instituições privadas e públicas podem ser responsáveis por esta condição amplamente classificada como deficiente^{6,10,108,109}.

Pesquisando os novos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças bucais nos idosos, Mariño (1994)¹¹⁰ enumerou: a presença de transtornos sistêmicos crônicos, estilo de vida prejudicial à saúde, iatrogenias repetidas e mau estado nutricional. Haugen (1992)¹⁴ assevera que a cárie continua prevalente, todavia, as lesões secundárias e de raiz constituem a manifestação mais freqüente da doença.

Apesar da correlação entre idade e edentulismo, o número de idosos que preservam sua dentição natural tem aumentado consideravelmente^{14,111,112}. Em nossos tempos a ausência de dentes deixou de ser atributo necessário da velhice. A manutenção dos dentes na cavidade bucal deve-se, segundo Shay; Jonathan (1995)¹¹³, a maior retenção de dentes na juventude, avanços nas modalidades de prevenção e tratamento odontológicos, aumento da cobertura dos serviços para a população mais jovem, melhoria dos hábitos de autocuidado, e melhoria na compreensão sobre a necessidade de cuidado à saúde bucal. Heath (1992)¹¹⁴ atribui a preservação dos dentes naturais nas pessoas idosas aos cuidados diários de higiene bucal e à assistência recebida de profissionais.

Em 1986, foi publicado um levantamento epidemiológico sobre a saúde bucal no Brasil urbano que observava: um declínio de dentes hígidos com o avançar da idade; só parcela pequena de pessoas não edêntulas estavam isentas de problemas periodontais; e altos níveis de edentulismo⁷⁹. O quadro epidemiológico daquela época foi relatado como sendo reflexo da realização de extrações dentárias múltiplas e em larga escala, principalmente a partir dos 30 anos¹¹⁵.

Como a transição epidemiológica nos perfis de morbi-mortalidade ocorre tardiamente nos países periféricos em relação aos países desenvolvidos, estima-se que os brasileiros venham progressivamente a alcançar também a faixa etária idosa da vida com maior número de elementos dentais.

Tradicionalmente nossos programas de atenção e assistência odontológicas priorizaram as populações infantis. Graças ao enfoque preventivo, muitos avanços foram conquistados e estão refletidos na melhora dos níveis de saúde bucal desta parcela da população⁷⁸.

Numa visão dinâmica e em face da elevação da expectativa de vida da população, a melhoria observada na saúde bucal das crianças de ontem implica atenção à saúde bucal durante o curso da vida, como condição para assegurar um envelhecimento acompanhado de boa saúde. Portanto, o crescimento cumulativo do número de pessoas idosas necessitando de assistência para a manutenção da sua saúde bucal será nos anos à frente fenômeno relevante no campo da saúde bucal coletiva brasileira.

No novo quadro do envelhecimento com maior número de dentes, a insuficiência de atenção causa um acúmulo de necessidades e demandas agora provocadas por outras doenças bucais. O *Oral Health Report 2003*, publicação da OMS²⁰, considera necessária a concentração de esforços para a melhoria das condições de saúde bucal da população idosa considerando as questões demográficas e epidemiológicas atuais, principalmente a presença de co-morbidades de caráter progressivo e cumulativo. Para tanto, aponta desafios que devem ser superados como a atenção às mudanças no estado dental, a prevalência de lesões de cárie não tratadas, a deficiência na higiene bucal, as periodontopatias, o edentulismo e função oral limitada, as condições das

próteses, as lesões de mucosa (em especial o câncer bucal), a xerostomia/hipossalivação e as disfunções craniofaciais.

Condições de saúde bucal dos idosos: aspectos epidemiológicos

Em geral, a condição de saúde bucal dos idosos é deficiente. As necessidades de tratamento são muitas e estão represadas, principalmente aquelas relativas ao edentulismo, perdas parciais de dentes, cáries, doença periodontal e desgastes anormais da estrutura dental¹¹¹.

Manderson; Ettinger (1975)¹¹⁶ examinaram uma população de 442 idosos institucionalizados, representativos da população de Edimburgo, Escócia, que possuíam média de idade de 79 anos. Setenta e um por cento dos idosos necessitavam de tratamento odontológico. Edentulismo era condição de 91% da amostra e somente 41 indivíduos possuíam dentes remanescentes. Setenta e três por cento utilizavam próteses totais que necessitavam de ajuste ou substituição, mas somente 39% sabiam que suas próteses totais estavam insatisfatórias. Metade dos indivíduos possuía alguma patologia relacionada ao uso de próteses totais que necessitava de tratamento.

Smith; Sheiham (1979)⁹⁶ estudaram as relações entre as condições de saúde bucal e as limitações provocadas por uma saúde bucal deficiente entre idosos independentes. Foram entrevistados e examinados 254 idosos com média de idade de 73 anos. Setenta e quatro por cento eram edêntulos. Cinquenta e nove por cento dos usuários de prótese total não realizavam a higiene adequadamente. Nove por cento reclamaram ter dificuldades em realizar a limpeza de dentes e próteses totais. Porém, 48% daqueles que relataram não ter dificuldades em higienizar a sua prótese total possuíam depósitos sobre as superfícies das próteses. As conseqüências da precária condição de saúde bucal dos idosos, reportadas pelos autores, foram: diminuição na habilidade da mastigação, seleção dos alimentos, diminuição da qualidade nutricional, tempo aumentado para realizar as refeições, má aparência dos dentes, dificuldades no falar, cantar e beijar, dificuldades na auto-aceitação e aceitação social e problemas na manutenção da auto-estima e da saúde mental.

Davidson (1979)⁹⁵ observou a condição de saúde bucal de 375 idosos ingleses institucionalizados com média de idade de 75,4 anos. Setenta e cinco por cento eram edêntulos e a condição das próteses totais, em geral, era deficiente. O autor calculou que, aproximadamente, 200 idosos seriam beneficiados por algum tipo de tratamento odontológico, inclusive aprimoramento da higiene e conservação das próteses totais.

Smith; Sheiham (1980)¹¹⁷ verificaram as necessidades de tratamento normativas e subjetivas de idosos independentes. Dos trezentos idosos, 74% eram edêntulos. Sessenta por cento possuíam algum tipo de lesão benigna da mucosa principalmente associada ao uso de próteses totais. Segundo as necessidades normativas, 78% dos idosos requereriam tratamento odontológico em contraste com 42% de necessidades subjetivas auto-relatadas pelos idosos.

Floystrand et al. (1982)¹¹⁸ avaliaram as condições de saúde bucal de 70 idosos institucionalizados e 111 idosos independentes em Oslo, Noruega. Encontraram 47% dos dentes com uma ou mais faces com presença de placa identificável a olho nu.

Hugoson et al. (1986)⁷ compararam dados clínicos e radiográficos de dois estudos transversais realizados em 1973 e 1983 na cidade de Jönköping, Suécia. Foram selecionados indivíduos de várias faixas etárias inclusive de 60, 70 e 80 anos. Foi observado um decréscimo na proporção de edêntulos de 25%. O número de superfícies com placa foi menor em 1983 do que em 1973 em todas as idades. Tanto em 1973 quanto em 1983 a quantidade média de placa aumentou com o avançar da idade.

Ambjornsen (1986)¹⁰⁸ comparou a prevalência de dentes cariados, perdidos e obturados entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados noruegueses. Foram examinados 159 idosos não-institucionalizados e 38 institucionalizados. Os idosos institucionalizados apresentaram mais dentes cariados, dentes perdidos, raízes residuais, porém menos dentes restaurados que os não-institucionalizados.

Vigild (1989)⁸ objetivando determinar a ocorrência de lesões de cárie não tratadas em idosos institucionalizados na Dinamarca examinou 201 residentes de treze instituições de longa permanência para idosos. Encontrou 70% de lesões de cárie não tratadas. Os fatores predominantes que determinaram essa situação foram a utilização dos serviços odontológicos e o grau de dependência do idoso. A utilização regular de

serviços odontológicos diminuiu a quantidade de tratamento demandado e um maior grau de dependência determinou uma maior prevalência de lesões de cárie.

Pietrokovski et al. (1990)¹¹⁹ compararam as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados em diferentes países. Obtiveram informações de quatro países (Estados Unidos da América, Argentina, Peru e Israel), sete instituições, totalizando 610 idosos. A média de idade foi 80 anos. O edentulismo foi característica predominante; 49% dos indivíduos eram edêntulos. Os autores discutiram a falta de serviços odontológicos a idosos institucionalizados nesses países, e consideraram que a saúde bucal não era encarada como prioridade pelos setores médico e administrativo das instituições, uma vez que os problemas bucais não ameaçariam a vida dos residentes.

Jokstad; Ambjornsen; Eide (1996)¹⁰² compararam a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados noruegueses avaliados em dois momentos distintos: em 1980 e 1993. A proporção de edêntulos diminuiu de 80%, em 1980, para 54%, em 1993. A higiene bucal foi considerada deficiente em 79% dos idosos dentados examinados em 1993. Em geral, houve uma melhora nas condições de higiene bucal dos idosos. Houve um aumento do número de dentes remanescentes e restaurados e menos raízes residuais. Os autores alertam para a necessidade de prevenção das doenças bucais em idosos.

Knabe; Kram (1997)¹²⁰ analisaram as condições de saúde bucal e o cuidado à saúde bucal provido a idosos institucionalizados em Berlim, Alemanha. Participaram do estudo 364 idosos, de nove instituições de longa permanência, com idade média de 84,9 anos. A higiene bucal foi considerada satisfatória em apenas 12,6% dos idosos dentados e em 45% das próteses totais. Os resultados demonstraram que idosos institucionalizados não são submetidos a exames bucais periódicos e recorrem ao cuidado à saúde bucal somente em momentos de dor e desconforto ou quando o tratamento é considerado necessário pelos funcionários das instituições.

Nevalainen; Närhi; Ainamo (1997)¹⁰³ realizaram uma investigação epidemiológica em Helsinque, Finlândia, relacionando lesões de mucosa bucal e hábitos de higiene em um grupo de 338 idosos de 76 a 86 anos. Uma ou mais lesões foram encontradas em 38% dos idosos. Cinquenta e um por cento dos edêntulos usuários de próteses totais e 31% dos idosos com algum dente natural possuíam lesões de mucosa. A lesão mais

comum foi inflamação sob próteses totais, que ocorreu isolada ou combinada com outra lesão em 25% dos usuários. O total de lesões de mucosa foi correlacionado com o número de medicamentos usados diariamente e com a deficiência no hábito de limpeza tanto das próteses quanto da mucosa.

Baciero; Gandarias; Pérez (1998)¹²¹ avaliaram as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados na Espanha. Foram sorteadas 35 instituições de longa permanência, sendo examinados 3.282 idosos. A saúde periodontal foi considerada ruim. O maior volume de necessidade de tratamento periodontal, 44,7%, constituía de instrução de higiene, remoção de placa e raspagem e alisamento radicular, que conforme os autores, poderiam ser realizados por pessoal auxiliar.

Estudo realizado por Oleiniski (1999)¹²², em seis instituições de longa permanência de Madri, Espanha, examinando 150 idosos, constatou a presença de comprometimento do fluxo salivar (hipossalivação) em 44,7% dos idosos, quando verificado em repouso, e em 18% dos idosos, quando estimulado. A sensação de boca seca foi relatada por 60% dos idosos. A ingestão de líquidos durante as refeições, a necessidade de ingestão de água durante a noite, dificuldade de deglutição de alimentos secos, sensação de lábios e garganta secos apresentam, com frequência, associação com a hipossalivação e a sensação de boca seca.

Simons; Kidd; Beighton (1999)¹²³ analisaram a saúde bucal em residentes de 48 instituições de longa permanência (43,6%) em West Hertfordshire, Reino Unido. Foram examinados 249 homens e 792 mulheres, com média de idade de 83,9 anos. Cinquenta e sete por cento eram edêntulos. O índice de placa médio foi considerado alto, 2,3 (de 0 a 3), e a deficiência na higiene bucal foi relacionada significativamente ($p < 0,0001$) com a presença de cárie de raiz. Os níveis mais altos de acúmulo de placa foram encontrados na superfície interna de próteses totais superiores, sendo relacionados significativamente com a presença de estomatite por dentadura ($p < 0,001$), diagnosticada em 12% dos usuários. Ainda em relação à higiene das próteses totais, apenas 94 idosos (9%) recebiam auxílio para a limpeza das próteses e dentes, embora 343 (33%) relatassem preferir assistência de funcionários para a higiene bucal diária. Os administradores das instituições relataram não ter uma abordagem sistemática de atendimento à saúde bucal para seus residentes. A procura por tratamento

odontológico dá-se somente em casos emergenciais de dor ou próteses totais quebradas. Os autores alertam para a negligência que existe no âmbito da Odontologia em instituições.

Velasco; Bullon (1999)¹²⁴ avaliaram o estado periodontal e as necessidades de tratamento em 565 pacientes internados em hospitais psiquiátricos de Sevilha, Espanha. Trinta e um por cento dos indivíduos eram edêntulos. Dos dentados somente 8,5% foram diagnosticados como possuindo um periodonto saudável. O estudo demonstrou que há um aumento da severidade de doença periodontal proporcional ao avanço da idade e tempo de internação. Noventa e um por cento dos internos necessitavam de instruções de higiene bucal e 77,3% necessitavam de profilaxia e raspagem.

O *US Report of the Surgeon General*, documento que retrata a situação de saúde bucal dos idosos norte-americanos, em 2000, constatou que 23% dos idosos, entre 65 e 74 anos, sofriam de doença periodontal severa; 30% dos idosos com mais de 60 anos eram edêntulos; oito mil idosos morreram por ano de câncer na região da orofaringe; e a maioria tomava medicamentos com efeitos colaterais hipossalivatórios. Ademais, 5% dos idosos acima de 65 anos (aproximadamente 1,65 milhão) viviam em instituições de longa permanência, onde a saúde bucal é considerada problemática¹²⁵.

Simons; Brailsford; Kidd (2001)¹²⁶ investigaram a relação entre as práticas de higiene bucal, solicitação por auxílio e condição de saúde bucal entre idosos dentados residentes em instituições de West Hertfordshire, Inglaterra. Participaram 164 pessoas com média de 81,2 anos de idade. Somente 31% realizavam higiene bucal duas vezes por dia e nenhum destes desejava auxílio de cuidadores para esta tarefa por se considerarem capazes para isto. Do restante, que realizava higiene menos de duas vezes ao dia, 50% solicitavam auxílio para limpeza de dentes e próteses, mas somente 5% relataram que os cuidadores o faziam. No geral, os resultados demonstram problemas de deficiência de higiene bucal e falta de cuidado como rotina institucional. Além disso, o estudo mostra forte relação entre doença bucal e a solicitação por auxílio para higiene bucal.

Objetivando avaliar as condições de saúde bucal e estado nutricional de idosos espanhóis, foi realizado um levantamento epidemiológico nacional de base

populacional. Foram examinadas 3.460 pessoas acima de 65 anos, com média de idade de 73 anos, institucionalizados ou não. Os resultados apontaram 31% de idosos edêntulos. O índice CPOD médio foi 21,8. Com relação a hábitos de higiene bucal, 73% dos dentados afirmaram escovar os dentes uma vez ao dia ou menos. O risco de desnutrição foi presente em 43% dos idosos edêntulos e 39% dos dentados e em 53% dos institucionalizados e 40% dos não institucionalizados. Apesar de um índice relativamente baixo de edentulismo, a saúde bucal dos idosos foi considerada precária, o que poderia estar influenciando o estado nutricional dos pesquisados¹²⁷.

Chalmers et al. (2002)¹²⁸ realizaram levantamento das condições de saúde bucal de idosos residentes em instituições de Adelaide, Austrália. Foram examinados 224 idosos de sete instituições aleatoriamente selecionadas. Dois terços eram edêntulos. A prevalência de cárie e placa foi bastante elevada, principalmente em homens, em idosos admitidos há mais de três anos, e naqueles que possuíam comprometimentos cognitivos severos. Esses idosos foram acompanhados por um período de um ano, e em outra publicação Chalmers et al. (2002)¹²⁹ compararam as condições de saúde bucal desses com idosos recém admitidos. Os achados demonstram que para ambos os grupos a quantidade de problemas bucais é elevada. Não houve diferença estatística entre os grupos na maior parte dos parâmetros analisados, exceto a constatação de que os recém admitidos possuíam maior número de dentes e restaurações e menos restos radiculares.

Isaksson; Soderfeldt; Nederfors (2003)¹³⁰ examinaram 732 idosos suecos que dependiam, em diferentes graus, de cuidados de terceiros. A intenção era determinar a necessidade real de tratamento considerando a condição de saúde do idoso e sua fragilidade. Foi estimado que 60% necessitam de alguma assistência odontológica, 31% de procedimentos preventivos e 30% procedimentos com caráter de urgência ou medidas restauradoras.

Estudo prospectivo, realizado por Shimazaki et al. (2003)¹³¹, acompanhou por seis anos um grupo de 1.929 idosos residentes em 29 instituições de longa permanência japonesas objetivando determinar os fatores de risco para perda dentária. Análise estatística demonstrou que número de dentes, número de dentes cariados, profundidade de bolsa periodontal e quantidade de placa constituíram fatores de risco

para perda de dentes. Menos de um quarto dos idosos não perdeu algum elemento durante o período de seis anos. Os autores afirmam que exames periódicos poderiam prevenir a perda dentária nesta população.

Henriksen et al. (2004)¹³² avaliaram a higiene bucal e a presença de sintomas em uma população da Noruega de 1.910 idosos institucionalizados ou não. As condições eram melhores em mulheres, nos não-institucionalizados e em indivíduos que usavam próteses totais. A referência por sintomas (como boca seca e dificuldade de mastigação) diminuía com a idade e era mais prevalente nos portadores de próteses totais.

A fim de conhecer as mudanças ocorridas no estado dos dentes de idosos, durante um período de 10 anos, Hamalainen et al. (2004)¹³³ realizaram um estudo prospectivo na Finlândia com uma coorte de nascidos em 1910. Os dados revelam que os homens possuem mais dentes hígidos e menor CPOD que as mulheres, embora a diferença diminua com o passar dos anos. O número de dentes remanescentes diminui significativamente em ambos os sexos. No exame inicial as porcentagens de edentulismo eram similares entre os sexos (h=56,9% e m=60,2%), entretanto vão se diferenciando com o passar dos anos (h=30,8% e m=62%).

No Brasil, o mais recente levantamento epidemiológico de saúde bucal de abrangência nacional, o SB BRASIL⁹¹, divulgado em 2003, reafirma os dados sobre as condições de saúde bucal dos idosos do levantamento realizado em 1986, não apresentando modificações no padrão das doenças bucais. Vale ressaltar que este foi o primeiro estudo que verdadeiramente incluiu uma faixa etária idosa a ser pesquisada, a dos 65 aos 79 anos, visto que na pesquisa anterior os dados eram estimados para essa população. O SB BRASIL revelou um CPOD de 27,79, em sua maior parte composto pelo componente perdido (93%), seguido do cariado (1,23%) e do obturado (0,7%). Com relação à necessidade de tratamento demandada pela doença cárie, 45,39% dos elementos dentais necessitavam de exodontia. Quanto ao uso de próteses dentárias, 66,54% e 30,94% dos idosos possuíam-nas na arcada superior e inferior, respectivamente, e 32,4% e 56,06% necessitavam de próteses na arcada superior e inferior, respectivamente. Quando questionados sobre como classificavam a sua saúde bucal, 50,25% dos idosos consideravam-na ótima ou boa.

Pereira et al. (1996)¹³⁴ verificaram as condições periodontais de idosos freqüentadores de um serviço de saúde em São Paulo/SP. Os resultados apresentados apontaram para uma situação periodontal deficiente, entretanto, a grande concentração de necessidade de tratamento foi instrução de higiene e profilaxia, tarefas que poderiam ser desempenhadas por auxiliares.

Em Porto Alegre/RS, Padilha (1997)⁹ estudou aspectos clínicos da saúde bucal de idosos brasileiros institucionalizados, comparando-os com um grupo de idosos ingleses da cidade de Londres. A porcentagem de edêntulos encontrada foi de 43,1% nos porto-alegrenses e 66,7% nos londrinos. A autora considerou pobre a saúde bucal dos idosos de ambos os grupos pelo expressivo número de edêntulos e pelo grande número de dentes cariados, perdidos e obturados.

Mello; Carcereri; Amante (1998)¹³⁵ examinaram 30 idosos residentes em uma instituição de Florianópolis (SC). O CPOD do grupo foi 23,9, determinado em sua maior parte pelo componente “perdido”. O edentulismo em ambas as arcadas era condição presente em 56% dos idosos. A necessidade de tratamento restaurador da doença cárie e a necessidade de tratamento periodontal foram de pequena dimensão e possíveis de serem realizadas no consultório odontológico da instituição.

Outro estudo realizado na cidade de Porto Alegre por Martins Neto; Padilha (2000)¹³⁶ comparou as condições de saúde bucal entre três grupos de idosos: independentes, institucionalizados em casa geriátrica particular e institucionalizados em casa geriátrica filantrópica. O grupo de idosos independentes apresentou uma melhor condição de higiene bucal e uma melhor saúde dentária que os grupos de idosos institucionalizados. Os idosos institucionalizados em casa filantrópica apresentaram maior número de alterações de mucosa. Em relação à condição periodontal, não foram diagnosticados idosos sadios nos três grupos.

Silva; Valsecki Júnior (2000)¹³⁷ avaliaram as condições de saúde bucal de idosos em Araraquara/SP. Foram incluídos no estudo 194 idosos, institucionalizados e não-institucionalizados, com média de idade de 71,4 anos. Sessenta por cento dos idosos não institucionalizados e 72,5% dos institucionalizados eram edêntulos. Não houve

diferença estatística nos valores de CPOD^c médio entre grupos (30,9, entre institucionalizados e 30,27 entre não-institucionalizados).

Estudo semelhante foi realizado por Saliba; Marcelino; Saliba (1997)¹³⁸ igualmente na cidade de Araraquara/SP. Examinaram 97 indivíduos institucionalizados na faixa etária de 42 a 102 anos, utilizando os índices CPOD, condição periodontal e uso e/ou necessidade de prótese. Sessenta e nove por cento dos idosos eram desdentados, porém somente 47,76% usavam próteses totais; o CPOD médio foi de 25,1; 16,65% necessitavam de tratamento periodontal.

Na cidade de Biguaçu/SC, Colussi; Freitas; Calvo (2004)¹⁰⁶ avaliaram o perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de próteses de 277 idosos com idade média de 70,1 anos. Em média cada idoso possuía 2,9 dentes hígidos, o CPOD encontrado foi de 28,9, e 48,4% dos idosos eram edêntulos. Quanto ao uso de próteses dentárias, 60,3% e 27% dos idosos possuíam na arcada superior e inferior, respectivamente, e 47,7% e 42,6% necessitavam de próteses na arcada superior e inferior, respectivamente.

Reis et al. (2003)¹⁰⁷ analisaram as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados na cidade de Goiânia, utilizando a mesma metodologia do SB BRASIL. A amostra foi composta por 289 idosos residentes em 10 instituições. O CPOD médio foi de 30,17 (95,38% componente “perdido”), 69,20% dos idosos eram edêntulos, sendo que destes 51,5% não utilizava prótese alguma. A pior condição periodontal mais freqüente foi presença de cálculo em 55,06% dos idosos.

O estudo Perfil do Idoso de Florianópolis⁹⁰, no qual foi aplicado o instrumento BOAS (*Brazil Old Age Schedule*), coletou alguns dados sobre condição autoreferida de saúde bucal de 875 idosos residentes na comunidade. Quanto ao estado dos seus dentes, 65,2% dos idosos consideraram ótimo ou bom, embora 66,1% deles afirmaram que falta a maioria de seus dentes e 75,1% afirmaram utilizar algum tipo de prótese dentária.

^c Somente para o componente cariado (1,31 entre institucionalizados e 1,01 entre não-institucionalizados).

Segundo Locker (2003)¹³⁹, pesquisador que tem se dedicado a estudar a relação da saúde bucal com o conceito de qualidade de vida, parece que as doenças e outras disfunções que afetam a cavidade bucal podem resultar em sintomas que alteram funções físicas, psíquicas e sociais levando a uma percepção negativa da saúde e a uma insatisfação com a saúde bucal. Especificamente em relação aos idosos, algumas condições como perda dentária, uso de próteses, cárie, e xerostomia têm um maior potencial de comprometer a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Em estudo realizado com idosos institucionalizados, a xerostomia estava significativamente associada à qualidade de vida, enquanto o estado dos dentes estava associado somente à capacidade de mastigação.

O processo de viver e envelhecer saudável: a promoção da saúde

O conceito de “envelhecimento ativo” compreende o processo que possibilita às pessoas otimizar seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a duração da vida, e participar na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto providas de adequada proteção, segurança e cuidados quando necessitarem ser assistidas, agregando qualidade de vida durante o envelhecimento²⁶. Segundo a OMS a promoção do envelhecimento ativo implica implementar e integrar políticas multisetoriais.

A importância da promoção da saúde no processo de envelhecimento ativo e, portanto, saudável é inegável. Da mesma forma, é fundamental reconhecer que a promoção da saúde bucal ao longo da vida de indivíduos e coletividades contribui para que se alcance a fase idosa com bem-estar.

A OMS, em 1999, publicou o documento “*A life course perspective of maintaining independence in older age*”, no qual, ademais das necessárias ações coletivas, ressalta a importância de os indivíduos assumirem determinadas posturas e comportamentos durante a vida em função de um envelhecer saudável¹⁴⁰. Esses “fatores individuais” seriam aqueles passíveis de controle pelas pessoas, de modo que se tornariam capazes de influenciar seu processo de envelhecimento adotando estilos de vida mais saudáveis e adaptando-se a alterações tempo-dependentes. Esse apelo à

responsabilização pessoal, por óbvio não descarta a devida consideração social sobre os outros fatores chamados “coletivos” que não podendo ser modificados e/ou controlados individualmente, afetam o processo de envelhecimento. É o caso de inúmeros fatores socioeconômicos e ambientais que predispõem à doença na fase idosa da vida, e por isso clamam por adequada responsabilidade social e políticas apropriadas. Esta abordagem de variáveis controláveis e não controláveis, muito aplicada nos estudos organizacionais, ainda que transposta para o plano individual pode ser particularmente útil quando pensamos em cursos alternativos de ação para o cuidado à saúde bucal do idoso, ou mesmo para o estabelecimento de esferas de responsabilidade no plano das ações individuais e das ações coletivas.

Nesta direção recolhe-se a conclusão de Chalmers (2003)¹⁴¹ de que a chave para a manutenção e melhoria da saúde bucal de idosos envolve a utilização de estratégias de promoção de saúde focadas não somente nos limites da cavidade bucal mas também em características da vida dos idosos e nos fatores determinantes do seu processo de viver e ser saudável.

Especificamente, na direção da redução dos fatores de risco associados às principais doenças e promoção daqueles fatores que contribuem à proteção da saúde e bem-estar, dentre outras propostas de medidas estratégicas a OMS recomendou na Assembléia de Madri:

Promover a saúde bucal entre os idosos e encorajar homens e mulheres a manterem seus dentes naturais pelo maior tempo possível. Implementar políticas públicas culturalmente apropriadas em saúde bucal e prover adequados programas de promoção e serviços assistenciais em saúde bucal ao longo do curso da vida.

McNally; Kenny (1999)¹⁴² enumeram alguns desafios a serem superados para promoção da saúde bucal de idosos. Em relação ao atendimento individual do idoso, é necessário combater posturas preconceituosas e discriminantes e garantir acesso ao tratamento. Os profissionais da saúde devem compreender o processo de envelhecimento e adequar as práticas de atenção à saúde bucal ao idoso, superando barreiras físicas e financeiras. Os autores consideram importante estabelecer linhas de ação para atendimento domiciliário e a idosos institucionalizados e advogam que a

população deveria estar envolvida na estruturação de políticas públicas de saúde bucal para essa faixa etária.

Embora sejam observadas iniciativas nacionais e internacionais no campo da promoção da saúde do idoso, não é visível uma articulação das práticas no debate contemporâneo sobre promoção da saúde e sua inserção no ambiente político-institucional e sociocultural. Algumas iniciativas incorporam indicadores de qualidade de vida e bem-estar subjetivo, relacionados a paradigmas recentes de envelhecimento ativo e bem-sucedido¹⁴³. No campo da saúde bucal existem poucas e limitadas experiências voltadas à população idosa. Muitos mitos e estigmas, incluindo aqueles que acreditam que os idosos não se beneficiam de atividades de promoção de saúde e que são pessoas difíceis de trabalhar e de alterar seus hábitos e comportamentos, permanecem como barreiras para efetivar as estratégias. A partir dessa visão, a promoção de saúde bucal vem sendo organizada restritamente pelos profissionais da Odontologia e o acesso ao idoso tem sido feito por meio de práticas tradicionais, pouco inovadoras e não direcionadas às especificidades desse público²¹. Numa visão contemporânea, a promoção da saúde bucal direcionada às pessoas idosas, não pode deixar de considerar a comprovada relação entre o estado de saúde geral e as condições de saúde bucal que, como uma via de mão dupla, se interferem mutuamente e que podem ao entrar num ciclo infundável de agravos à saúde prejudicar o processo de envelhecimento saudável.

Por isso e por muitos outros fatores torna-se necessário defender a promoção à saúde bucal de idosos fundamentando e referendando os princípios da Carta de Ottawa¹⁴¹, documento resultante da Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986, e dirigido à execução do objetivo "Saúde para Todos no Ano 2000".

O conceito de saúde presente nesse documento é bastante amplo, passando a considerar saúde de uma maneira menos abstrata e mais como um fim, que pode ser expresso em termos, como um recurso que permite as pessoas levar uma vida social e economicamente produtiva. A Carta de Ottawa afirma que saúde é um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo do viver. É um conceito positivo que enfatiza os recursos individuais e sociais assim como as capacidades físicas¹⁴⁴. Portanto, dado que o

conceito de saúde transcende a idéia de formas de vida sadias, a promoção da saúde não concerne, exclusivamente, ao setor sanitário.

Entretanto, Lefevre; Lefevre (2004)¹⁴⁵ alertam a para armadilha de descolar a saúde do seu campo. Ao repassar os problemas do setor saúde para outros setores (como educação, habitação, economia) restringe-se ao setor saúde a responsabilidade pela doença. Os autores consideram que a promoção da saúde representa a possibilidade concreta de ruptura de paradigma no campo da saúde, entretanto, demonstram ser necessária a construção de um conceito de “saúde positiva”, baseado na negação da negação da doença, encontrando um novo equilíbrio na relação homem-homem ou homem-natureza. Consideram negação da negação, pois, o que se pratica hoje é a negação não da doença mas dos efeitos desta no organismo. O que se deve é intervir sobre a doença, negando as condições que geraram sua existência, rompendo com a simbiose saúde-doença e transformando essa relação numa relação dialética.

A promoção da saúde compreende também o processo de capacitar as pessoas a aumentar o controle sobre sua saúde e assim melhorá-la. As ações estratégicas para efetivar a promoção da saúde envolvem nesta perspectiva: a elaboração de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de aptidões pessoais e a reorganização dos serviços sanitários¹⁴⁴.

Aprofundando os fundamentos sedimentados em 1986, a Declaração de Jakarta (1997) confirma as estratégias propostas pela Carta de Ottawa e evidencia a importância de abordagens ampliadas, realizadas em diferentes setores da sociedade, que contem com participação comunitária e promovam o acesso/divulgação de informação para população. Para a promoção da saúde no século XXI esse documento identifica as seguintes prioridades: promoção da responsabilidade social pela saúde; aumento nos investimentos na saúde; expansão de parcerias para promoção da saúde; e estímulo ao empoderamento de indivíduos e comunidades¹⁴⁶.

O desafio da promoção da saúde para a realidade dos países na América Latina consiste em associar saúde e desenvolvimento, como conquistas interdependentes, a partir do enfrentamento das más condições socioeconômicas e de saúde da população, da diminuição das desigualdades e da exclusão e da promoção da solidariedade e

equidade social. Este foi o enfoque dado pela Declaração de Bogotá, em 1992, no âmbito da Organização Panamericana da Saúde (OPS)¹⁴⁷.

No Brasil, a população idosa sofre singularmente as desigualdades sociais e de gênero e saúde ao não contar, hoje e ao longo de sua vida, com um sistema de atenção voltado para a promoção de um envelhecimento bem sucedido. Conseqüentemente, há um grande contingente que está à margem dos bens e serviços capazes de propiciar qualidade de vida. A redução da vulnerabilidade dos idosos passa pela redução do impacto negativo do envelhecimento populacional conseguido por meio de mecanismos de inclusão social de todas as faixas etárias e do desenvolvimento sustentável, buscando a redução das desigualdades sociais e garantia do direito de todos ao envelhecimento digno e cidadão¹⁴⁸.

Particularizando os conceitos para promoção da saúde bucal da população idosa, uma série de posturas e medidas podem ser realisticamente tomadas. Chalmers (2003)¹⁴¹ cita a elaboração de políticas e protocolos de atenção específicos, combate aos mitos e estigmas, suporte ao ensino e pesquisa da Odontologia geriátrica, envolvimento multidisciplinar, disseminação de informações, capacitação de recursos humanos, exames bucais periódicos, identificação de grupos de risco, aumento da utilização da fluoroterapia como medida preventiva de saúde pública, garantia de acesso a tratamento odontológico integral, entre outras ações.

À medida que o contingente idoso é crescentemente formado por pessoas conscientes de seus direitos de cidadania, é razoável esperar que estas e outras questões associadas à implementação de políticas que lhes digam respeito, progressivamente, integrem a agenda principal dos governantes.

Ademais, pensar a atenção à saúde bucal do idoso numa perspectiva do curso de vida é, não somente romper os limites da cronologia, mas ampliar a visão, substituindo o olhar segmentado etariamente, por outro referente ao do processo de viver dos indivíduos, reconhecendo o processo evolutivo das doenças bucais⁹².

A OMS, em seu *Oral Health Programme* (2005)¹⁴⁹, ao reforçar o entendimento de que a saúde bucal é parte integrante da saúde humana e fator determinante da qualidade de vida, recomenda que as políticas de saúde bucal sejam parte integrante das políticas de saúde nas diferentes esferas de governo, encorajando gestores

públicos a planejar estratégias eficazes e eficientes para melhorar as condições de saúde bucal e qualidade de vida dos idosos. O desenvolvimento de projetos que visem o controle das doenças bucais, promoção da saúde e melhora da qualidade de vida devem ser iniciados e avaliados sistematicamente seus resultados e processos em diferentes regiões.

É na figura do idoso que se personifica a noção de que a condição de saúde bucal e o estado dos dentes são um dos sinais mais significativos de exclusão social. A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal¹⁵⁰, realizada em Brasília em 2004, teve como tema central “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”. Em seu relatório final aponta uma série de questões dirigidas à melhoria das condições da saúde bucal da população idosa. No capítulo referente à “Educação e construção da cidadania”, defende a integralidade das ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, dirigidas a todas as fases da vida e de forma abrangente para toda a população. Especialmente posiciona-se, no capítulo “Financiamento e organização da atenção em saúde bucal”, solicitando a implementação da política de saúde do idoso, nas três esferas de governo, em consonância com o Estatuto do Idoso e legislação correlata.

No Brasil, o governo federal lançou, em março de 2004, um Programa Nacional de Saúde Bucal, com a marca “Brasil Sorridente”, em que apresenta novas diretrizes para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado. A proposta do programa é reorganizar a atenção à saúde bucal em todos os níveis, tendo o conceito do cuidado como eixo central. O modelo fundamenta-se em “linhas de cuidado”, segundo os grupos populacionais da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Para este último, defende a garantia ao acesso e aplicação de tecnologias inovadoras que possibilitem abordagens de maior impacto e cobertura¹⁵¹. A implementação do programa ainda não sofreu um processo de avaliação global.

Refletindo sobre o cuidado à saúde bucal

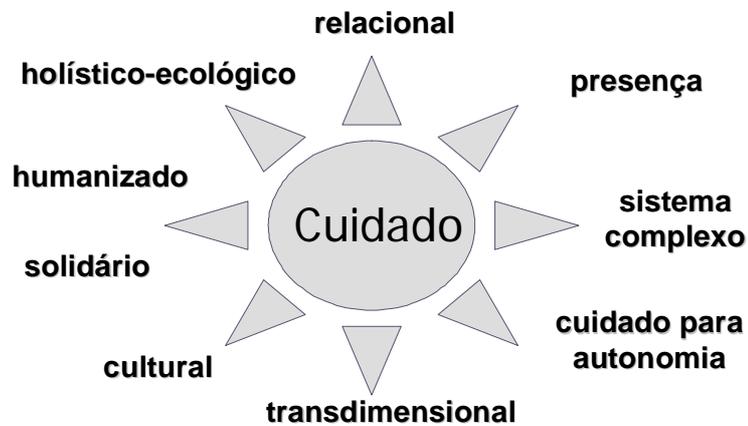
Aristóteles proclamou que a felicidade é a meta do homem, meta atingível quando ele cumpre a sua função essencial que é raciocinar. No existencialismo, esse ser racional, capaz de pensar sobre a sua existência e a sua própria condição no universo, é a referência no misterioso e magnífico espectro da vida. Este “ser-no-mundo” sabe há tempos que a sua condição no mundo é precária e a sua existência frágil, fugaz e finita. Por isso, deseja veementemente que seja longa e feliz, como meta a dar-lhe significado e sentido.

Situando-se no mundo da vida, o homem é existência e razão das exigências de cuidar e confortar¹⁵². Afinal, o cuidado prolonga a existência e melhora a condição do homem no mundo. O cuidado emerge então como o envoltório da vida, sempre necessário e racionalmente procurado, para que a meta seja alcançada.

Heidegger pensou o homem numa perspectiva existencial de tempo-espaço. Ao buscar entender a natureza do ser através do estudo da existência humana, o filósofo alemão iluminou a pessoa humana e aí fez brilhar o cuidado como característica do modo de ser do homem. Para Heidegger, o ser humano é um ser dominado pelo cuidado. O cuidado possui a partir do próprio homem, um significado que configura o ser humano como “ser do cuidado”, da preocupação, objeto de atenção das ciências da saúde, mas não só¹⁵².

Na Enfermagem, que se ocupa dos estudos sobre o cuidado humano, é notável a produção científica no sentido de conceituar “cuidado”, verificar suas propriedades, compreender e construir sistemas e contextualizar referências para tornar operacional o conhecimento construído. Desse modo, no âmbito deste trabalho torna-se importante repassar algumas concepções mais destacadas e que influenciaram a construção/consolidação do conhecimento e da prática da Enfermagem, enquanto ato de cuidar (Figura 3).

Figura 3 – Algumas concepções de cuidado: diagrama esquemático



A constatação de que o cuidado é o tema central da atenção, da ciência e do exercício profissional da Enfermagem foi magnificada por Madeleine Leininger, para quem os cuidados referem-se aos fenômenos relacionados com a assistência, condutas de apoio e facilitação dirigidas a indivíduos ou grupos com necessidades reais/evidentes ou potenciais. Os cuidados serviriam então para melhorar ou aperfeiçoar o processo vital. O cuidado na visão de Leininger é determinado culturalmente, ou seja, embora constituam fenômenos universais, as expressões, processo, formas estruturais e padrões de cuidado variariam segundo cada cultura¹⁵³.

Com uma visão fenomenológica-existencialista, pontuando aspectos psicológicos e de outras ciências humanas, encontramos a contribuição de Jean Watson, para quem os pacientes requerem cuidados holísticos que promovam o humanismo, a saúde e a qualidade de vida. O cuidado é aqui compreendido como um fenômeno social universal e que só resulta efetivo se for praticado de forma transpessoal¹⁵³. A relação transpessoal implica em preocupação com o mundo interno e subjetivo da pessoa e vai além da relação estabelecida em determinado momento. A pessoa cuidada é vista na sua integralidade, com consciência e intencionalidade pelo profissional, que adentra no campo fenomenal do outro ser com preceitos éticos e respeito ao referencial trazido pelo outro no momento do cuidado. Os valores, conhecimentos e práticas de cuidado humano em Enfermagem são direcionados para os processos subjetivos internos de recomposição/reconstituição (*healing*) experienciados pelas pessoas e que requerem a arte de cuidar-reconstituir. Neste processo de cuidado transpessoal estão envolvidos

processos de “*clinical caritas*” (uma versão atual dos fatores cuidadosos) que incorporam arte, ciência e espiritualidade. A valorização da sensibilidade e a humanização do cuidado constituem contribuições preciosas de Watson para a prática dos profissionais da Enfermagem e da saúde¹⁵⁴.

Abrindo caminhos para concepções modernas, outra expressiva referência é Rosamarie Parse que vê o homem como unidade vital co-partícipe e co-responsável pelas suas experiências de saúde/doença. Como corolário direciona o cuidado para o desenvolvimento da autonomia individual. Sua visão está fundamentada na natureza unitária do homem como uma síntese de valores e um modo de vida. Como consequência, a saúde existe quando o homem estrutura o significado das situações, formatando então um processo de ser e de realizar¹⁵³.

Seguindo a tradição de buscar melhor compreender o fenômeno do cuidado, outras contribuições acrescentando novos conhecimentos/fundamentos para reflexão são encontradas no repertório do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Assim, segundo Patrício (1995)¹⁵⁵ cuidar é cultivar a vida, é desenvolver ações de promoção da vida e tratamento de limitações do bem viver dos seres humanos em harmonia com a natureza. Constitui um processo de educação para a vida saudável, incluindo a garantia de democracia em todos os seus sentidos políticos e afetivos. O cuidado é fator de mediação entre a satisfação do ser humano em suas necessidades de viver e ser saudável. Patrício defende o referencial do “cuidado holístico-ecológico”, um novo paradigma de cuidado transpessoal e transcultural e reforça a compreensão do conceito de ser-humano como ser pensante e ativo quando o faz participante do processo de análise-compreensão de suas situações de vida, incluindo a busca de transformação de limitações do seu viver, partindo de suas possibilidades e incluindo seus direitos e deveres, enquanto indivíduo-coletivo.

Segundo Lacerda (2000)¹⁵⁶, o processo de cuidar é dinâmico, construído na medida em que os participantes do processo nele se envolvem e interagem. O cuidado conteria um componente relacional: o cuidador ao se colocar no lugar do assistido definiria situações pelos significados que o outro (paciente, família, equipe de saúde,...)

lhe mostra. As ações de cuidado, portanto, resultam da interpretação e definição de símbolos sempre na perspectiva das relações do cuidador consigo e com os outros.

Ainda uma visão interpessoal de cuidado é a apresentada por Polak (1996)¹⁵⁷ que considera o cuidar uma ação intencional contextualizada no tempo e no espaço e dada historicamente. Segundo a autora, é o sair de si, o retirar o outro do seu em si. O cuidado se dá numa situação de encontro, norteado pela corporeidade. O corpo que cuida e o corpo cuidado constroem, conscientemente, juntos suas trajetórias.

Outra abordagem é a que resgata o cuidado visto/entendido como cuidado-presença, presença valiosa, um recurso a mais à disposição para prestar cuidado e facilitar a interação. O cuidado-presença manifesta-se pela relação dialógica e pelo compartilhamento de experiências. Entretanto, esta presença não é fortuita, é comprometida no momento que se manifestam disponibilidades de gestos, toques, palavras, expressões vivenciadas subjetiva e objetivamente nas relações¹⁵⁸.

O paradigma do cuidado transdimensional foi sugerido por Silva (1997)¹⁵⁹ e emerge com a perspectiva de integração/transformação para superar a separação entre disciplinas e/ou profissões e entre estas e o senso comum, através da convergência da arte, ciência e espiritualidade. O cuidado transdimensional ao privilegiar a alma/ser na interação com a Alma Universal busca ampliar o campo de ação do cuidado. Procura expandir as capacidades inerentes aos seres envolvidos para entrarem em contato com suas potencialidades de amor e sabedoria e serem seus próprios cuidadores nesse processo.

Entendendo ser o cuidado essencial para a sobrevivência dos seres na natureza, Erdmann (1996)¹⁶⁰ visualizou múltiplas dimensões do cuidado, quer seja processado pelo indivíduo, grupos, entidades ou sociedade. Valendo-se dos preceitos da teoria geral dos sistemas, Erdmann (1996)¹⁶⁰ sublinha que as pessoas no sistema de cuidado podem ser pontuadas como seres auto-eco-organizadores, partícipes de um sistema complexo de estruturação, onde o cuidado humano pode ser visto como polifuncional e polivalente, extrapolando sua funcionalidade, objetividade e limites.

O cuidado possui também um outro componente importante: a solidariedade. Bettinelli; Erdmann (2000)¹⁶¹ referem-se ao cuidado solidário como aquele que exige do profissional mais do que conhecimento técnico. Segundo tal entendimento, o cuidado

requer um viver compartilhado, sensível, crítico, consciente e responsável. O cuidado solidário é visto como uma atitude bioativa na qual cuidar é um processo interativo, essencial à manutenção e preservação da saúde. Ao afirmarem que não há vida sem cuidado e não há cuidado sem a intencionalidade de valorização da vida, Bettinelli; Erdmann (2000)¹⁶¹ asseveram que na sua essência o cuidado é um preceito ético, derivando daí o aspecto ético do cuidado como dimensão fundante da ação de cada profissional da saúde.

As reflexões sobre o cuidado na perspectiva do vir-a-ser possibilitaram o reconhecimento de um outro valor para inspirar a trajetória da humanidade: o cuidado enquanto ato de responsabilidade diante da vida e da efetivação do direito de um viver saudável. Ao estender os compromissos morais de tal modo que alcancem não somente o que diz respeito ao presente, mas também ao futuro, Jonas (1995)¹⁶² enfatizou a parcela de responsabilidade do homem no destino comum da humanidade, responsabilizando-o também pelos cuidados com a natureza extra-humana. Para Jonas (1995)¹⁶², “responsabilidade é o cuidado, reconhecido como dever, por outro ser cuidado que, dada a ameaça de sua vulnerabilidade, se converte em preocupação”.

O avanço da ciência e das tecnologias no campo da saúde tem promovido alterações importantes no processo de cuidar. Santin (1998)¹⁵² destaca que o cuidador passa a ser identificado apenas pelo seu desempenho, numa atuação impessoal, neutra. O cuidado teria se transformado, assim, numa ação meramente técnica, maquinizada, segura e insensível.

São ainda incipientes, para não dizer inexistentes, reflexões epistemológicas sobre o cuidado à saúde bucal e sua relação com fenômeno do cuidar/cuidado humano. A exemplo da Enfermagem e outras ciências humanas e da saúde que se dedicam ao estudo do cuidado humano, o cuidado à saúde bucal deve ser desenvolvido como conceito e incorporar elementos que o conformem como processo dinâmico e contínuo, socialmente determinado e que influencia o processo de viver humano. O cuidado à saúde bucal, assim, é uma construção cotidiana que vai para além do espaço-tempo presente e que pressupõe uma visão integral do ser humano e das suas relações com outros seres, com a sociedade e com o meio ambiente. A evolução de construções

teóricas aprofundadas sobre o cuidado à saúde bucal poderá embasar e orientar as práticas que interferirão diretamente na melhoria da saúde bucal de toda população.

O cuidado à saúde bucal em instituições de longa permanência para idosos

Com o avançar da idade há uma queda no nível de higiene bucal e um aumento da incidência de doenças bucais em idosos. A diminuição da capacidade motora, a baixa auto-estima, a falta de estímulo para a realização da higiene bucal, ou a incapacidade de realizar sua própria higiene devido a doenças crônico-degenerativas torna o idoso um indivíduo de alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais^{92,103,111}.

A situação dos idosos institucionalizados não é diferente. Profissionais, inclusive cirurgiões-dentistas, convivem com o dilema do menor horizonte de expectativa de vida do idoso e a manutenção dos dentes na cavidade bucal. Fração desses profissionais tendem a atitudes negativas, pouco conservadoras, reducionistas e até omissas que contribuem significativamente para a deficiência na saúde bucal dos idosos¹⁶³.

Em grupos minoritários, especialmente naqueles socialmente excluídos, as iniquidades referentes à possibilidade de preservar a sua saúde bucal, bem como a discriminação no acesso aos serviços odontológicos tem aumentado. Nessa população, da qual faz parte a maioria dos idosos institucionalizados, geralmente a saúde bucal é ruim, o acesso à assistência odontológica é dificultado, e bons padrões de higiene e outras práticas de cuidado à saúde bucal necessitam ser recuperados¹⁶⁴.

Nas instituições que abrigam idosos semidependentes ou dependentes a deficiência na higiene bucal representa o mais sério problema de saúde bucal. O cuidado é geralmente deixado a cargo do próprio paciente ou delegado a funcionários pouco treinados ou considerado função da equipe de dentistas, inexistente na maioria das vezes¹⁶.

A maioria dos idosos necessita de assistência de cuidadores para suas atividades básicas diárias como tomar banho, vestir-se, fazer o toailete e comer. A higiene bucal, quando realizada, o é pelos cuidadores no mesmo momento do banho, porém não há na literatura relatos mais precisos dessas atividades¹⁸.

Na Finlândia, em 1989, foi realizado levantamento nacional sobre o cuidado à saúde bucal fornecido em instituições privadas para idosos (94). Os resultados surpreenderam os pesquisadores negativamente. Somente um quinto dos diretores consideravam o cuidado à saúde bucal mais importante que as tarefas de cabeleireiro. Não eram realizados exames regulares da cavidade bucal, 96% somente procuravam assistência se o idoso reclamasse de algum problema dentário e 60% dos idosos tinham que custear o atendimento odontológico. Naquela época Ekelund, já clamava por regulamentações das ações de cuidado à saúde bucal para idosos residentes em instituições de longa permanência¹⁶⁵.

Kambhu; Levy (1993)¹⁶⁶ estudaram os cuidados praticados em instituições de longa permanência para idosos de Iowa, EUA. Foram entrevistados os diretores de 188 instituições. Houve grande variação no padrão de cuidado entre elas. Oitenta e nove por cento relataram incluir a higiene bucal no plano de cuidados de todos os residentes (banho, barba, manicure). Sessenta e oito por cento das instituições relataram que todo idoso dentado tinha seus dentes escovados regularmente e estimou-se que 12% dos dentados não recebiam cuidados regulares. A maioria dos procedimentos era realizada por cuidadores. Instituições com menos de 60 idosos possuíam melhores níveis de cuidado em saúde bucal. Os autores sugerem que as instituições que abrigam idosos devem assumir a responsabilidade de manter, por meio da ação dos cuidadores, a higiene bucal dos residentes que não podem fazê-lo.

Hoad-reddick; Heath (1995)¹⁶⁷ compararam instituições de longa permanência para idosos quanto ao porte, à natureza jurídica e à regularidade de visitas odontológicas no intuito de identificar os idosos institucionalizados que mais necessitavam de atenção e assistência odontológica. As instituições de maior porte (mais de 18 residentes) eram na sua maioria filantrópicas, geralmente contavam com a visita regular de um dentista e os funcionários demonstravam um maior entendimento sobre os problemas bucais. Em contrapartida, as instituições privadas possuíam menor número de residentes e apresentavam-se mais auto-suficientes na realização do cuidado à saúde bucal. Os autores concluíram que instituições maiores e filantrópicas possuem melhor organização para a provisão de cuidado à saúde bucal que instituições privadas e de menor porte.

O cuidado e a manutenção da saúde bucal parecem não ser prioritários para os cuidadores em muitos contextos. A falta de conhecimento e organização dos cuidadores e a pouca atenção no currículo de Enfermagem para assuntos referentes à saúde bucal são citados como causas^{17,18}.

Chalmers et al. (1996)¹⁸ realizaram um estudo objetivando constatar quais os fatores que influenciavam os cuidadores na provisão do cuidado à saúde bucal em instituições para idosos em Iowa, EUA. Foram entrevistados 488 cuidadores com média de idade de 38 anos. Os cuidadores relataram realizar escovação dental (86,3%) e limpeza das próteses totais (89,6%), porém despendiam pouco tempo, menos de três minutos por residente. Outros cuidados como bochechos com soluções com e sem flúor e limpeza interdental também foram relatados em menores proporções. Foram consideradas causas que impediam a provisão adequada de cuidado à saúde bucal: a falta de tempo e de pessoal, dificuldades físicas e de comportamento dos idosos e a falta de um programa de educação em saúde bucal específico para cuidadores de idosos. Dos 93,8% que possuíam o treinamento (*Certified Nurses' Aide*), 73,5% dos cuidadores mencionaram ter participado de aulas sobre saúde bucal, enquanto 26,5% não haviam participado ou não lembravam. Os autores apresentaram também um diagrama-modelo dos fatores influentes, agrupando-os em quatro grandes segmentos: características organizacionais da instituição, formação profissional do cuidador, características pessoais do cuidador e características dos idosos da instituição (Figura 4).

Figura 4 - Fatores que influenciam a provisão de cuidado à saúde bucal a idosos institucionalizados

<p>CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS DA INSTITUIÇÃO</p> <p>Educação continuada Tamanho da instituição Regulamento Tipo de funcionários Razão cuidadores/idosos Especialização de serviços Localização Financiamento Atitude dos profissionais responsáveis pela saúde Atitude do administrador Fornecimento de serviços especializados Onde o cuidado à saúde bucal é fornecido</p>	<p>FATORES RELATIVOS AO TRABALHO DO CUIDADOR</p> <p>Empregos precedentes Tempo para realizar o cuidado à saúde bucal Salário Prestígio Estrutura para cuidadores Satisfação com o trabalho Turnos Relações interpessoais entre cuidadores Orientação para o trabalho Organização e integração das tarefas Percepção</p>
<p>↓</p> <p>COMPORTAMENTO AUTO-RELATADO POR CUIDADORES DIANTE DOS RESIDENTES DE INSTITUIÇÕES</p> <p>↑</p>	
<p>CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DO CUIDADOR</p> <p>Dados pessoais (idade, gênero, educação, treinamento) Atitude perante sua própria saúde bucal e a dos residentes Percepção e conhecimento odontológicos atuais Aspectos sociais e culturais Atitudes pessoais Experiências como cuidador</p>	<p>CARACTERÍSTICAS DOS IDOSOS DA INSTITUIÇÃO</p> <p>Atitude diante do cuidado à saúde bucal Status cognitivo Limitações físicas Destreza Fatores comportamentais Problemas médicos Nível de assistência requerido</p>

Adaptado de CHALMERS et al. (1996)¹⁸.

Logan et al. (1991)¹⁷ estudaram as atitudes e as concepções equivocadas de profissionais de Enfermagem e diretores de instituições para idosos em relação à saúde bucal. Foram entrevistados 272 enfermeiros, 122 diretores e 222 cuidadores domiciliares em Iowa, EUA. As limitações físicas e financeiras constituiriam os maiores obstáculos para promover a saúde bucal dos residentes. Para os cuidadores domiciliares, as limitações físicas e financeiras e a falta de cooperação dos idosos foram os maiores obstáculos. As enfermeiras relataram também falta de tempo como um problema. Sessenta e três por cento dos entrevistados relataram fornecer alguma forma de instrução sobre higiene bucal ou sobre problemas dentais e um número semelhante relatou fornecer cuidado à saúde bucal. Entretanto, 25% dos cuidadores

domiciliares questionaram a própria habilidade de fazê-lo corretamente. Em relação aos conhecimentos dos entrevistados, os autores declararam que algumas concepções equivocadas identificadas no estudo têm conseqüências importantes no bem-estar da pessoa idosa. Os autores sugerem que programas de treinamento realizados dentro das instituições podem corrigir conceitos e informar adequadamente os profissionais que lidam com idosos.

Blank; Arvidson-Bufano; Yellowitz (1996)¹⁶⁸ relacionaram o efeito da formação educativa e profissional na habilidade dos profissionais de Enfermagem em determinar as condições da saúde bucal de idosos institucionalizados. A amostra consistiu em 18 profissionais com diferentes níveis de formação, que foram requisitados a determinar as condições de saúde bucal de 50 residentes antes e depois de uma atividade educativa (palestra) sobre diagnóstico bucal. Enfermeiros que visitavam regularmente o dentista, graduados há mais de 5 anos, com mais de 5 anos de experiência, concordaram mais com os achados do cirurgião-dentista (padrão-ouro). Enfermeiros que receberam treinamento em saúde bucal concordaram mais que aqueles enfermeiros com treinamento geral ou cuidadores sem treinamento (leigos). A formação dos profissionais de Enfermagem influenciou significativamente o desempenho; enfermeiros com maior tempo de experiência em instituições geriátricas e com treinamento em saúde bucal identificaram problemas e estimaram a necessidade de tratamento mais apuradamente que os outros profissionais.

Chalmers et al. (1999)¹⁶⁹ investigaram as percepções de dentistas (n=409) e diretores de instituições de longa permanência para idosos (n=96) de Adelaide, Austrália, em relação a problemas encontrados na organização e provisão de cuidado à saúde bucal aos idosos residentes. Algumas percepções foram coincidentes entre os dois grupos entrevistados: a falta de equipamento portátil e de uma área física adequada para realização do atendimento odontológico e o transporte de pacientes para consultórios dentários. Diretores identificaram problemas referentes aos residentes: desinteresse da família sobre a saúde bucal do seu idoso, obtenção do consentimento para atendimento odontológico, problemas cognitivos e de comportamento dos idosos e limitações financeiras. Já os dentistas identificaram problemas referentes à instituição: pouca prioridade dada pelos cuidadores à saúde

bucal, necessidade de tempo para a realização do cuidado e o fato de os cuidadores não gostarem de realizar o cuidado.

Chung; Mojon; Budtz-Jorgensen (2000)¹⁷⁰ verificaram as percepções de administradores, médicos e cuidadores de idosos em relação à provisão e organização dos serviços odontológicos em instituições de longa permanência para idosos de Genebra. Os resultados demonstraram um certo grau de desinformação em relação aos assuntos de saúde bucal entre os responsáveis por organizar e fornecer cuidado à saúde bucal. Os administradores pareceram desinformados sobre os problemas de saúde bucal de idosos institucionalizados. Os cuidadores não se consideraram treinados o suficiente, e os médicos não possuíam conhecimentos adequados. Os achados evidenciaram a necessidade de o cirurgião-dentista fazer parte da equipe de cuidados de saúde e responsabilizar-se pelo treinamento de outros profissionais da equipe.

Ritoli; Katz; Stokes (1990)¹⁷¹ compararam as atitudes e crenças de cuidadores em relação ao cuidado à saúde bucal e outros cuidados de saúde fornecidos a pacientes idosos institucionalizados. Os cuidadores demonstraram possuir conhecimento sobre suas responsabilidades e compreendiam a necessidade do cuidado à saúde bucal em relação aos outros cuidados de saúde. Entretanto, embora conscientes dos benefícios que o cuidado à saúde bucal poderia trazer aos idosos, consideravam uma das tarefas menos agradáveis tanto para eles quanto para os idosos.

Wardh; Andersson; Sörensen (1997)¹⁶ compararam as atitudes relativas ao cuidado à saúde bucal de enfermeiros, auxiliares de Enfermagem e cuidadores domiciliares de idosos na cidade de Vasteras, Suécia. Noventa e três por cento dos enfermeiros, 92% dos auxiliares e 73% dos cuidadores domiciliares haviam recebido alguma forma de educação em saúde bucal. Os auxiliares eram os mais envolvidos na realização do cuidado à saúde bucal. Os enfermeiros consideravam mais importante a necessidade de cuidado à saúde bucal e gastavam mais tempo nessa tarefa que os outros grupos. Cuidadores domiciliares e auxiliares demonstraram uma tendência de considerar o cuidado à saúde bucal mais uma tarefa que “deveria ser cumprida” do que uma tarefa “agradável”. A razão mais freqüentemente relatada para a inadequada

provisão de cuidado à saúde bucal foi a falta de cooperação dos idosos. Os autores ponderaram que possuir informações sobre saúde bucal não garante que essas habilidades sejam postas em prática e recomendaram o estímulo a atitudes positivas, treinamento, práticas e discussões.

Outros estudos comprovam a eficácia de processos educativos, transmissão de informação, treinamento e conscientização de cuidadores na determinação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados e necessidade de tratamento¹⁷² e na melhora do desempenho do cuidado à saúde bucal e, conseqüentemente, da saúde bucal de idosos institucionalizados¹⁷³.

Warren; Kambhu; Hand (1994)¹⁷⁴ estudaram os fatores relacionados à aceitação de tratamento restaurador, cirúrgico e protético, por uma população idosa institucionalizada. Os autores concluíram que a restrição financeira parece ser a principal preocupação, constituindo uma barreira para o tratamento odontológico e influenciando a utilização dos serviços odontológicos por idosos institucionalizados.

Frenkel; Harvey; Newcombe¹⁷⁵ estudaram as práticas de cuidado à saúde bucal em 22 instituições de Avon, Inglaterra. Os achados demonstraram que a maioria dos idosos necessita, mas não recebe, auxílio adequado às suas necessidades para a higiene bucal. Entre os usuários de próteses totais, a proporção de idosos incapazes de realizar sua higiene (82%) foi maior do que a proporção de idosos que recebiam auxílio para a limpeza (64%). Entre os dentados, três quartos relataram que tinham dificuldade de escovar os dentes, entretanto os cuidadores não realizavam a higiene bucal de nenhum idoso dentado. Em média dois terços de cada dente era coberto por placa bacteriana. Comumente os cuidadores enxaguavam as próteses, mas não as escovavam. Os autores apontam a necessidade de treinamento dos cuidadores e subseqüentes pesquisas que avaliem o efeito de estratégias educativas.

Fitzpatrick (2000)¹⁷⁶ realizou revisão da literatura sobre as necessidades de cuidado do idoso dependente e a responsabilidade dos profissionais de Enfermagem. Estudos revelam que as condições de saúde bucal dos idosos institucionalizados são geralmente inadequadas e que os conhecimentos dos profissionais de Enfermagem são variáveis. O cuidado à saúde bucal inadequado é identificado como multifatorial, com implicações para educadores, gestores, profissionais e pesquisadores.

Sumi et al. (2001)¹⁷⁷ avaliaram as atitudes de cuidadores com relação ao cuidado à saúde bucal em 16 instituições de longa permanência para idosos japoneses. Somente 23% realizavam sistematicamente os procedimentos de cuidado e 89% dos cuidadores consideravam o cuidado à saúde bucal importante. Apenas 39% receberam orientações sobre as práticas de cuidado e 45% consideravam esta tarefa uma carga, sendo que 17% gostaria de deixar de fazê-la.

Paulsson et al (2002)¹⁷⁸ realizaram um estudo qualitativo, utilizando o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, para desenvolver um modelo sobre como os profissionais de Enfermagem percebem a saúde bucal e especificamente a saúde bucal dos idosos de quem cuidam. Foram entrevistadas 17 pessoas que revelaram quatro estratégias para compor o modelo a partir da integração de duas categorias centrais: a valoração da importância da saúde bucal e o comportamento para a manutenção da saúde bucal. As estratégias foram denominadas: rotineira, teórica, prática e flexível (esta última considerada pelos autores como ideal) de acordo com o entrecruzamento das categorias e subcategorias (Figura 5).

Figura 5 - Modelo desenvolvido por Paulsson (2001) a partir da visão dos profissionais de Enfermagem sobre saúde bucal

		Valoração da importância da saúde bucal	
		Pensamento fragmentado	Pensamento holístico
Comportamento para a manutenção da saúde bucal	Abordagem passiva	Estratégia rotineira	Estratégia teórica
	Abordagem ativa	Estratégia prática	Estratégia flexível

Adaptado de Paulsson, 2001.

A saúde bucal de idosos residentes em instituições é bastante precária devido ao acesso limitado aos serviços odontológicos e à inexistência de uma rotina diária de higiene bucal. Porém somente o acesso ao dentista e pessoal auxiliar não é suficiente para solucionar os problemas de saúde bucal em instituições de longa permanência para idosos¹⁷⁹. O fornecimento da assistência odontológica para idosos

institucionalizados apresenta-se como um enorme desafio para os profissionais da Odontologia. Esses desafios vão desde a existência de pessoal treinado, disponibilidade de equipamentos, recursos para assistência e as próprias condições bucais dos idosos⁸⁸.

A Portaria 73/2001 da Secretaria de Estado de Assistência Social SEAS/MPAS³¹ ao estabelecer normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, define o dimensionamento de recursos humanos de acordo com as características da instituição. Para as ILPIs, dentro do marco da Atenção Integral ao Idoso, é definida a necessidade da presença/atuação de dois dentistas para modalidade II e III^d.

O cuidado à saúde bucal na perspectiva da melhoria contínua

Percebe-se que o cuidado tem merecido profundo exame dos estudiosos e que está diretamente associado ao processo de viver e se materializa em complexas relações entre os indivíduos, e mesmo entre estes e o ambiente organizacional, institucional e natural. A meta viver mais e feliz parece ser uma função das práticas de cuidado que se estabelecem em vários campos, especialmente das práticas no campo da saúde. Se este “ser-no-mundo” quer continuados ganhos em longevidade e felicidade, esta meta que vai se deslocando à frente, seguidamente, irá requerer também a melhoria contínua do cuidado. Em outras palavras, a exigência de melhores práticas de cuidado é corolário de uma meta de vida mais longa e de melhor qualidade.

Segundo Susin; Rösing (1999)¹⁸⁰ historicamente as práticas em saúde tiveram por premissas:

- As observações derivadas da experiência clínica validam o conhecimento.

^d Modalidade II é a instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. Não são aceitos idosos portadores de dependência física acentuada e de doença mental incapacitante.

Modalidade III é a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total, no mínimo, em uma Atividade da Vida Diária (AVD). Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde.

- O estudo e o entendimento dos mecanismos básicos da doença e da fisiopatologia são guias suficientes para a prática clínica.
- A combinação entre o treinamento tradicional e o senso comum é suficiente para permitir a avaliação de procedimentos.
- A perícia e experiência são suficientes para geração de diretrizes e práticas clínicas.

O imenso volume de conhecimento produzido em ritmo sempre mais acelerado gerou a necessidade de reconhecer o melhor procedimento/tratamento, com menor custo possível, estando implícita a necessidade de julgamento da qualidade das informações. A credibilidade atribuída à evidência cientificamente apreciada provocou um novo modelo de construção do conhecimento científico em saúde, vigente e consolidado nos dias atuais, o paradigma da medicina baseada em evidências. Esse novo paradigma reconhece o caráter probabilístico das ações de saúde, dado o pressuposto de que as condutas podem e devem ser mudadas, bem como nele está implícita a avaliação crítica capaz de recomendar estas mudanças.

O conceito de medicina baseada em evidências foi desenvolvido mais profundamente por Archie Cochrane, da Universidade de Oxford, que defendia a necessidade de revisões sistemáticas de estudos epidemiológicos fundamentando o campo da atenção médica. Atualmente, a *Cochrane Collaboration*, a *Cochrane Network* e a *Cochrane Library* constituem organizações internacionais sem fins lucrativos destinadas a disponibilizar informação sistematizada sobre resultados de estudos prospectivos e controlados, como base para uma atenção à saúde de alta qualidade, pela aplicação da melhor evidência científica disponível. A medicina baseada em evidências tem como objetivo a padronização de condutas a fim de minimizar variações nos padrões da prática médica, reduzir a má qualidade da atenção, controlar diferenças geográficas e racionalizar custos¹⁸¹.

A Odontologia também reconheceu o valor da evidência científica, fazendo com que a Odontologia baseada em evidência servisse de suporte para a implementação de políticas, facilitasse a comunicação entre profissionais e destes com o público¹⁸².

A evidência científica pressupõe a adoção de metodologia adequada e rigorosa observância de seus requisitos para que os resultados da pesquisa possam ser

reconhecidos como eficazes e então generalizados para outras populações semelhantes. A epidemiologia, a estatística e a informática são ferramentas imprescindíveis nesse processo. Trata-se, portanto, de um conhecimento fundamentado no raciocínio lógico-dedutivo, de base quantitativa.

Ao estudar melhores práticas também se aborda questões sob o enfoque da qualidade do cuidado a saúde, aqui da saúde bucal. O senso comum nos indica à primeira vista que a melhoria do cuidado pode ser alcançada com uma melhor qualidade na prestação do serviço, na atenção e assistência fornecidas.

A partir dos anos 60, os serviços, setor em acelerada expansão, passaram a ser pensados também como produtos, como resultados de um processo segundo a teoria dos sistemas e, portanto, passíveis de alguma padronização na qualidade, atualmente um atributo importante na sua valorização pelo mercado. Além da importância no setor privado, a qualidade ganhou destaque também nos serviços prestados no setor público, como parte dos direitos sociais da população e em decorrência dos movimentos de consumidores. A progressiva elevação da carga tributária e o melhor conhecimento sobre as questões de incidência, vale dizer, de quem efetivamente suporta o ônus tributário, tem tornado o contribuinte mais exigente em relação à qualidade dos serviços que lhe deve o setor público. Os serviços de saúde estão igualmente envolvidos nesses movimentos, mais intensamente no setor privado, mas também no setor público, quando então a avaliação da qualidade passou a ser desenvolvida com alguma regularidade por profissionais especializados¹⁸³.

A transposição das formas artesanais de produção para um modelo industrial fomentou a preocupação com a qualidade e variabilidade observadas na produção de bens. Nos EUA, Shewhart, por volta de 1920, sistematizou estatisticamente um processo de mensuração destas variabilidades, conhecido até hoje como Controle Estatístico do Processo ou Ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, and Action*). As metodologias de controle de qualidade tomaram impulso no Japão, após a Segunda Guerra Mundial, quando aquele país promoveu uma verdadeira revolução tecnológica tornando-se uma potência industrial de sucesso. Ante os excelentes resultados, nos anos seguintes os teóricos da economia e da administração privilegiaram a função planejamento como ferramenta necessária para uma gestão profissional das organizações, capaz de

adequar a produção às demandas de mercado, observadas as restrições orçamentárias. Nos últimos 30 anos, observa-se importante evolução na condução das organizações: a gestão da informação e do conhecimento articulada a uma gestão de caráter estratégico¹⁸⁴.

O ciclo PDCA de controle, segundo os princípios da qualidade, permite a obtenção de melhorias contínuas no processo mediante a gestão de manutenção e a gestão de melhorias. A melhoria contínua significa no PDCA o aprimoramento continuado dos padrões dos elementos que compõem o processo. As melhorias conquistadas supõem o alcance de um novo patamar, o qual implica em um novo nível de controle¹⁸⁵.

O conceito de gerenciamento da qualidade surgiu dentro do contexto industrial, inicialmente a partir de pensadores americanos. Seu apogeu ocorreu na indústria japonesa do pós-guerra. Se a transposição de um modelo concebido para a indústria, americana ou japonesa, para a realidade empresarial brasileira requer uma série de adaptações e um profundo conhecimento a respeito das diferenças, vantagens e desvantagens e real aplicabilidade, mais difícil se torna sua aplicação para o universo da saúde (MALIK, 1998)¹⁸⁶.

Gurgel Junior; Vieira (2002)¹⁸⁷ pontuam algumas dificuldades que se apresentam na implementação de programas que visam uma melhor qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde:

- As leis de mercado não se aplicam bem ao setor em face das necessidades humanas e prioridades, que independem dos custos de produção, valor de mercado e preços praticados.
- A concorrência não é um elemento forte no ambiente destas organizações.
- A grande variabilidade da assistência demandada, o comportamento individual de cada paciente, dificultando uma padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização da oferta dos serviços.
- A falta de simetria de informação, pois clientes leigos ficam incapacitados de julgar suas necessidades, o que dificulta o exercício das opções de consumo.

- O consumo dos serviços ocorre imediatamente/concomitantemente à produção não havendo tempo para controle prévio da qualidade, nem estoque para inspeção.
- A produção dos serviços é realizada por uma grande variedade de profissionais com diferentes formações e interesses.
- A categoria médica apresenta forte resistência às propostas por sentir-se ameaçada por um controle externo.

Donabedian destaca-se como estudioso do tema qualidade e em particular da qualidade em saúde. Seus primeiros trabalhos sobre o tema datam dos anos 60, mas ganhou notoriedade mundial a partir do final dos anos 80. Seu ponto de partida é a definição do que se considera qualidade, pois essa não se constitui em um atributo abstrato, mas deve ser construída em cada avaliação por meio dos, por ele denominados, sete pilares da qualidade. São eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade¹⁸³. Donabedian considera que o conhecimento técnico-científico é apenas um dos três pilares fundamentais da qualidade dos serviços de saúde, atribuindo importância a outros dois aspectos: as relações interpessoais entre os profissionais e o paciente e amenidades, isto é, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação de serviço ocorre¹⁸⁶.

Qualidade é um termo amplamente utilizado no cotidiano, geralmente significando propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas, dando sua conformação por distinção e possibilitando sua existência. Enquanto conceito, é um valor conhecido por todos e, no entanto, definido de forma diferenciada por diferentes grupos, pois aqui também a percepção dos indivíduos é diferente em relação aos mesmos produtos ou serviços em função de suas necessidades, experiências e expectativas¹⁸⁴.

O tema da qualidade tem recebido diferentes olhares ao longo dos tempos. Com o acirramento da competição e as demandas insatisfeitas dos consumidores, a abordagem da qualidade, como fator de sobrevivência das organizações, transformou-se passando de um mero ato de inspeção para um ingrediente constante em todas as fases do processo produtivo.

Uma observação feita a partir de estudos sobre qualidade é a de que o peso das falhas gerenciais é maior do que o das falhas técnicas na avaliação da qualidade de produtos e serviços. Esta constatação deu origem aos chamados de sistemas de gestão da qualidade, que associam noções de controle, que enfatiza a detecção de defeitos, com a administração (gestão) da qualidade, que enfatiza a prevenção de defeitos¹⁸⁸.

A gestão da qualidade total é uma opção para a reorientação gerencial nas organizações e tem como pontos básicos: foco no consumidor, trabalho em equipe permeando toda a organização, decisões baseadas em fatos e dados, e busca permanente da solução de problemas e diminuição de erros. Implica em uma mudança da cultura organizacional e postura gerencial direcionada para a busca permanente da perfeição através do comprometimento com o desempenho, à procura do autocontrole e ao aprimoramento dos processos. A procura constante por inovações, o questionamento rotineiro dos procedimentos e o estímulo à criatividade criam um ambiente propício à busca de soluções novas e eficientes na construção de um melhor fazer¹⁸⁴.

As ferramentas básicas da qualidade, conceitos, aplicações e resultados foram e vem sendo utilizados ainda hoje, e seus impactos em longo prazo merecem estudos. Entretanto, deve-se considerar os avanços ocorridos no pensamento dos valores organizacionais para além da qualidade. A gestão da qualidade total situa-se à volta dos processos físicos, onde há, em regra, variáveis mensuráveis. A partir dos anos 80 passou a se dar atenção às variáveis intangíveis¹⁸⁹.

Outras formas de pensar as organizações e suas práticas estão sendo concebidas, principalmente pelo reconhecimento de que o controle quantitativo dos processos e a análise das relações processo-produto não alcançam mudanças básicas nas formas pelas quais as pessoas são reconhecidas e recompensadas e não conseguem direcionar as pessoas para realizações com foco na melhoria contínua dos sistemas que governam o funcionamento da organização¹⁸⁹.

Os programas de melhoria contínua estão proliferando à medida que as organizações procuram aprimorar e conquistar melhores resultados. Os resultados da implementação desses em programas de qualidade dependem em grande parte do

reconhecimento de que a melhoria contínua exige comprometimento com o aprendizado. A organização e as pessoas que nela trabalham devem primeiro aprender algo novo para propor novas soluções para velhos problemas, adotando melhores práticas. Dessa maneira garante-se que não haja repetição de velhas práticas e que as mudanças não sejam fortuitas ou efêmeras¹⁹⁰.

As organizações que aprendem destacam-se por serem capazes de solucionar problemas de maneira sistemática, experimentar novas abordagens, aprender a partir das próprias experiências e antecedentes, das experiências e práticas alheias e transferir rápida e eficazmente os conhecimentos por toda organização. As organizações obterão melhores resultados mediante a criação de sistemas e processos que respaldem essas atividades e as integrem nas ações cotidianas¹⁹⁰.

O conhecimento vem assumindo um papel central nas organizações passando a ser relevante para além dos recursos econômicos básicos como capital, recursos naturais e mão-de-obra¹⁹¹. Ao constatar que muitas organizações dependem do conhecimento e têm nele o seu maior valor, o gerenciamento desse novo ativo vem ganhando espaço tanto na literatura quanto nas práticas organizacionais. A noção de gestão do conhecimento, reconhecida como prática consciente e sistematizada, é um tema recente na literatura. Somente nos anos 90, percebeu-se a importância do manejo dos recursos intelectuais, principalmente num ambiente tecnológico facilitador de codificação, armazenamento e compartilhamento de informações¹⁹².

Parece não haver uma conceituação definitiva para gestão do conhecimento. Na tentativa de reunir uma série de conceitos e perspectivas relatadas na literatura e procurando superar carências e ampliar as possibilidades de aplicação do gerenciamento do conhecimento, Grotto (2001)¹⁹² propôs um conceito agregador, no qual a gestão do conhecimento é entendida como “o processo de promover e administrar a geração, o compartilhamento, a utilização e a mensuração de conhecimentos, experiências e especializações nas organizações.” A geração de novos conhecimentos é estabelecida a partir de criações próprias ou pela aquisição externa, seja contratando um novo colaborador ou pesquisando ou desenvolvendo projetos, produtos e processos. O compartilhamento consiste na transmissão dos conhecimentos

por toda organização, havendo uma preocupação com o armazenamento (codificação e disponibilização) do conhecimento e utilização eficiente.

Senge (1990)¹⁸⁹, ao refletir sobre o “redesenho das organizações”, afirma que as organizações são o resultado/conseqüência da própria forma de pensar e interagir das pessoas nelas inseridas e por isso somente uma modificação profunda nas formas de pensamento/interação é que poderia ser capaz de transformar políticas e práticas enraizadas. Para reconceber as “estruturas manifestas das organizações” seria necessário fugir da tendência de localizar essas mudanças no mundo exterior, redirecionando o olhar para o interior de cada um, mas num movimento coletivo de confronto com crenças e pressupostos consagrados, atividade que não pode ser feita isoladamente e sim por uma “comunidade de aprendizes”.

A possibilidade de construção de uma nova prática administrativa está fundamentada sob cinco disciplinas consideradas elementos inevitáveis do desenvolvimento das organizações que aprendem. Na quinta disciplina “pensamento sistêmico”, Senge (1990) trata da criação de uma forma de analisar e uma linguagem para descrever e compreender as forças e inter-relações que modelam o comportamento dos sistemas. Essa quinta disciplina permite mudar os sistemas com maior eficácia e possibilita agir mais de acordo com os processos do mundo natural e econômico¹⁸⁹.

A aprendizagem organizacional é todo um processo de pensamento e ação subsequente que leva à construção de novas imagens da organização, de suas compreensões sobre os fenômenos organizacionais e finalmente à reestruturação de suas atividades¹⁹¹.

O fenômeno da aprendizagem pode, segundo Silva (2002)¹⁹¹, resultar em produtos que assumem diferentes formas como a análise e interpretações das experiências de sucesso ou fracasso; inferências sobre conexões causais entre ações e resultados; descrições do ambiente organizacional em mudança e demandas futuras; análise de limites e possibilidades; descrições de situações conflituosas; imagens de realizações futuras e meios de atingi-las; reflexão crítica sobre teorias de ação e propostas de reestruturação.

Atualmente as discussões sobre aprendizagem organizacional superam as barreiras puramente teóricas e alcançam questionamentos sobre a real capacidade de interferência em níveis práticos de mudanças estruturais nas organizações. Mais do que criar e adquirir conhecimento, o desafio é aplicar esses conhecimentos nas suas atividades e, mais ainda, transformar esse investimento, que é pessoal e coletivo, em melhorias reais. Portanto, a organização que aprende é aquela que além de dispor de habilidades para criar, adquirir e transferir conhecimentos, também é capaz de modificar seu comportamento, refletindo os novos conhecimentos e idéias¹⁹⁰.

A melhoria contínua, construída sobre o ideal da busca por melhores práticas, pressupõe mudanças subseqüentes no comportamento individual/coletivo/organizacional, nos métodos de trabalho, no livre fluxo de informações e na incorporação da reflexão crítica. Imputar valor aos recursos intelectuais e alterar a forma de estruturar/trabalhar com o conhecimento, tanto tácito quanto explícito¹⁹¹, vivos nas organizações como recursos intangíveis, contribui inegavelmente para a elaboração permanente do melhor pensar/fazer, numa perspectiva tanto teórica quanto prática.

Melhores práticas devem ser mais do que estudos que apontam numa só direção, do tipo tentativa-e-erro, centrado nos resultados, com falta de precisão e pobres em embasamento teórico, centrados no pesquisador, desenvolvidos em populações não representativas¹⁹³.

Para Keehley et al. (1996)¹⁹⁴ existem três parâmetros a partir dos quais poder-se-ia considerar ou enquadrar as melhores práticas. O primeiro diz respeito à comparação. Melhores práticas seriam algo melhor que a prática corrente. O segundo parâmetro utiliza uma classificação externa declarada pela mídia ou outros setores. Esses setores visualizam as melhores práticas como uma ação que auxilia as organizações a superar obstáculos. Por último, o terceiro parâmetro diz que melhores práticas seriam aquelas que, pelo reconhecimento do seu sucesso, receberam premiações segundo critérios pré-definidos. Entretanto, nenhum desses pontos de vista parece ser suficiente para definir melhores práticas.

A comparação pura e simples e o compartilhamento de idéias não caracterizam a adoção de melhores práticas. Como afirmou Senge¹⁸⁹,

A filosofia da melhoria contínua é uma filosofia de aprendizagem. Entretanto, todo o pensamento em torno das melhores práticas incita a copiar mais do que a compreender. A raiz de toda a inovação é a teoria e os métodos, não a prática. As práticas são, sem dúvida, importantes, mas são sempre situacionistas. Desenvolvem-se, sempre, como consequência das capacidades de um dado grupo de pessoas em face de circunstâncias específicas. Por isto, a tentativa de “clonar” as melhores práticas acaba quase sempre por ser extremamente desapontadora.

A expressão “melhores práticas” tem sido utilizada amplamente, entretanto, é necessário continuar construindo um método sistemático para encontrá-las. O estabelecimento de critérios é o primeiro passo para definir o que realmente pode ser considerado “melhores práticas” no cuidado à saúde. A seleção de critérios para determinar qual prática é melhor nem sempre é óbvia e requer cuidadosa atenção¹⁹⁴. A partir destas considerações Keehley et al. (1996) propõem alguns critérios para definição de melhores práticas. São eles:

- Melhores práticas devem possuir sucesso comprovado, através de registros, ao longo do tempo (em média 2 anos).
- O sucesso das melhores práticas de ser quantificável e demonstrado por diversos indicadores;
- As melhores práticas devem ser inovadoras e possuir um certo grau de criatividade que a diferencie das práticas correntes.
- As melhores práticas devem promover resultados (*outcomes*) positivos.
- As melhores práticas podem ser replicáveis com modificações em outros cenários.
- Devem possuir importância local (na organização que busca melhoria) no momento da adoção de melhores práticas.
- As melhores práticas não devem estar associadas a padrões demográficos específicos.

Jané-Llopis¹⁹⁵ aponta alguns indicadores de melhores práticas: resultados efetivos, níveis de impacto (individual, social e econômico), níveis de evidência (eficácia e efetividade), rigor metodológico e capacidade de implementação, replicabilidade e melhoria. Além disso, o autor considera que para garantir a efetividade das melhores práticas há a necessidade de cultivar a responsabilidade compartilhada na qual

diferentes pares (pesquisadores, profissionais, gestores) estão envolvidos e alimentam uns aos outros com necessidades e experiências. Defende também a necessidade de uma infraestrutura ampla que dê suporte para prevenção–promoção da saúde, em nível nacional e internacional, na qual são estabelecidas redes e parcerias são criadas e reforça a necessidade de uma estrutura de base que promova e intensifique o treinamento e desenvolvimento de todas as partes envolvidas.

A consolidação de um melhor fazer nas abordagens populacionais, coletivas e de amplo alcance em relação à saúde também tem sido pautada pela busca por melhores práticas, seja pela necessidade de comprovação de resultados eficazes, seja pela necessidade de demonstração de eficiência (relação custo-benefício).

O *Health Promotion's Best Practice Work Group*, da Universidade de Toronto, definiu melhores práticas em saúde como

o conjunto de ações e atitudes contínuas que são orientadas para alcançar os objetivos da promoção da saúde em determinada situação, e que são consistentes com os valores da promoção da saúde.

De acordo com o marco conceitual desenvolvido por este grupo as práticas serão consideradas “melhores” se forem consistentes e refletirem as bases/fundamentos da promoção da saúde e o entendimento do ambiente. Julgam relevante para isso considerar aspectos como valores, objetivos e a ética da promoção da saúde, teorias e crenças, evidências e a adequação/compreensão do ambiente¹⁹⁶.

Entretanto, os autores reconhecem que devido à falta de consenso sobre a natureza da promoção da saúde e as diferentes visões que diferentes grupos possuem acerca do que se considera promoção da saúde, não há uma definição comum e não há protocolos e diretrizes delineando um conjunto de melhores práticas que seja aceito universalmente. O que existe é uma diversidade de abordagens dependendo da perspectiva que se tem sobre estas questões. Assim, os autores citam as seguintes:

- Abordagem principialista: as iniciativas seguem um conjunto de valores e princípios.
- Abordagem normativa: conjunto voluntário de normas/padrões que são requisitos para que ocorram as melhores práticas.

- Abordagem centrada no padrão de serviços: padrões voluntários ou normativos (determinados internamente ou externamente) orientam a provisão/fornecimento de serviços (ex. numero de consultas/procedimentos por habitante/ano).
- Abordagem centrada nos resultados: padrões voluntários ou normativos (determinados internamente ou externamente) baseado na expectativa de resultados quantitativos (ex. % cobertura da população).
- Abordagem centrada “no que funciona bem”: conjunto de critérios é usado para julgar a efetividade de determinada ação.
- Abordagem “diga o que fazer”: uma receita, fórmula ou listagem especificando passos a seguir para alcançar os resultados esperados.
- Combinação: duas ou mais abordagens entre as antes mencionadas que utilizadas concomitantemente objetivam alcançar melhores práticas.

Um outro grupo formado por representantes de diversos segmentos da sociedade do Estado canadense da Nova Escócia desenvolveu também um marco conceitual sobre melhores práticas em ações de promoção da saúde. O documento *Nova Scotia Best Practices Framework*¹⁹⁷ define melhores práticas como processo contínuo de reflexão sobre como melhorar e intensificar as práticas correntes. Envolve a análise das ações de promoção da saúde que vem sendo desenvolvidas e utiliza um processo de reflexão crítica para extrair elementos e conhecimento coletivo sobre o que se sabe que funciona bem em determinada situação. Esse conceito de melhores práticas considera a reflexão crítica uma ferramenta para pensar a ação, o porque da ação e como esta poderia ser mais efetiva, permitindo intensificá-la, garantindo o aprendizado contínuo e o crescimento pela revisão das práticas. Além disso, o marco conceitual está embasado em evidências científicas, sendo suportado e fundamentado por informações advindas de pesquisas. Também reconhece que cada programa e política de saúde deve ser/estar adaptada às circunstâncias locais, à população para a qual se destina, aos recursos disponíveis e aos atores participantes.

A Odontologia baseada em evidências tem sido o instrumento utilizado como referência principalmente no que tange à tomada de decisões clínicas por possuir uma abordagem que segue um processo de coleta sistemática de informações e análise das evidências científicas com o intuito de responder a uma questão clínica odontológica

específica¹⁸². Entretanto, atualmente já se reconhece a necessidade de associar ao estudo das evidências científicas, as necessidades e preferências dos indivíduos e/ou coletividades e a experiência do profissional. Ismail; Bader (2004)¹⁸² afirmam a necessidade de investir-se não somente em pesquisas que avaliem as melhores evidências correntes em Odontologia, mas também identificar outras informações que poderiam auxiliar no fornecimento do cuidado à saúde bucal desejável às pessoas.

Afora discussões sobre protocolos clínicos de atendimento, amplitude de situações clínicas que os indivíduos podem vivenciar e decisões sobre elaboração de plano de tratamento é no campo da saúde bucal coletiva que encontramos alguns exemplos sobre melhores práticas como uma opção para abordagem dos problemas de saúde bucal das comunidades. Embora tenham uma intenção coletiva na implementação das ações, ainda assim partem de pressupostos individualistas de assistência, e assim como comentado anteriormente, estão ainda impregnados da noção de melhores práticas como a aplicação da melhor evidência científica ou compartilhamento de práticas/experiências que trouxeram resultados positivos.

A *Association of State and Territorial Dental Directors* (ASTDD) é uma entidade não-governamental americana que representa os gestores e funcionários da saúde pública odontológica. Por meio de esforços coordenados, implementou o *Best Practices Project* que tem por objetivo divulgar e cultivar melhores práticas que auxiliem a construir uma infraestrutura e capacitar os programas de saúde bucal em diferentes níveis, reunir as ações de promoção de saúde bucal propostas pelo nível federal e local e alcançar os objetivos do *Healthy People 2010* para melhorar as condições de saúde bucal da população norte-americana e reduzir iniquidades em saúde. O projeto é definido como uma estratégia de saúde pública suportada por evidências sobre o impacto e a efetividade das ações. Para este grupo, evidência inclui pesquisa, opiniões de profissionais, lições retiradas do campo e racionalidade teórica. O projeto da ASTDD define melhores práticas como um serviço, função ou processo que tem o compromisso de implementar resultados superiores que demonstrem impacto/efetividade, eficiência, sustentabilidade e colaboração/integração. A proposta para determinação das melhores práticas é rever cinco critérios padrões: impacto/efetividade, eficiência, sustentabilidade comprovada, colaboração e integração e objetivos/racionalidade¹⁹⁸.

O Departamento de Saúde Pública e Ambiente do Estado do Colorado (EUA) disponibiliza em sua página na internet um rol de melhores práticas relacionadas a programas comunitários preventivos em saúde bucal a título de recomendação como fonte de pesquisa em melhores práticas e estratégias comprovadas para promoção da saúde bucal. São enfatizados os programas de fluoretação das águas de abastecimento público e utilização de selantes em larga escala para prevenção da cárie dentária¹⁹⁹.

A *USA National Governors Association* criou o *Best Practice Center* um centro que agrega, organiza, disponibiliza e compartilha melhores práticas em diversas áreas, inclusive da saúde bucal, para auxiliar os governadores e suas equipes a desenvolver soluções inovadoras para os desafios enfrentados nos seus Estados. Através do banco de dados apresentado, os governadores e outros gestores podem conhecer rapidamente “o que funciona”, “o que não funciona”, e as lições que podem ser aprendidas pela experiência prévia de outros que já passaram pela mesma situação. Além disso, podem obter assistência no planejamento e implementação de novos programas ou fazer com que programas já estabelecidos se tornem mais efetivos e receber informações atualizadas sobre o que está se passando em outros Estados²⁰⁰.

Outras iniciativas focam grupos populacionais específicos como as melhores práticas divulgadas pelo documento *Promoting Oral Health Care For People With HIV Infection*²⁰¹, do *New York State Department of Health AIDS Institute*, contendo orientações sobre o cuidado de saúde bucal de pacientes portadores do vírus HIV, ou o *Texas Department on Aging*²⁰² que apresenta um estudo de caso sobre a experiência de cuidado de saúde bucal em idosos institucionalizados.

De qualquer forma, apesar da carência de alguma reflexão mais profunda, destaca-se a importante contribuição destas organizações em sistematizar operacionalmente o conhecimento e divulgar práticas de cuidado em saúde bucal, na perspectiva da melhoria contínua de procedimentos.

Por ser um tema de recente interesse, a possibilidade de aplicação do conceito de melhores práticas em saúde ainda é uma dúvida presente nos relatos da literatura havendo a preocupação com a necessidade de se transpor algumas barreiras para o sucesso desta articulação.

Mesmo sabendo que muitas organizações se beneficiam da importação livre de práticas, a academia e os profissionais envolvidos têm falhado em articular uma adequada definição de melhores práticas e em compreender como várias práticas são importadas com sucesso¹⁹⁴.

A distância existente entre as melhores práticas indicadas por pesquisas científicas e a real efetividade destas quando implementadas no campo, e a necessidade de adaptações que devem ser feitas em determinada população alvo podem também constituir entraves. Há uma distância grande entre a pesquisa centrada na academia e controlada por pesquisadores afastados do cotidiano das práticas locais e os profissionais, comunidade, e instituições públicas produzindo pesquisas não relevantes e de pouca utilidade para o nível local. A mera transposição imediata de conhecimentos resultantes de pesquisas elaboradas a partir de fundamentos científicos exige a superação das distâncias existentes entre os campos da pesquisa e da ação prática sejam elas diferenças de acesso aos recursos, de credibilidade e de expectativas¹⁹³.

Uma outra questão apontada por Green (2001)¹⁹³ é a diferença dos resultados alcançados em termos de alterações de comportamento individual dependendo do nível sócio-econômico da população. Principalmente os grupos populacionais de baixa renda e/ou escolaridade parecem mais reflexivos a mudanças de comportamento e conseqüentemente de práticas, entretanto esse fato deve ser analisado contextualmente, necessitando de estudos mais aprofundados que possam justificar essa inferência.

Atenção especial deve ser dada ao utilizar-se o conceito de melhores práticas como sinônimo de políticas públicas idealizadas quando essas foram testadas apenas em poucos locais que possuíam suas particularidades. As melhores práticas não podem se transformar em ações programáticas de caráter impositivo, desrespeitando as variedades de situações sem que sejam adequadas/adaptadas a circunstâncias singulares quando se tratarem de experiências colhidas em outras realidades¹⁹³.

Interacionismo Simbólico: aporte teórico para compreender as relações interpessoais

A escola da interação simbólica surgiu no final do século XIX e início do século XX com trabalhos dos sociólogos Pierce, James, Cooley, Thomas, Dewey e Mead. Autores de origem americana, estes sociólogos compartilhavam ideais da filosofia pragmática e da psicologia comportamentalista. São pontos comuns discutidos pelos autores: a concepção de sociedade estabelecida como um processo, a idéia de indivíduo e sociedade formar um conjunto estreitamente inter-relacionado e a valorização do aspecto subjetivo do comportamento humano como uma parte necessária no processo de formação e manutenção dinâmica social.

O termo “Interacionismo Simbólico”, estabelecido por Blumer em 1937, a partir principalmente da revisão dos estudos de Mead, é utilizado para “designar um enfoque relativamente definido do estudo da vida de grupos humanos e do comportamento do homem”²⁰³.

O Interacionismo Simbólico se fortaleceu num ambiente de defesa por uma postura pragmática da sociologia e da ciência, defendida por esses autores que consideravam de pouco valor prático o conhecimento estabelecido como verdade última, sem fluidez e descomprometido de ação. Acreditavam que a utilidade que é dada aos objetos tem um valor muito maior que seu mero conhecimento²⁰⁴.

Tendo suas raízes na psicologia social, o Interacionismo Simbólico procura desenvolver uma perspectiva teórica distinta para o estudo sistemático do comportamento humano social. Nesse sentido, crê que as pessoas constroem seu mundo baseadas em percepções individuais, estruturando o mundo externo a partir de suas próprias percepções e interpretações, influenciando assim seu comportamento. Há uma relação de reciprocidade entre indivíduo e ambiente. As idéias e comportamentos são processos distintos e mudam constantemente dependendo de como o indivíduo interpreta o mundo²⁰⁴.

Mead semeou alguns conceitos os quais constituem os fundamentos da escola interacionista. Para Mead, toda atividade grupal fundamenta-se no comportamento cooperativo. A associação humana surge somente quando cada ator individual percebe

a intenção dos atos dos outros e, então, constrói sua própria resposta baseada naquela intenção. Isto significa que para haver cooperação entre os seres humanos, é necessária a presença de alguns mecanismos que possibilitem o ator individual entender as linhas de ação dos outros e direcionar seu próprio comportamento acomodando-se àquelas linhas²⁰⁵.

Blumer sistematizou os pressupostos básicos do interacionismo na obra “Interacionismo Simbólico: perspectiva e método”, publicada originalmente em 1969. Ele apresenta e discute os mais importantes aspectos da interação simbólica tentando ser fiel ao pensamento de Mead, enfocando sobretudo a natureza da interação simbólica, a natureza da sociedade e da vida em grupo, a natureza dos objetos e da ação humana.

Blumer (1982)²⁰³ enfatiza que, segundo os postulados do Interacionismo Simbólico, o significado que as coisas têm para os seres humanos constitui um elemento central. Assim, ignorar o significado das coisas em relação as quais as pessoas agem, é visto como falsear o comportamento que está sendo estudado e negligenciar o papel que o significado desempenha na formação do comportamento.

Para Blumer (1982)²⁰³ são três as premissas básicas do Interacionismo Simbólico:

- O ser humano orienta seus atos em relação às coisas em função do que elas significam para ele. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos, instituições, idéias valorizadas, atividades dos outros e demais situações que o indivíduo encontra na sua vida cotidiana.
- O significado destas coisas é derivado ou surge da interação social que alguém estabelece com o próximo.
- Esses significados são manipulados e modificados mediante um processo interpretativo desenvolvido pela pessoa ao enfrentar as coisas com as quais se depara.

O Interacionismo Simbólico aloca uma importância fundamental ao sentido/significado que as coisas têm para o comportamento humano. O sentido é concebido como emergindo do processo de interação entre as pessoas, ao invés de percebê-lo como algo intrínseco do ser ou como expressão dos elementos constitutivos

da mente ou da organização psicológica. O Interacionismo Simbólico considera o significado um produto social, uma criação que emana das atividades dos indivíduos à medida que interatuam. A elaboração do significado depende de um processo interpretativo e de autointeração²⁰⁶.

A realidade social assim como é percebida, conhecida e compreendida é uma produção social. Os indivíduos, ao interagirem, produzem suas próprias definições de situação. Os seres humanos são considerados capazes de possuir um comportamento auto-reflexivo, ou seja, são capazes de guiar e moldar seu próprio comportamento e o dos outros. Ademais, ao estabelecer um ponto de vista e transpor/adequar este ao comportamento dos outros, os seres interagem uns com os outros. A interação é vista como uma preocupação emergente, negociada e às vezes imprevisível, adjetivada de simbólica pois envolve a manipulação de símbolos, palavras, significados e linguagens²⁰⁶.

O mundo social compartilhado pelos seres humanos não é feito de objetos que possuem significados intrínsecos. O significado dos objetos é construído/fundamentado nas ações que os seres tomam em direção a esse objeto²⁰⁶. A utilização de sentidos envolve um processo interpretativo que acontece em duas etapas. Inicialmente o ator indica a si mesmo as coisas em direção das quais ele está agindo; ele aponta a si mesmo as coisas que têm sentido. Logo, a interpretação passa a significar a forma de manipulação de sentidos; o ator seleciona, checa, suspende, reagrupa e transforma os sentidos à luz da situação na qual ele está colocado²⁰⁵.

COMPREENDENDO O CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO A PARTIR DO CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: a descrição dos resultados da pesquisa

O objetivo da aplicação da metodologia Teoria Fundamentada nos Dados em uma investigação é gerar uma teorização a partir dos dados recolhidos. Na presente Tese, busca-se construir um modelo teórico substantivo sobre o significado das práticas de cuidado à saúde bucal das pessoas idosas. A construção deste arcabouço teórico tem por alicerce uma categoria central, cuja definição obedeceu a requisitos e propriedades anteriormente explicitados. É importante ressaltar que uma categoria central pode ser qualquer tipo de código teórico: um processo, uma condição, dimensões, uma consequência, entre outros³⁶.

Neste estudo, a identificação da categoria central coincide com o que define Glaser como *Basic Social Process* - Processo Social Básico (PSB)³⁶.

O PSB é um dos vários tipos de categoria central que os dados podem gerar. Todos os PSB são categorias centrais, mas nem toda categoria central é considerada um PSB. A principal característica do PSB é o seu caráter processual apresentando pelo menos dois ou mais estágios que devem considerar e distinguir as variações nos padrões acerca do fenômeno estudado.

Strauss; Corbin (2002)³⁴ descrevem o termo processo como seqüências de ações e interações que evoluem, que ocorrem em um tempo e espaço dados, podendo ser alteradas em resposta a um evento ou contexto. O que faz a ação e a interação formarem um processo é a sua natureza evolutiva e suas diferentes formas, ritmos, estágios relacionados a um mesmo propósito. A estrutura cria o contexto da ação e/ou interação e estas fluem ou são interrompidas à medida que os indivíduos ou grupos tentam encaixar seus atos frente à determinada situação. Pelo fato de que a estrutura tende a mudar com o passar do tempo, a ação e/ou interação deve manter-se alinhada a ela. Desta forma, o processo e a estrutura estão intrinsecamente ligados³⁴.

O processo demonstra a capacidade dos indivíduos, grupos e organizações de responder a situações na qual se encontram imersos e modelá-las. O processo ilustra a forma como um grupo alinha ou desalinha suas ações/interações e desta maneira torna-se capaz de criar e manter uma certa ordem³⁴.

Um PSB explica boa parte de uma ação e evidencia as relações entre as categorias de menor peso, integrando-as para a composição da teoria, garantindo sua funcionalidade³⁶.

Outras propriedades que definem os PSB são a difusão, a variabilidade e a possibilidade de mudança. Os PSB são difusos, pois representam padrões de organização do comportamento social ao longo do tempo e ocorrem independentemente de lugar, característica esta que dá origem ao termo “básico”. Os PSB admitem reflexões teóricas condensadas sobre o fluxo sistemático da vida social. Os fluxos são conceitualmente capturados e compreendidos por meio da construção de teorias de PSB³⁶.

Em relação à segunda propriedade, a variabilidade, infinitas condições mutantes tornam os PSB variáveis à medida que eles são suficientemente abstratos para serem formulados em diferentes unidades da organização social. Embora os PSB não sejam permanentes e estáveis, podem incluir a possibilidade de mudança ao longo do tempo o que propicia significado, funcionalidade e adequabilidade à teoria³⁶.

O PSB, identificado como produto emergente desta pesquisa, evidenciado pelos dados coletados, e integrador das categorias relacionadas ao fenômeno em estudo foi: **PROMOVENDO O CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO A PARTIR DO CONTEXTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA.**

Esse PSB emergente na pesquisa contém dois estágios processuais (Figura 6), fenômenos a que denominou-se:

- REVELANDO CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE CUIDAR DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO.
- INCORPORANDO POSTURAS DE MELHORES PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO.

Figura 6 – Estágios do Processo Social Básico “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência”



Durante a análise dos dados, o processo é representado por uma sucessão de eventos que podem ou não ocorrer sob a forma de seqüências contínuas, sempre considerando sua inserção contextual. Além de proporcionar à teoria uma vitalidade (movimento), ajuda na integração e descoberta de variações e conecta as categorias. Geralmente os processos são compostos de subprocessos. É importante que o processo esteja correlacionado com a estrutura. O processo possui movimento, ritmo, fluidez, continuidade, pausa, interrupções e variações dos movimentos que conformam as seqüências de ação e interação³⁴.

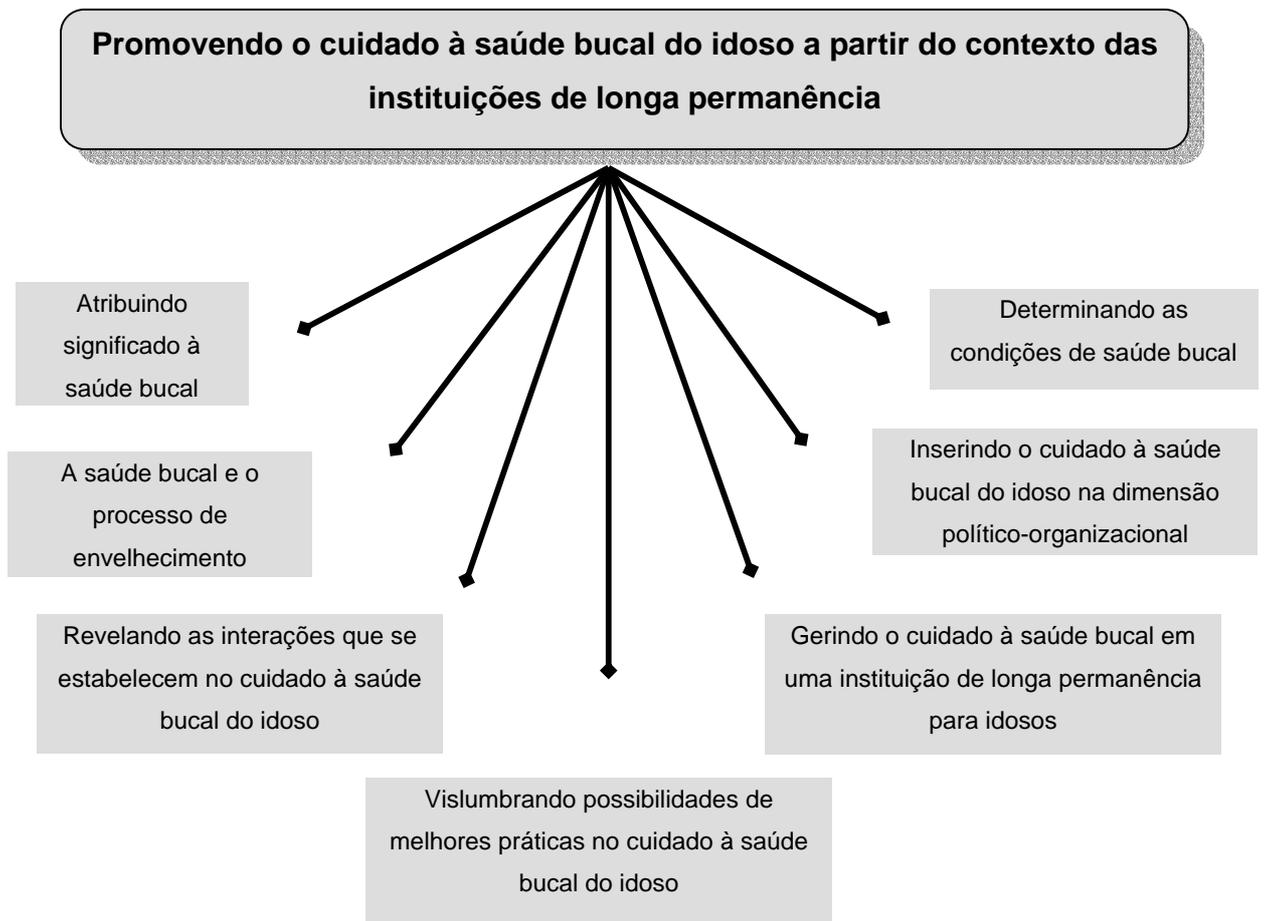
Os dados foram analisados não apenas em termos de suas propriedades e dimensões, mas observando as ações e interações e suas modificações ao longo do tempo e percebendo mudanças que permitiam que o processo se mantivesse apesar de transformações estruturais³⁴.

Esta categoria central constitui um processo cuja dinâmica encontra-se ambientada entre dois estágios, que se apresentam em uma ordem crescente de evolução, participando de dois momentos distintos do fenômeno representado pela categoria central. A evolução dos estágios não é estabelecida de forma linear nem unidirecional, revelando seu caráter dialético-processual.

A identificação da categoria central “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência” resultou da integração de sete categorias emergentes dos dados coletados (Figura 7):

- ATRIBUINDO SIGNIFICADO À SAÚDE BUCAL
- DETERMINANDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL
- A SAÚDE BUCAL E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO
- ENTENDENDO AS INTERAÇÕES QUE SE ESTABELECEM NO CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO
- GERINDO O CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
- INSERINDO O CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO NA DIMENSÃO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL
- VISLUMBRANDO POSSIBILIDADES DE MELHORES PRÁTICAS NO CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Figura 7 – Categoria central “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência” e suas categorias



A seguir, descrevem-se as categorias, subcategorias e componentes resultantes da pesquisa (Apêndice 4), associando a essa descrição alguns trechos de depoimentos dos entrevistados que a autora selecionou por serem representativos. Na seleção desses fragmentos procurou-se contemplar manifestações de todos os grupos e pessoas participantes.

Categoria: “Atribuindo significado à saúde bucal”

O significado que certos conceitos possuem para indivíduos ou grupos é determinante quanto às ações que praticam no seu dia-a-dia e moldam a evolução de suas práticas. Com base nessa premissa, estudou-se o cuidado à saúde bucal dirigido a pessoas idosas. A pesquisa é pródiga em revelar expressões sobre a maneira como os indivíduos pesquisados dão significado à saúde bucal conceituando-a, demonstrando sua funcionalidade, suas potencialidades, contrastando-a e integrando-a com outros elementos, imprimindo valor, e situando-a em um plano superior de abrangência. O conjunto dessas manifestações permitiu a elaboração desta categoria.

Considera-se relevante a sua descrição para a compreensão de todas as práticas individuais e coletivas de cuidado à saúde bucal realizadas ou percebidas pelos participantes. O entendimento sobre o que consideram saúde bucal é expresso não por formas abstratas de conceituação, mas traduzido por meio de depoimentos, vivências, sentimentos, diferenciações e comparações, evidenciando a subjetividade e complexidade inerentes ao tema.

As subcategorias que compõem a categoria “Atribuindo significado à saúde bucal” são:

- RECONHECENDO A AMPLITUDE DO CONCEITO DE SAÚDE BUCAL
- CONTRASTANDO A DOENÇA E A SAÚDE BUCAL
- ATRIBUINDO VALOR À SAÚDE BUCAL
- EXERCENDO/DEMONSTRANDO POTENCIALIDADES COM A SAÚDE BUCAL
- PERCEBENDO/OBSERVANDO A SAÚDE BUCAL DO OUTRO
- ASSOCIANDO SAÚDE BUCAL ÀS ESTRUTURAS BUCAIS
- PERCEBENDO A SUA SAÚDE BUCAL
- INTEGRANDO A SAÚDE BUCAL NA SAÚDE
- RELACIONANDO SAÚDE BUCAL ÀS PRÁTICAS DE CUIDADO
- O IMAGINÁRIO E A SAÚDE BUCAL
- SENTINDO DOR/DESCONFORTO
- A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: PRIORIDADES E VALORES

- COMPREENENDO A SAÚDE BUCAL COMO FUNDAMENTO PARA DIGNIDADE HUMANA E CIDADANIA

Reconhecendo a amplitude do conceito de saúde bucal

Na tentativa de elaborar um conceito de saúde bucal os participantes expressam num primeiro momento a dificuldade de pensar e elaborar idéias sobre um tema não comumente colocado para a reflexão. Os participantes revelam a abrangência que um conceito de saúde bucal pode alcançar, reconhecendo a amplitude de aspectos que estão relacionados à saúde bucal, que vão desde o caráter de cuidado primordial e primário até um direito da cidadania.

Esse (o cuidado à saúde bucal) é um cuidado primordial e primário. Mila

Significa muita coisa (a saúde bucal), porque é pela boca que se começa a saúde. [...] É uma série de coisas que a mastigação, os dentes, que é que vai me trazer uma saúde bucal perfeita e eu estou também tranqüila com o resto do meu corpo. Erta

Contrastando a doença e a saúde bucal

Atribuir um significado à saúde bucal implica invariavelmente em diferenciá-la das situações de doença bucal. Para os participantes a condição de se possuir ou estar em um estado de saúde bucal é não apresentar determinadas manifestações clínicas ou patologias, ou seja, considerar um dos aspectos da saúde a ausência de doença. As doenças bucais são consideradas ruins, um mal, pelos participantes, bem como, a sua repercussão em alguma outra parte do organismo/corpo negativa.

Saúde bucal é uma pessoa que teria uma boa condição na região da boca, dos dentes, da gengiva, da língua. Uma pessoa com uma condição de saúde. Sem nenhuma lesão, com um bom hálito, com uma capacidade de mastigar. Nessa situação, seria uma pessoa que teria saúde bucal. Que teria toda essa região íntegra e funcional. Carla

A primeira coisa é não ter dente podre, por exemplo, ter aquele sorriso, [...]. A maioria das pessoas, tu vê, os idosos aqui a maioria é tudo desdentado, sem dente. E os que têm, não tem um bom aspecto assim. Não tem. Então é a coisa

do dente podre, do dente estragado, é feio, é até anti-higiênico. As pessoas têm preconceito porque têm mau hálito. Tudo isso. Para mim seria isso. Paula

Ela (saúde bucal) evita de várias infecções na boca, garganta, estômago. Por exemplo, um problema nos dentes, na boca, poderia causar um mau hálito, uma úlcera, uma gastrite, uma traquéia [...]. Qualquer parte na região de cima, pertinho da boca. Luciano

Atribuindo valor à saúde bucal

Percebe-se o reconhecimento do valor que a saúde bucal possui para as pessoas, sendo considerado um tema atual e preocupante. Embora pareça um assunto de pequena amplitude, o cuidado à saúde bucal é considerado importante e primordial, especialmente para a população idosa. O cuidado à saúde bucal é inclusive uma referência para determinar se o idoso é, no geral, bem cuidado ou não.

Então, é uma coisa (a saúde bucal) que a princípio parece uma coisa pequena, mas ela não é, é uma coisa muito complexa. Mila

Então para mim a saúde bucal [...]. Olha, não sei se seria o mais importante de tudo, mas com certeza, primordial. Marta

Sim, para mim é importante. Eu penso que é importantíssimo, porque inclusive, quando os médicos vêm atender aqui algum caso de saúde, eles sempre dizem: "Aqui eles são bem cuidados, porque eu estou vendo pela boca". Nádia

Exercendo/demonstrando potencialidades com a saúde bucal

Possuir saúde bucal permite aos indivíduos exercer e demonstrar uma série de ações e interações de primordial utilidade e fundamental importância nas suas vidas. A possibilidade de realizar essas ações e interações caracteriza uma boa saúde bucal. Entre elas destacam-se os componentes que constituem essa subcategoria.

Exercendo/demonstrando potencialidades fisiológicas

Uma das potencialidades mais referidas é aquela relacionada ao desempenho funcional e fisiológico da cavidade bucal. É pela boca que se inicia o processo

digestivo, mastigam-se os alimentos, permitindo a alimentação e a nutrição do ser humano. Pela boca se estabelece a comunicação com outras pessoas por meio da fala. Pela boca respira-se. Assim, um problema de saúde bucal é reconhecido como um fator que prejudica o processo digestivo e uma alimentação saudável.

Saúde bucal eu acho hoje em dia muito importante para a alimentação, para a estética, para tu teres uma boa alimentação. [...] A gente tem que analisar, porque assim, o dente é bom por quê? Tu fazes uma boa mastigação, tu não engoles aquela coisa inteira. “Ah, não vou mastigar porque não tenho dente, então eu vou engolir inteiro”. Felícia

Eu tenho a boca boa para comer, para falar, tudo bem, não tenho problema nenhum na boca, não tenho problema de nada mesmo. Romilda

A boca é a região do corpo mais, assim que, que apresenta mais sujeira, mais bactéria, vírus. Porque tu respira pela boca, tu come, mastiga. É uma porta de entrada, e se não tiver limpa pode causar vários danos. Luciano

Exercendo/demonstrando potencialidades sensoriais

A cavidade bucal pode estimular os cinco sentidos: tato, olfato, visão, paladar e audição. O contato com os alimentos por meio do tato e paladar, o enxergar a aparência pela visão, a comunicação pela fala possibilitada pela audição e o olfato pelos odores emitidos pela cavidade. A sensação de limpeza na boca após a higiene é considerada agradável. O mau cheiro proveniente da cavidade bucal, pode indicar a presença de problemas ou ser sinal de descuido. A boca causa sensação de repulsa e nojo para alguns participantes, principalmente na presença de problemas ou infecções.

A boca é essencial. Por que come-se quantas vezes ao dia. Tem que tirar o alimento dali, até porque o mau hálito fica difícil. A boca, disse que era muito catinguenta. Catinga mesmo. O dente é uma coisa muito fedorenta, né? [...]. Ah, é nojento. Causa até uma coisa que não dá. Para falar com alguém, se tu falavas uma pessoa que tinha mau hálito na boca [...]. Erta

É claro que isso interfere muito na comunicação também. A dona M. ela tinha os dentes dela, era prótese, mas ela tem os dentes dela. Ela que cuida dos dentes dela. Ela sem os dentes, ela fica com vergonha. Ela fica assim (colocando a mão na frente da boca). Ela não dá risada, ela até ri, mas com a mão na boca. Se ela ficar sem os dentes, ela fica com vergonha. Luciano

Exercendo/demonstrando potencialidades estéticas

A influência da condição de saúde bucal sobre a discriminação do que é feio ou bonito revela uma outra potencialidade da saúde bucal. Aspectos como a valorização de padrões estéticos associados à aparência pessoal são relatados como determinantes de beleza. Um sorriso com dentes é considerado bonito. Uma pessoa sem dentes é considerada feia. O aspecto estético dos dentes também é usado como referência para classificar se uma pessoa cuida ou não da sua saúde bucal.

Para mim é muito importante, porque eu acho que a boca da gente, o sorriso da gente, eu acho que é o cartão de visita. Marta

Tem, em função da estética também... a pessoa tem o rosto bonito e a dentição feia, já mal cuidada, eu não sei bem como se diz: dentes meio acavalados, meio tortos, mas são dentes bem tratados, e tem pessoas que não cuidam direito... Jacira

Tem uma questão que é difícil, a questão estética. Que a gente vê principalmente, a gente vê em alguns pacientes, eles sentem essa dificuldade. A estética, de aceitar de estar assim, é muito difícil para eles. Tem vergonha, por exemplo assim, gostaria de ter os seus dentes bonitos para poder dar o sorriso. A vaidade. Carla

Demonstrando potencialidades emocionais

A saúde bucal cumpre uma função relacionada às questões emocionais e psicológicas da vida. Ela permite à pessoa expressar sua felicidade por meio de um sorriso, de um beijo, e portanto transmitir e demonstrar suas emoções.

O que significa o cuidado à saúde bucal do idoso? Isso interfere muito na saúde, inclusive, assim, na auto-estima. Irma

E sorriso bonito porque daí tudo melhora. Se uma boca está saudável, tem saúde, tem sorriso, tem mastigação completa, tem digestão boa, tem salivagem boa. Para mim é isso. Erta

Percebendo/observando a saúde bucal do outro

Os participantes revelam reparar nas condições de saúde bucal das pessoas com quem estabelecem contato. Observam quem possui dentes naturais, próteses

dentárias ou aparelhos de correção, notam quem está com mau hálito e fazem diferenciações entre as condições de saúde bucal em diferentes faixas etárias. Também observam os hábitos de higiene bucal praticados pelas outras pessoas, valorizando a manutenção da limpeza dos dentes e da boca.

Às vezes tem pessoas que perdem emprego por causa de mau hálito. [...] Então, além da higiene, ainda tem aquela questão da estética, que a primeira coisa [...], eu, por exemplo, a primeira coisa que eu olho numa pessoa é o sorriso, se os dentes são bonitos, estão perfeitos, estão certinhos. Não sei se, de repente, está errado. Eu sou muito exigente. Marta

Tem uma senhora aí que ela tem os dentes. Elas levaram no dentista, tiraram uns que estavam podres, ah, não gosto nem de lembrar, e cada vez que ela come tem que pedir para ela escovar os dentes. Ela vinha com a escova e a pasta na mão. Essa coitada nunca conheceu. Sei lá o que ela tem na cabeça. É triste. [...] Está faltando dente do lado também, muita gente diz “olha que pena, ela falta um dente do lado” uma moça, “ai que feio”. Geralda

Associando saúde bucal às estruturas bucais

A saúde bucal na visão dos participantes é diretamente relacionada à saúde dos dentes. Uma boa saúde bucal é caracterizada pela condição das estruturas bucais. A manutenção da dentição natural, a integridade dos tecidos bucais, a presença de características como beleza e perfeição dos dentes são indicadores de saúde bucal.

Bom, o que vem na cabeça é a saúde dos dentes. É ter uma boa dentição, um sorriso bonito e aí, depois, pensando melhor, vem a questão também da alimentação. Paula

Percebendo a sua saúde bucal

Muitas vezes os participantes apresentam sua história, contam e analisam fatos vividos tanto no passado quanto no presente, para elucidar o significado da saúde bucal no sentido mais particular: o da própria experiência. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Convivendo com patologias bucais

A experiência de ter sofrido algum tipo de problema de saúde bucal ou de conviver no momento da realização do estudo com alguma patologia ou desconforto causado por condição bucal foram relatadas pelos participantes. Principalmente os idosos, ao lembraram suas histórias de vida, contam que foram acometidos pela doença cárie e/ou problemas de gengiva que levaram à perda dentária precoce e à conseqüente utilização de próteses. Alguns participantes relataram estar realizando tratamento odontológico no momento da pesquisa.

Ainda jovem, perdi os dentes. Falta de orientação, a gente vai levando. Naquele tempo, por incrível que pareça, e eu sou obrigado a dizer isso, comia-se muito rapadura. Então a rapadura é um veneno para os dentes, aí provoca cáries, e em seguida já bem gurizinho já tinha problema de cáries e tudo. E aí foi se desenvolvendo, eu acho que ali aos 16 anos mais ou menos eu fiz a minha primeira prótese. Já é algum tempo. Ademar

Saúde na boca eu tenho, o meu problema é só os dentes. Mais nada. Tenho a boca boa e tudo, como bem, tudo, não me sinto mal. Às vezes o meu dente está estragado, vou no dentista, extrai. Romilda

Limitando-se pelas condições de saúde bucal

Os participantes denunciam que a má condição de saúde bucal coloca limites para o desenvolvimento da vida plena. Limites entendidos como as conseqüências negativas que impedem em algum momento o exercício da liberdade de agir e de expressão, trazendo ao indivíduo prejuízo de toda ordem. Com relação à alimentação relatam os participantes a dificuldade de mastigação, limitação na seleção dos alimentos e alteração da consistência da dieta. Também foram mencionadas a impossibilidade de dar um sorriso despreocupado e a perda de oportunidades profissionais e de convívio social.

Olha, falta de dente e mesmo até o uso, porque hoje atualmente a gente olha aí, todo mundo sorrindo, legal, sorriso que dá para... Mas antigamente, dar um sorriso com uma prótese era difícil, a gente notava tudo, e aí eu fui, eu posso dizer que eu fui prejudicado por isso. Até profissional. Que eu fui para o exército lá com os dentes cariados. Então aquilo tinha que estar escondendo, ocultando, sabe? Ademar

A situação social, porque a halitose ela é muito importante e ela é muito comum nessa idade, a situação. E muitas situações de convívio às vezes ela é prejudicada pela halitose. E ele reverter essa situação traz um benefício social de interação e de convívio com os outros, com a sociedade. Carla

Mas assim, às vezes, eu vejo assim, tem uns que não têm dente mas não pode comer qualquer coisa. A gente dá um arroz, “ah, não dá”. Ah, mas não come, porque eu vejo assim, como muitos, a gente dá uma coisa, “ah, não dá”, mesmo picando, às vezes vai comer aquela coisa que nem foi mastigada, triturada, porque não tem dente. Daí a gente tem que dar mais é papinha, mais coisa líquida ou molhada, porque a gente tem medo. Felícia

Expondo a sua condição de saúde bucal atual

Os participantes revelam que as experiências passadas de doença bucal foram superadas, principalmente no caso dos idosos com a extração de dentes e reabilitação por colocação de próteses. Consideram que hoje a sua saúde bucal é boa e está melhor que no passado.

Ah, isso aí é uma, é uma dádiva do céu (as próteses). Deus o livre. Não, que a gente possa falar assim, todo mundo vai ver que são próteses, mas o que é que tem, né? São próteses e tudo, mas são o recurso que existe. E beleza física, que benção essa de se ter chegado a esse ponto. Principalmente se esse problema de prótese, não é do teu tempo, naturalmente (risos), mas de primeiro faziam cada prótese que vou te contar. Não, agora atualmente está muito melhor. Eu acho que agora, por exemplo, está maravilha, maravilha. Ademar

Esse dentinho aqui estava estragado daí tiraram ele, então em cima está faltando dente, então botei a dentadura. Porque os meus dentes estavam todos estragados, mas estragados mesmo, estavam quebrando, tudo. Quando comia tinha que tomar cuidado que o dente partia. Daí tirei os dentes tudo, mandei fazer a dentadura, botaram dentadura. Romilda

Integrando a saúde bucal na saúde

A integração da saúde bucal nos aspectos da saúde humana é revelada pelos participantes em uma via de mão dupla: são relacionadas questões de saúde bucal à condição de saúde, bem como a influência das condições de saúde sobre a saúde bucal. Os participantes não enxergam separadamente saúde bucal do contexto da saúde dos indivíduos, funcionando o corpo como um só conjunto. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Relacionando saúde bucal à saúde

A saúde bucal é percebida como elemento integrado da saúde das pessoas. Os participantes estão conscientes de que problemas na cavidade bucal podem repercutir negativamente na sua condição de saúde. Uma saúde bucal ruim pode ser causa de problemas na alimentação e na digestão, predispor a doenças crônicas, podendo causar infecções e febre. Uma higiene bucal deficiente pode provocar problemas de infecção respiratória e o comprometimento da recuperação de pacientes hospitalizados. Nesse particular, reportam os cuidados especiais de saúde bucal necessários ao paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Especificamente na pessoa idosa os problemas de saúde bucal, como falta de dentes e próteses, podem causar danos a sua saúde.

Toda a profilaxia, eu acho que tudo isso é muito importante porque a gente sabe que isso, de uma certa forma, acaba interagindo nos outros sistemas. E também que isso acarreta uma certa complicação secundária não focar a ação preventiva. [...] E aí sim, quando acontecia estava estrondosa a coisa. Já era ou uma extração ou um abscesso ou um processo bem infeccioso ou já apresentava temperatura ou aí já dava para associar com outro sistema que já não estava bem também. Mila

Acho que interfere, por que se tem os dentes infeccionados dá temperatura, daí já não pode mastigar, fica com o rosto edemaciado, nem pode tocar, interfere... Se ela tiver um problema na boca ela não vai se alimentar direito. Até com a gente mesmo, tas com uma dor de dente forte tu não vais comer direito, a mesma coisa com o idoso, ele não quer se alimentar... Jacira

Relacionando saúde à saúde bucal

Da mesma forma e em sentido inverso, o indivíduo que está com problemas de saúde pode vir a passar por problemas de saúde bucal, associando uma patologia de base ao desenvolvimento de sinais ou sintomas bucais. Estar saudável implica em estar também com saúde bucal. Reforçando a visão integral de ser humano-saúde-saúde bucal, o cuidado à saúde bucal é considerado um tipo de cuidado aprofundado numa parte do corpo.

A gente, as relações, claro, não tenha dúvida. O fumante, o tártaro, de forma desenfreada, periodontites severas desde os 30 anos, na verdade, não curadas, nunca tratadas e tal, e tem também um lado que são as doenças sistêmicas. As doenças sistêmicas, quer queira, quer não. Diabéticos. Eu tive que fazer a extração de uma paciente com diabete, dentes hígidos, sem restaurações, mulher de classe alta, bem de vida, mas a diabete dela tornou-se incontrolável, até ir amolecendo. E assim uns e outros pacientes que a gente atende. Tem aquela relação também das doenças sistêmicas que vão prejudicar. Pessoas que estão tomando excesso de medicamentos e tal, aquele Dilantoin, aquele para evitar um ataque, epilepsia. Aquilo ali vai detonar com a pessoa. Leinir

Por exemplo, numa unidade de terapia intensiva a higiene oral é extremamente importante. É o primeiro cuidado que a gente faz. Até porque a gente não consegue fazer o banho no leito com o paciente com a halitose. Mila

[...] fazer ele entender que aquilo é importante para a saúde dele como um todo. Por que o nosso corpo a gente não pode dividir em pedaços. Tudo funciona dentro de um conjunto. Carla

Relacionando saúde bucal às práticas de cuidado

Falar sobre saúde bucal é referir-se a práticas de higiene e limpeza. A saúde bucal é associada às práticas de cuidado em especial àquelas que promovem a limpeza da cavidade bucal, eliminando bactérias. O cuidado à saúde bucal é considerado essencial, sendo comparado a outras práticas de cuidado à saúde (como tomar banho). Realizando o cuidado à saúde bucal com freqüência é possível prevenir doenças bucais, como a cárie, e manter as próteses limpas.

Eu acho que inclui a questão da higiene oral, no mínimo três vezes ao dia. Seria o desejado após as refeições. É claro que nem todas as pessoas sabem fazer uma escovação correta. Eu acho que isso prejudica muito porque fica uma coisa assim, digamos, superficial. Até eu acho que age ali a nível bacteriológico, não sei. Mas não é ainda eficaz. Às vezes, de repente, uma escovação ou duas, mas bem feita, até pela própria questão econômica que as pessoas não sabem nem utilizar a pasta de dente. Mila

Se tu não cuidar dos teus dentes vai cariando, vai apodrecendo, vai caindo, dá uma infecção, já aconteceu, o dente tens que escovar todo dia, não pode deixar, é a mesma coisa que tomar banho todo o dia, a mesma coisa é cuidar dos dentes, se não tomar banho vai ficar doente, a boca é a mesma coisa. Jacira

O imaginário e a saúde bucal

O mundo imaginário da saúde bucal é repleto de mitos e crenças e alguns deles foram revelados pelos participantes. Considera-se importante conhecê-los para a melhor compreensão de algumas atitudes e comportamentos traduzidos em práticas reais de cuidado à saúde bucal que se perpetuam e são geradoras de preconceitos, estigmas e descuidado. Nestes casos, tais desvios devem ser combatidos e estabelecida a prática adequada, com a disseminação de informação e estímulo ao conhecimento transformado.

Dizem, mas eu não sei, porque bisavós, avós e tudo, sempre fumaram. Isso não pode servir de parâmetro, mas eles fumaram muito, fumavam aquele cigarro de palha enorme e tinham boca sadia e tudo. Eu acho que inclusive o fumo não atrapalha com a saúde bucal, eu acho que não. Ademair

A gente tem que tirar da nossa cabeça que “ah, os brasileiros são desdentados”. A gente [...], eu acho que tem que tirar da cabeça, tem que mostrar que mudou, a geração é outra. Felícia

Sentindo dor/desconforto

A dor e a sensação de desconforto são relatadas pelos participantes como associadas à temática da saúde bucal. Uma dor de dente é considerada uma coisa terrível, só sabendo o que é aquele que já a sentiu. Muitos já passaram por esta situação ou assistem outros convivendo com esses problemas. Os participantes apontam que muitas pessoas só dão importância à saúde bucal quando surge uma dor e só então partem em busca de tratamento. Há pessoas que escondem ou mascaram a dor.

Porque o camarada já vai ao dentista às vezes com uma dor terrível nos dentes, não tem nada que pare. Aí, e já vai lá e “vamos arrancar, vamos um alicate”, aí o cara já fica [...]. Ademair

A gente sabe o quanto dói um dente. Quando o dente dói é porque dói mesmo assim. Por que é muito doloroso uma dor de dente. Nossa! Eu lembro quando eu era criança assim [...]. Imagina isso para um idoso que já não tem aquele sistema, não tem defesa, está debilitado, às vezes está acamado, às vezes é atrofiado, às vezes não tem todos os membros nem para se locomover. Mila

Eu acho que as pessoas dão (importância) quando dói alguma coisa. Fora isso, eu acho que vai deixando. “Ah, eu estou com uma manchinha aqui, acho que eu estou com um tártaro ali, acho que eu estou com uma gengivite aqui, eu estou escovando e está sangrando, mas não está doendo ainda, deixa para semana que vem, deixa para depois”. Marta

A atenção à saúde bucal: prioridades e valores

Os participantes reconhecem que não é dimensionado corretamente o valor da saúde bucal já que descuidá-la não traz risco de vida imediato. A saúde bucal não é considerada tema prioritário nas organizações. O profissional dentista está excluído ou em segundo plano na equipe de saúde. Com relação ao idoso, a questão se agrava devido à falta de dentes e à percepção errônea de que por isso não necessita de cuidados de saúde bucal. As práticas que visam à prevenção são direcionadas, privilegiando o público infantil. Embora haja o reconhecimento de que houve uma evolução em termos de conscientização, os participantes acreditam que a saúde bucal ao não ser lembrada ou não se fazer lembrar perde espaço de atuação.

Eu já parei para pensar sobre isso também. Eu fiquei pensando: mas por que, por que, por que? Aí eu pensei no sentido assim: por que a pressão alta, ela me mata. Se eu não fizer a higiene: eu vou dormir e não vou fazer e não vou morrer por causa disso. Eu acho que é nesse sentido. Pela prática, a convivência com os pacientes, com as pessoas, é nesse sentido: o meu problema não vai ser agora. Eu não vou ter as conseqüências imediatas. Nem sei se eu vou ter. Ter? Tem. A gente sabe que tem. Eu acho que não vai ter o resultado, daquela minha falta de cuidado, de imediato. Vai ser um pouco mais futuro. Por isso que talvez não seja visto pelos profissionais também, que não é só os pacientes, pelos profissionais, como prioridade. Carla

Mas o mundo não está preparado para essa coisa do idoso. Acho que não se tem ainda esse pensamento, eles sempre colocam outras prioridades, sempre tudo é mais importante que a saúde bucal, tudo é mais importante do que o dentista. O enfermeiro é mais importante num hospital do que um dentista. O médico é muito mais importante. Então, eu acho que é uma construção mesmo. Paula

[...] em X os grupos de idosos, são coordenados pela Enfermagem, então, elas sempre esquecem que as pessoas têm boca e o profissional (dentista) também esquece de lembrar isso. Então, acaba se perdendo, eu acho que se perde um espaço, uma possibilidade grande de estar intervindo, contribuindo, por isso. Se o grupo (de idosos) não lembra, o profissional também não está fazendo questão de lembrar. Isso eu acho que é um defeito nosso. Plínio

Compreendendo a saúde bucal como fundamento para dignidade humana e cidadania

Ao elaborar o significado da saúde bucal foram também incluídas questões relativas à defesa do direito à saúde e aos direitos humanos. A saúde bucal é considerada uma questão de dignidade humana e cidadania e deve ser reivindicada pelas populações, especialmente aquelas mais negligenciadas, como os idosos. Reconhecer o idoso como cidadão é estimular o exercício do respeito aos seus direitos relacionados à saúde e à saúde bucal. Os participantes reportam que os próprios idosos não possuem noção clara de seus direitos, sendo considerados alienados e apáticos frente às suas demandas e necessidades. A provisão de saúde bucal significa inclusão social e revela a superação da fase de apoio caritativo para uma fase de resgate da cidadania.

E o idoso é relegado em segundo plano, é tido como [...]. É, mas não dá para ser assim, considerar o idoso como um cidadão de segundo escalão. Não tem como. É um ser humano. Leinir

A saúde bucal representa, na realidade, cidadania. E a cidadania quer dizer o resgate do próprio respeito e dignidade da pessoa. E eu digo resgate porque infelizmente as pessoas hoje estão sem dentes. Elas não deviam estar sem dentes, nós não devíamos estar trabalhando resgatando, né? Então, na realidade, significa hoje o resgate da cidadania, da dignidade, do respeito que deve se ter com a pessoa do idoso. Hercílio

Categoria: “Determinando as condições de saúde bucal”

Refletir sobre o tema do cuidado à saúde bucal leva os participantes a considerar os fatores determinantes das condições de saúde bucal. Consideram determinantes tanto os elementos causadores de disfunções/patologias como os elementos capazes de preveni-las. Ao delimitar as causas, são elaboradas justificativas para explicar o estado de saúde bucal atual, particularmente das pessoas idosas, identificando o que deve, ou não, ser praticado em termos de cuidado à saúde bucal com vistas à prevenção. Os participantes revelam que os determinantes da saúde bucal referem-se às esferas individuais e coletivas, considerando o papel do autocuidado, da educação e

dos serviços de saúde. A condição de saúde bucal é resultado de um processo que considera as experiências de vida das pessoas, sendo influenciada diretamente por questões de espaço e tempo, numa perspectiva histórica.

As subcategorias que compõem a categoria “Determinando as condições de saúde bucal” são:

- CUIDANDO DE SUA SAÚDE BUCAL
- DEMONSTRANDO A IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO/ORIENTAÇÃO/EDUCAÇÃO NA SAÚDE BUCAL
- RELACIONANDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL COM SERVIÇOS DE SAÚDE
- REVELANDO O MEDO DO DENTISTA
- RELACIONANDO A SAÚDE BUCAL A VIVÊNCIAS E AO COTIDIANO
- VIVENDO O ONTEM E O HOJE NA SAÚDE BUCAL E NA ODONTOLOGIA

Cuidando de sua saúde bucal

A deficiência e ausência de práticas pessoais de cuidado são consideradas determinantes das condições de saúde bucal dos indivíduos. Na óptica dos participantes, as ações pessoais de cuidado à saúde bucal são de duas ordens: uma referente ao cuidado de si (autocuidado) e outra referente à busca da atenção odontológica a ser fornecida pelo profissional cirurgião-dentista. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Revelando práticas de autocuidado

Os participantes reconhecem que práticas de autocuidado determinam as condições de saúde bucal das pessoas e, em conseqüência, assumem que o indivíduo também é responsável pela manutenção da sua saúde bucal. As pessoas no exercício do autocuidado são capazes de realizar muitas ações que colaboram para a preservação da saúde bucal. Todavia, nem sempre isto ocorre. Se o objetivo da higiene

bucal, da limpeza das estruturas que compõem a cavidade bucal, é a saúde bucal então se devem imprimir esforços no sentido de garantir estimular esta prática. Nesse sentido, os participantes citam uma série de procedimentos de higiene bucal como a limpeza dos dentes por meio da escovação, limpeza das mucosas bucais, a limpeza de próteses removíveis, o uso de creme dental, do fio dental, do flúor, e de enxaguatórios bucais. Outro fator valorizado é a frequência em que estas práticas são realizadas, o momento do dia e os materiais utilizados. A necessidade de incluir a higiene bucal nos hábitos diários de cuidado é reconhecida pelos participantes que associam saúde ao hábito de cuidar de si. Também são lembradas questões associadas à qualidade da alimentação.

Eu tomo cuidado com a dentadura, escovo todos os dias, tiro as coisas, escovo, não posso passar sem ter escovado, que fica aquele mal-hálito na boca, a pessoa, não tem quem cuida né, então aí eu cuido bem da dentadura, escovo. [...] Tenho cuidado com a boca, e tudo. Quando acabo de comer, às vezes tomo água, lavo a boca, escovo os dentes, para não ter aquele mau-hálito. [...] Durante o dia, quando acabo de almoçar, lavo, escovo os dentes, já lavo a boca tudo direitinho, tenho o maior cuidado. Romilda

[...] algumas coisas na vida da gente tem que ter essa rotina, tem que ser fixas. Levantar de manhã, escovar os dentes, arrumar o cabelo. Tem coisas que não tem como mudar. Só se for melhorar. Escovar mais vezes, ou cuidar mais, mas dizer que vai mudar, porque isso é rotina, não. Eu acho que tem coisas que tu tens que colocar na tua rotina. Marta

Seguindo as orientações de cuidado fornecidas pelo dentista

A procura pelo profissional dentista constitui segundo elemento importante na realização de ações de cuidado à saúde bucal. O vínculo entre as condições de saúde bucal e o contato com o profissional, seja com objetivos informativos, preventivos ou curativos, revela a dependência que os participantes identificam entre condição de saúde bucal e ida ao dentista. No âmbito da informação, o papel do dentista é o de orientar, indicando o que e como fazer as práticas de cuidado, e o das pessoas é seguir essas orientações na medida do possível. Há o entendimento que o contato com o dentista deve ser freqüente com o objetivo de detectar problemas ou tratá-los ainda em um estágio precoce.

É, como às vezes eu vou no dentista, eu vou sempre de ano em ano, às vezes eu sei que eu não tenho nada, mas para fazer uma limpeza, até para o dentista me auxiliar: “ah, leva a tua escova de dente, que tu não estás escovando muito bem, eu vou te explicar como é que é”. Daí ele viu que a minha escova, a cerda estava meio aberta, daí ele assim: “não, tens que trocar”, me explicou qual era a melhor escova, que eu não sabia, que ele sempre me passa. Felícia

O dentista orienta muito. O dentista, olha, eu acho que é muito bom. Eles dizem como é que tem que fazer. Geralda

Significa escovar a cada refeição, como o dentista manda. Escovar corretamente de cima para baixo, etc e tal. Passar fio dental. Ir ao dentista para fazer os tratamentos, inclusive os branqueamentos, os tártaros, etc e tal, de limpezas. E de vez em quando bochechar com algum Malvatricim da vida, para que a higiene seja mais perfeita ou alguma outra coisa que temos, que está aí a nossa disposição. E é isso. E cuidar para que a mastigação seja correta e também olhar, o dentista vai me dizer se eu preciso de algum corretor, algum aparelho, alguma prótese, ele vai me dizer. Erta

Demonstrando a importância da informação/orientação/educação na saúde bucal

A quantidade, qualidade e o tipo de informação que as pessoas possuem sobre cuidado à saúde bucal emergiram como fatores determinantes da condição de saúde bucal. Os participantes consideram que, embora somente o fato de possuir informação não garanta boas condições de saúde bucal, ela cumpre um relevante papel no desempenho das práticas de cuidado à saúde bucal, tanto no autocuidado como no cuidado a terceiros (filhos, idosos,...). Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Não possuindo informação suficiente sobre saúde bucal

O déficit de informações e conhecimentos sobre cuidado à saúde bucal é considerado causa de uma má condição de saúde bucal, abrangendo não só os espaços informais como também espaços formais de educação.

Os participantes acreditam que as pessoas que não receberam informações ao longo da vida estão em desvantagem, pois não foram orientadas a realizar adequadamente práticas de cuidado à saúde bucal. Ainda hoje, reconhecem que há muita falta de conhecimento sobre saúde bucal e conseqüentemente as pessoas não sabem como proceder. Especificamente com relação à saúde bucal do idoso, justificam

a falta de cuidados pela falta de conhecimento das gerações passadas, o que resultava na ausência de cuidados para manutenção dos dentes.

Eu morava bem no interior. Lá não tinha muito assim, como é que se diz, guri pequeno ainda, não tinha muito esclarecimento, nem nada, os pais também não eram muito esclarecidos. Quer dizer, que eram bem esclarecidos na época deles para eles, mas a gente não [...]. E aí aquela coisa, pois a minha ignorância que eu estava esperando por uma outra substituição de dente, e aí de repente me dei conta que o que caía não voltava mais, aí era tarde demais. Ademar

Por isso eu perdi vários dentes. Por que não tive uma orientação adequada, não escovava direito, matava as minhas escovações. E por isso eu perdi dentes. [...] Não perdi todos, mas os que eu tenho perdido foi por falta de esclarecimento. De informação, que naquele tempo não se tinha dentistas especializados. E os pais da gente também, que os primeiros instrutores da gente, são os pais, que também não tinham. Meu pai não, mas minha mãe usou dentadura em cima e em baixo, sinal que ela não cuidou. Aí não ensinou também a gente a cuidar. Erta

Buscando informação sobre saúde bucal

Ao reconhecer a influência da aquisição de informações nas condições de saúde bucal, os participantes demonstram a necessidade de movimentarem-se em direção a fontes de informação. Apontam a família, a escola, a mídia e os serviços públicos de saúde e privados como espaços de transmissão de conhecimentos e de aprendizagem, gerando como consequência o despertar de uma nova consciência e mudanças de atitude com relação às práticas de cuidado. É a partir da interação com outras pessoas que se desenvolve esse processo: entre pais e filhos, entre profissionais da saúde e seus pacientes, os profissionais entre si, entre professores e alunos. O processo educacional continuado por toda a vida é o formador da consciência que valoriza a saúde bucal.

Acho que ainda o conhecimento meu ainda é limitado sobre isso (saúde bucal). Acho que teria que ter muito mais informação sobre esse assunto. Mas a gente tem a experiência da prática, a experiência profissional da prática, e a experiência pessoal. Que tu também vai no dentista, ele também te orienta, tu tem colega da área. Nesse sentido. Uma mistura. Carla

Vem, vem pela mídia, vem muito (informação). Ou o próprio dentista...hoje ensina o paciente a escovar como tem que fazer usar o fio dental hoje tem... Hoje eu vejo fazer isso. Jacira

As pessoas que tem educação, que vai a escola, que tem, assim, uma vida normal, uma pessoa [...]. Partindo da parte criança até o adulto, se ela tem uma educação ela vai ter consciência. Caso contrário, se ela não tiver educação ela não vai ter consciência de nada. [...] Falta conhecimento. Falta informação.
Luciano

Relacionando as condições de saúde bucal com serviços de saúde

O cuidado à saúde bucal é visto como intrinsecamente ligado ao sistema de serviços públicos e privados de saúde. Para os participantes, a condição de saúde bucal da população depende diretamente da acessibilidade aos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, e da disponibilidade de tratamento. A atenção odontológica é vista como mercadoria a que só tem acesso aquele que por ela pode pagar. A falta de recursos financeiros que garantam atendimento por profissional dentista particular compromete a possibilidade de receber dele os cuidados no momento em que necessite. Com isso as pessoas de menor poder aquisitivo dependem dos serviços públicos. A insuficiência, a dificuldade e a total falta de acesso aos serviços de saúde bucal públicos são levantadas como fatores que comprometem as condições de saúde bucal da população.

É mais complicado. Tem que marcar com o dentista, vai uma vez lá, outra, pega a receita, tem mais [...]. Hoje em dia tem que ter dinheiro. Vai lá no dentista, trata dos dentes. É na pobreza que se vê isso, porque quem tem dinheiro você não vê (ter dificuldade de acesso). Geralda

A gente não tinha recursos, né? Até para procurar um dentista era uma dificuldade, depois pobre, bastante pobre, ainda não tinha acesso a dentistas. Foi com muita dificuldade que fiz minha primeira prótese. Ademar

Revelando medo do dentista

Os participantes confessam que construíram na figura do dentista referenciais de medo, dor e sofrimento. Esse é um fator a ser levado em conta quando se discute os motivos pelos quais as pessoas evitam procurar o dentista, constituindo uma verdadeira barreira entre o indivíduo e a ajuda profissional. Relatam também que as gerações passadas sofreram mais com situações traumáticas e que esse sentimento se projeta

nos dias de hoje. Alguns participantes admitiram ter medo de dentista e apontaram que muitos idosos têm resistência à figura do dentista justamente por suas vivências passadas.

Também eu sou de uma época, já de sessenta anos, em que não existia tanto recursos, nem dentistas especializados. Então, era só aquela broca a pedal ainda. A gente tinha muito medo. Então isso fazia com que a gente corresse do dentista. E quanto mais corria, menos escovava e mais acontecia de perder os dentes. Erta

Tem muita gente que não vai ao dentista de medo...eu era uma que quando era pequena...tinha medo! A minha filha essa semana foi no dentista e diz: "ah mãe que medo!!! ai, tô com medo de ter que tomar anestesia!!" "Olha...não vai fazer como a mãe, a mãe com tanto medo de dentista que hoje meus dentes estão com problema." Agora eu quando era pequena tinha medo, tremia...sentava na cadeira tremia que não agüentava. [...] Por esse negócio, medo do dentista eu olho para trás e pergunto: meu Deus por que eu tive tanto medo? Jacira

Relacionando a saúde bucal a vivências e ao cotidiano

A saúde bucal está relacionada às vivências de cada indivíduo e às experiências cotidianas. O estilo de vida, o ambiente em que vive, hábitos de cuidado à saúde, e aspectos financeiros são componentes citados pelos participantes:

Relacionando a saúde bucal ao estilo de vida

Individualmente ou em grupo, as pessoas vivenciam e lidam com seu mundo, definem seu modo de agir e fazem escolhas, caracterizando seu estilo de vida. Para os participantes, o estilo de vida interfere nas condições de saúde bucal e na qualidade do autocuidado à saúde bucal. Os participantes reconhecem que são vários os fatores que influenciam as práticas de saúde bucal. Diferentes culturas, história, circunstâncias da vida, hábitos de higiene, modo como as pessoas manejam seu tempo para cuidar da saúde bucal, tudo define estilos de vida, que em última análise, conformam padrões de cuidado.

Eu acho que é pela própria cultura do povo. Às vezes é um ou outro idoso, que a gente sabe também que isso influencia muito, a classe econômica. E se veio de uma família que existe a prevenção, isso é uma consequência. Ele vai ter a

boca sadia. Vai ter não todos os dentes, mas, de preferência, os principais para fazer a mastigação. [...] Mas, eu acho que também existe a questão na fase adulta, dele também ter procurado uma assistência. Que daí isso já não é mais uma questão de base de família. Isso aí já é uma questão de desenvolvimento dele mesmo com o meio. Se ele procurou se cuidar, se ele não procurou, se o meio influenciou, se, por acaso, a esposa já vinha de uma cultura que fazia a prevenção. Então, eu acho que tem que ver um contexto geral e não ver uma coisa específica de como ele está. Mas procurar também explorar a história dele. Isso é muito importante. Mila

Eu gosto de tirar por mim. Hoje foi um dia que almocei, estou ali com a minha pasta e a minha escova, e já peguei da minha bolsa. Já está ali, mas eu não, mas o meu tempo não permitiu ainda, porque a hora que eu fui, chegou alguém, daí eu acho que o tempo influi bastante, influencia demais. O tempo, e aí eu acho que o desleixo mesmo. Se não é o tempo... Marta

Relacionando a saúde bucal à situação de renda pessoal

A insuficiência de renda pessoal e familiar compromete a saúde bucal das pessoas por ser barreira ao acesso a tratamento profissional bem como aos materiais minimamente necessários para a realização da higiene bucal. O tratamento odontológico é considerado de alto custo pelos participantes, não podendo ser financiado pela maior parte da população. Os participantes reconhecem que se o indivíduo possui recursos, consegue tratamento odontológico e conseqüentemente tem melhores condições de saúde bucal. Levantam também a questão de que existem diferentes soluções para as demandas em saúde bucal e que essas se dão em relação ao nível de renda das pessoas. Reportam que a informação é condição necessária mas não suficiente para assegurar práticas de cuidado, pois tudo depende da disponibilidade de recursos financeiros.

Aí não é a mesma coisa que a gente conversar com uma pessoa instruída. A pessoa com condições financeiras, com condições de manter um padrão de vida melhor, claro que vai manter os dentes. Agora, uma pessoa com condições precárias e sem grana, sem instrução claro que vai perder os dentes. Isso depende muito das condições financeiras. Isso aí é uma coisa que todo mundo acho que nota isso, uma pessoa que tem condições financeiras melhor, é muito bem [...], vive melhor. Claro! Luciano

Principalmente nas classes que têm mais dinheiro, vamos supor. Por que nas favelas continua a mesma coisa. Apesar deles saberem a informação, eles não têm a pasta dental, não têm o flúor, não têm a escova de dente e não têm o hábito. Também é diferente. Muito. A gente que mora próximo às favelas vê a diferença das crianças de lá e as nossas crianças de escola. Eu também vim da educação e convivi trinta anos com crianças. Então, a gente ensinava,

ensinava, mas em casa não tinha. Não adiantava ficar com a escova aqui. Então, lá na favela existe muita desinformação ou até não, a informação tem, mas não tem como cumprir. Para eles a realidade é outra. Erta

Relacionando a saúde bucal ao contexto familiar

À família é conferido o papel principal: repassar as informações, sob forma de orientação ou de exemplos práticos, sobre os cuidados à saúde bucal aos seus membros. Segue-lhe a escola. No seio da família podem ser adquiridos ensinamentos e hábitos que acompanharão a pessoa ao longo da vida. Aos pais cabe o cuidado à saúde bucal dos filhos, sendo que a mãe é citada como cuidadora principal, guardiã e responsável pela saúde bucal do marido e dos filhos. O idoso também cumpre seu papel no momento que sua condição de saúde bucal se diferencia das gerações mais jovens, contribuindo com sua experiência para orientar os netos.

[...] a minha mãe, a minha mãe pegava, às vezes eu não queria, fugia dela pelos braços, ela me pegava, eu lembro que eu ficava escovando a língua também. Hoje em dia não, hoje em dia não preciso ir com a minha mãe, eu tenho formação, eu vou lá sozinha, mas antes não. Eu me lembro que passar fio dental, a minha mãe estava sempre ali comigo nos braços, estava sempre passando fio dental [...]. Felícia

A mulher assume tudo por natureza. Eu acho que é complicado porque assim, às vezes, eu me sinto sozinha em cuidar dos dentes de todo mundo, da família. Às vezes do marido também. Por que, às vezes, a gente não sabe como lidar. Tinha uma época que era bom eu mandava ela (a filha) escovar os dentes, ela aceitava bem. Agora está difícil. Ela não quer escovar o dente. É difícil fazer escovar o dente. Paula

Relacionando a saúde bucal a hábitos alimentares

A condição de saúde bucal das pessoas depende também dos hábitos alimentares que praticam ao longo da vida. É amplamente mencionado pelos participantes que a ingestão de alimentos ricos em açúcares causa cárie dentária. A falta de nutrientes, como cálcio, é vista como motivo para perda dentária. Alguns participantes, entretanto, acreditam que não há uma compreensão por parte da população sobre a relação entre qualidade da alimentação e saúde bucal.

[...] comia-se muito rapadura. [...] é um veneno para os dentes, aí provoca cáries, [...] bem gurizinho já tinha problema de cáries [...]. Enfim, evitar muito, como eu digo, a tal de rapadura, isso aí para mim foi uma coisa incrível, isso me fez muito mal. Ademar

Que a gente sabe que a alimentação interfere em tudo, não só na saúde bucal, mas em tudo. [...] A questão do dente também, a coisa de comer só doce, por exemplo, influi porque daí tu vai precisar escovar muito mais. E essa vida corrida da gente, a gente mal tem tempo de escovar, o que é mínimo. E a coisa de estragar mesmo. Dá cárie, por que se tu come muito doce. Paula

Vivendo o ontem e o hoje na saúde bucal e na Odontologia

Enumerar os determinantes das condições de saúde bucal implica referência a uma perspectiva temporal, contextualizada. Há uma tendência dos participantes em contextualizar e comparar no tempo as condições de saúde bucal, os procedimentos odontológicos e as posturas pessoais, considerando então um momento passado e outro atual, diferenciado e mais evoluído. Apontam um processo de atualização, de aquisição de informação e desenvolvimento de novas tecnologias que se reflete em mudanças nas práticas de cuidado à saúde bucal, tanto daqueles que cuidam como daqueles que recebem os cuidados. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Percebendo mudanças no quadro epidemiológico

Os participantes observam nitidamente que as condições de saúde bucal das pessoas têm modificado para melhor quando comparadas com tempos passados. Percebem as diferenças entre gerações, sendo que as mais jovens mantêm e cuidam mais dos seus dentes. Com relação aos idosos, embora reconheçam que apresentem piores condições de saúde bucal, é observada uma melhoria, caracterizada principalmente pela manutenção de um maior número de dentes. Acreditam que gerações futuras padecerão menos de problemas de saúde bucal.

Por que eles (os idosos) têm uma condição, eles têm uma situação dentária muito precária em relação às crianças de hoje que serão idosos no futuro. Sérgio

A gente percebe que no tempo, eu falo da prática que eu tenho, do período que eu tenho de atuação na clínica, eu vejo que realmente o perfil (epidemiológico) foi modificando e a condição de saúde bucal também modificou independente da faixa etária. A gente vê que mesmo aqueles com mais idade, eles aparecem com condições melhores e com mais dentes. E, às vezes, isso também implica em mais problemas. Então, eu vejo que isso já está acontecendo, já é uma realidade que a gente tem. Plínio

Disseminando informações e surgindo o debate sobre saúde bucal

Os participantes observam que vem ocorrendo um processo de mudança gradual no que se refere à disseminação de conhecimentos/informações sobre saúde bucal. Aos poucos se discute saúde bucal e assuntos relacionados em diferentes meios, da mídia à academia. A saúde bucal tem sido abordada com mais frequência e a informação tem se aproximado das pessoas. Há uma maior preocupação com a manutenção de boas condições de saúde bucal e consciência da importância da saúde bucal na vida das pessoas. Particularmente no campo do cuidado à saúde bucal do idoso há o crescimento do interesse pela área.

Acho que mudou. Eu nunca havia falado muito em fio dental...no meu tempo não se ouvia falar. Não sei se era divulgação...eu não me lembro. Hoje a gente vê na mídia passa muito que tem que usar fio dental, propaganda de fio dental, quando eu era pequena eu não me lembro. Jacira

A gente sabe que hoje em dia é moda a odontogeriatria. Quer dizer, não é que é moda, mas é uma especialidade que está crescendo muito. Salete

Alterando o comportamento com relação às práticas de cuidado à saúde bucal

Da mesma forma, o comportamento das pessoas em relação às práticas de cuidado à saúde bucal vem se alterando no decorrer dos anos. Hoje em dia são estimulados e praticados cuidados preventivos desde a mais tenra idade: hábitos de higiene bucal, visitas ao dentista, controle da alimentação. Os participantes acreditam que atualmente as pessoas cuidam mais da sua saúde bucal, pois estão mais conscientes e possuem mais recursos disponíveis. Também acreditam que agora as

pessoas procuram mais o dentista, não somente em situações de urgência mas para realização de procedimentos preventivos.

Mas hoje esse vovozinhos mais moderninhos que têm aí têm muitos que tem os dentes vão cuidando, e os mais antigos vão perdendo todos, ou então perde por alguma doença própria da boca, daí não sei dizer. Jacira

Isso é esperado porque não se pensava em cuidado da higiene bucal. Não existia isso, é uma coisa muito recente. Eu acho que a nossa geração é que vai ter essa mudança. Por exemplo, a primeira dentição, era comum tu achar uma criança com a primeira dentição com cárie. “Não precisa, vai sair o outro dentinho. Não tem problema.” Então isso é questão das vivências do nosso ambiente. Carla

Percebendo mudanças na postura e na formação do profissional dentista

Os participantes relatam perceber ampliação e mudança na formação de profissionais dentistas. A nova formação se traduz numa postura mais competente e menos grosseira, segundo os participantes. Houve uma ampliação do campo de atuação da Odontologia, que ocupou novos espaços. Os participantes consideram que a Odontologia está mais avançada tecnologicamente, o que traz benefícios quanto a opções/modalidades de tratamento e manutenção da saúde bucal, utilizando novas/modernas técnicas, materiais e procedimentos (atitude mais preventiva, aplicação de flúor, anestésicos, materiais restauradores, suavidade, novos medicamentos, implantes, rapidez dos procedimentos, etc...). Ressaltam a nova postura voltada à preservação dos elementos dentais. Observam uma melhora generalizada nos serviços de saúde bucal, públicos e privados.

Por que a gente vê o crescimento de todas as profissões. A gente percebe isso com a própria evolução, com o próprio progresso da sociedade, a gente vê a Medicina, a Odontologia, a Enfermagem, o próprio Serviço Social, tudo, a gente vê que muda. E antes o dentista era visto, para mim, como um carrasco. Que a gente ia para a cadeira para sofrer. E agora não, porque vem a questão do preventivo também. Antes era só do curativo, do imediato, da dor. E agora não, agora eles vêm, eles explicam, dizem o que é. A coisa do preventivo mesmo. Então, eu acho que a própria Odontologia chegou mais perto assim das pessoas, da sociedade. Paula

Percebendo mudanças na relação profissional-paciente

A relação profissional-paciente mudou com o passar dos tempos. Antigamente, o dentista produzia sensação de medo nas pessoas. Hoje procura-se estabelecer uma relação de confiança.

Os relatos dos participantes de maior faixa etária revelam que, antigamente, dentista era sinônimo de pavor, medo e sofrimento. Muitos participantes foram atendidos na infância por dentistas “práticos”. A perda de dentes era considerada uma coisa normal. Os procedimentos realizados eram mais invasivos e na maioria dos casos o recurso final era a extração dentária. A falta de acesso ao dentista nas proximidades da sua residência e a dificuldade de realizar procedimentos mais complexos era uma constante para as gerações passadas.

Não sei porque isso, naquele tempo dentista era pavor. Você ia sentar, você já era um rapaz grande, parece que ia ser triturado, arrancar a língua ou a cabeça da gente, uma coisa horrível. Hoje eu posso saber que a maioria daqueles foram bons também, foram abnegados, tiveram a sua época. [...] Porque naquele tempo eu acho que nós não tínhamos também bons profissionais na área, né? Faltava um pouco, porque a maioria ainda era “prático”. Então prático é prático, e hoje não, a gente senta numa cadeira de dentista, senta com confiança, porque sabe que vem duma universidade, duma coisa, aí tem aquela confiança. Ademar

Que tinha que cuidar dos dentes, tinha que cuidar dos dentes para mais tarde não ficar feio, porque eu nasci e me criei numa, numa fazenda. Então era tudo muito difícil. A gente ia até lá no dentista, vinha, que era tocado a manivela ainda, sabe? Com o pé. Então era muito dolorido, doía muito. Naquela época eu acho que não faziam injeção para fazer, não faziam anestesia. Sofrido. Bah, muitas vezes desmaiei na cadeira. [...] Tudo muito difícil. Sítio é muito difícil, muito longe. A gente passava esse problema. Sim, porque ia lá, ele ficava dias lá e depois ia embora. [...]. Até para comprar pasta de dente, o dentista até trazia para vender. Não tinha. Geralda

Uh, era bem difícil. Aí ia no Departamento de Saúde Pública, ia lá, tirava os dentes. Era para os pobres ir lá, iam tirar os dentes. [...] Não tinha escova. Limpava com aqueles pedaços de fumo. Romilda

Categoria: “A saúde bucal e o processo de envelhecimento”

Compreender o significado do cuidado à saúde bucal fornecido à população idosa em diferentes contextos e circunstâncias motiva o aprofundamento da reflexão

sobre a saúde bucal e sua relação com o processo de envelhecimento humano. Nesta categoria são contemplados aspectos que definem as particularidades da saúde bucal e das práticas de cuidado correspondentes, dirigidas à pessoa idosa. Os participantes definem uma imagem do idoso, focando nas singularidades da sua condição de saúde e saúde bucal. Considerando as múltiplas variáveis que estão associadas à dinâmica do envelhecimento humano, em especial aquelas relacionadas aos processos de saúde-doença, revelam as especificidades do cuidado à saúde bucal para os idosos e as conseqüências dessa experiência para a vida em sociedade.

As subcategorias que compõem a categoria A SAÚDE BUCAL E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO são:

- CONHECENDO E DESCREVENDO O SER IDOSO
- CUIDANDO DA SAÚDE/SENDO CUIDADO (O IDOSO)
- CARACTERIZANDO A SAÚDE BUCAL DO IDOSO
- CUIDANDO DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO
- CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO
- CONTINUIDADE DO CUIDADO À SAÚDE AO LONGO DA VIDA
- O COMPORTAMENTO DO IDOSO EM RELAÇÃO À SUA SAÚDE BUCAL
- VIVENDO EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
- OBSERVANDO O IMPACTO DO ENVELHECIMENTO

Conhecendo e descrevendo o ser idoso

Os participantes idosos falam de si, de sua história e condição de vida, e aqueles que convivem, cuidam, ou trabalham pelos idosos descrevem-no como o objeto das ações de cuidado, observando suas características corporais, de saúde e saúde bucal. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

(Re)vivendo o passado

Responder às questões de pesquisa fez com que os participantes revivessem o passado, recordando os momentos vividos na infância e selecionando lembranças relevantes que merecem menção por que explicam a sua condição atual. Principalmente os idosos procuram recuperar a história de sua vida, comparando o estilo de vida de tempos passados com o experimentado nos dias atuais e percebendo muitas diferenças. A infância de muitos foi vivida num ambiente rural, religioso e em alguns aspectos mais saudável. Entretanto, o idoso teve menos oportunidades de atingir altos níveis de educação formal, alcançando a fase idosa muitas vezes sem saber ler nem escrever. O idoso é considerado importante veículo de transmissão de valores e cultura no seio da família, merecendo por esse motivo todo respeito das gerações mais novas.

Eu sou aquela mesma pessoa que eu me criei assim, eu sou muito conservacionista. Eu me criei assim, assim, até com a religião, com obediência aos ensinamentos que me foram dados. Quando eu era bem pequeno, que eu fui morar muito perto de seminário, de padres. Os padres reuniam nós para fazer joguinho de futebol, trazendo a gente, trazendo a gurizada, como eles fazem hoje em dia. Então me criei ali, assim, sempre seguindo os ensinamentos do padre, continuo mantendo isso até agora, e procuro sempre manter a calma, se bem que algumas vezes é meio difícil, a gente até se altera um pouco.
Ademar

Então, eu avalio esses idosos pela minha história que foi assim. Que tive pai e mãe analfabetos e eles (idosos) não foram diferentes de mim. A maioria são analfabetos. Eu tenho uma de noventa e sete anos que é dentista, uma, uma dentista, pianista, motoqueira e paraquedista. Ela é uma exceção. E escritora. Quer dizer, ela foi tudo que uma pessoa poderia ser. Está aqui conosco. Mas, e além de ser dentista, ela está com prótese. Erta

Definindo o ser idoso

Definir quem é o indivíduo idoso é uma tarefa sensível/delicada pela dificuldade de se selecionar parâmetros de avaliação que indiquem se a pessoa alcançou/ingressou a fase idosa da vida. Ao considerar a vida como uma sucessão de fases, a velhice seria considerada a última delas. Os participantes consideram a velhice uma etapa difícil, principalmente pelas perdas que se acumulam ao longo da vida. A

condição de saúde dos idosos quando deficiente pode trazer como conseqüências diminuição da autonomia e aumento da dependência fazendo com que a velhice seja comparada à infância. O idoso é reconhecido como ser de sabedoria e experiência, que pode contribuir com suas idéias e conselhos e que deseja sair do isolamento e interagir com as pessoas e com o meio. A maneira como o idoso se vê, vê o outro e o que pensa sobre envelhecimento deve ser tomado em conta para compreender como a pessoa idosa lida/encara a vida e entender seu comportamento. É recorrente a observação que o idoso é um ser carente e desmotivado e incapaz para o mercado.

Que para ele já é tão difícil essa fase. Alguns atravessam bem. Outros é uma etapa assim de muito sofrimento, de muita dor, muita perda. Não só física, orgânica, mas, perda de entes queridos que deixam para trás. Principalmente, no caso do idoso institucionalizado. Alguns são até abandonados pela própria família. Isso é muito triste, a gente acompanha isso dia-a-dia. [...] Por que apesar de tudo elas são muito criativas. Tu se surpreende quando começa a escutar. Por que além de tudo elas têm sabedoria, têm vivência. E sempre os conselhos de um idoso são sábios. Mila

Eu acho que é como se vê o envelhecer, o ser idoso. Dá a impressão assim: "eu estou indo para a morte." Dá a impressão que nada mais me interessa. Vendo essa fase como algo negativo, o fim. Então não tem aquela perspectiva de vida, então, por que me cuidar? É uma coisa mais complexa, é auto-estima, é como ele vê a vida. Isso tudo está influenciado nesse comportamento. Carla

Percebendo o corpo e a saúde do idoso

A saúde do idoso é vista como debilitada devido ao acometimento de diversas patologias concomitantes bem como outras condições resultantes do próprio processo de envelhecimento que determinam a fragilidade orgânica do corpo. Os participantes citam principalmente as doenças crônico-degenerativas como diabetes, hipertensão, osteoporose, artrose, e outras como depressão, infecção urinária ou pelo HIV. Outras situações percebidas que limitam as possibilidades dos idosos são a diminuição da acuidade visual, diminuição da coordenação motora, constipação, pouca mobilidade, lapsos de memória, risco a quedas. O estímulo ao estabelecimento de interações, contatos, e às relações sociais são considerados capazes de alterar o comportamento dos idosos, a maneira como percebem sua saúde.

E a gente que tem experiência com idoso sabe é uma idade de, vamos dizer, de arrefecimento do corpo. De limitações. Leinir

Estou com saúde, tenho muita saúde, me sinto bem com a minha saúde, minha saúde é ótima. Só tem um problema comigo, é problema de pressão alta, comigo é só pressão. Minha pressão, quando ela sobe, não dá nem de eu falar. A minha pressão quando ela está alta, tem horas que eu fico tonta, tonta, não sei nem onde é que eu estou. Romilda

Percebendo a saúde bucal do idoso

Os participantes reconhecem a importância da integridade da saúde bucal para os idosos e constatarem consternados quando este não pode realizar sua própria higiene bucal. Em geral, a autopercepção dos idosos sobre a condição de saúde bucal atual é positiva por estar baseada na comparação com outros momentos piores, quando padeciam de doenças bucais, dor e falta de perspectiva de tratamento.

De repente ele passou a vida inteira sem dentes, porque não teve condições, e vai conseguir envelhecer uma velhice digna. Para ele é muito importante isso. A gente pode até achar que não. A maioria das pessoas acha até que não, porque velho não precisa, fica banguelo [...] Mas isso influencia muito. Se tu colocas uma prótese num idoso e mostra o sorriso dele no espelho, a gente, nossa, para a gente é a maior satisfação ver ele feliz. Mila

Tornando-se idoso dependente

Com o avançar da idade aumentam os níveis de dependência dos idosos. Surgem limitações que muitas vezes não são percebidas pelo próprio idoso. A execução de tarefas que o idoso costumava realizar sozinho, passa a requerer o auxílio de uma terceira pessoa, o cuidador, para que sejam cumpridas a contento. As limitações penetram insidiosamente no cotidiano do cuidado, como a dificuldade de colocar creme dental na escova ou proceder a escovação por falta de coordenação motora. Os participantes colocam que, em geral, os idosos têm dificuldade em reconhecer que necessitam de ajuda e que daquele momento em diante necessitarão do cuidador para determinadas atividades do seu dia-a-dia. É um difícil e gradual processo de aceitação, e em alguns casos de conformismo, da participação do cuidador na intimidade de suas vidas.

A limitação é uma coisa muito difícil de ser trabalhada. Não é fácil para o paciente perceber que ele não consegue mais se cuidar sozinho. No começo ele ainda tem resistência, ele quer fazer só. Com dificuldades, mas quer fazer só. Então tu tem que também ter paciência e percepção que tu tem que amadurecer essa idéia na cabeça do paciente. [...] É difícil para ele de ele perceber que ele não consegue mais fazer algo tão simples. Por que é botar o creme numa escova. Que eu não consigo enxergar mais direito. É muito difícil aceitar suas limitações. Isso vai muito também de paciente para paciente. Têm pacientes que: "não, não consigo." Já pede ajuda. Outros não querem e são resistentes. Isso vai muito de cada personalidade. Carla

Cuidando da saúde/sendo cuidado (o idoso)

O cuidado tem uma de suas faces representada no cuidado à saúde das pessoas idosas. Ele se materializa por meio de ações práticas realizadas pelo próprio idoso no exercício do autocuidado ou pela ação de terceiros, sempre com o objetivo de preservar a vida e a saúde ou resgatá-las. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Realizando práticas de cuidado à saúde

Ao mencionarem as práticas de cuidado dispensadas aos idosos, os participantes reforçam a necessidade de enxergar o idoso de modo integral em todas as suas demandas e necessidades de saúde. Essas práticas incluem procedimentos preventivos e curativos, de pequena ou grande complexidade que visam a promoção da saúde. Foram citadas visitas ao médico, realização de exames complementares, administração de medicamentos, sessões de acupuntura, supervisão dos cuidadores nos procedimentos de higiene corporal, tomada da pressão arterial, controle da alimentação, realização de curativos e prevenção de quedas.

Agora, a enfermeira que estabeleceu isso, e eu acho que tratar de um idoso tem que começar por tudo. É cabeça, é olho, é boca. [...] É obrigada a ver. Erta

A gente se sente responsável pelo idoso como um todo, na saúde da higiene bucal, para evitar assadura, evitar uma escara. Com tudo, tudo. Ele é um todo para nós, ele não é partes. Eu vejo dessa forma. Nádia

Então quando eu estou assim, eu peço para a rapariga dar uma olhada na minha pressão, aí vai ver a minha pressão, tem hora que está alta, tem hora que está boa, tem hora que não está. Romilda

Ações educativas como um modo de cuidar

Os participantes reconhecem a possibilidade de as pessoas participarem de processos de ensino-aprendizagem ao longo da sua vida, incluindo o período da velhice. Sugerem que atividades educativas sejam utilizadas como um modo de cuidar dos idosos, reforçando hábitos saudáveis, e alterando comportamentos e práticas enraizadas. Os idosos demonstram-se receptivos a essas iniciativas que deveriam ser ampliadas e difundidas, não só em instituições de longa permanência, mas também como promoção dos centros de saúde.

Então, a gente tem que trabalhar às vezes até a parte de resgatar a importância (da saúde bucal). Fazer um trabalho educativo. Um trabalho que é um processo. Até a gente conseguir criar o hábito, essa mudança de comportamento no paciente. De que ele entenda que aquilo é importante para a saúde dele como um todo. Por isso eu acho que tem a educação e tem o acompanhamento. Carla

É que, não sei esse nosso, não sei se é o nosso país, ou o nosso mundo, parece que é tão jovem que a gente ainda não aprendeu muita coisa. É uma longuíssima caminhada. Estamos sempre aprendendo. Ademar

Caracterizando a saúde bucal do idoso

As pessoas que estão em contato com o idoso, realizando ou não práticas/ações de cuidado à saúde bucal, sintetizam as condições de saúde bucal dos idosos em duas grandes características: a perda dentária e a utilização de próteses. Para isso não é necessário realizar um exame clínico apurado ou estabelecer diagnósticos precisos, pois esta é a imagem a qual a saúde bucal do idoso está associada. Há o reconhecimento de que o idoso possui especificidades no que diz respeito às condições de saúde bucal e aos cuidados dela resultantes, quando comparados a outras faixas etárias. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Perdendo dentes

Para os participantes a perda dentária é considerada a característica mais marcante da saúde bucal do idoso. Idosos sofreram com a perda dentária ao longo da vida, alguns tendo seus dentes extraídos precocemente, e outros realizando extrações já na velhice. A falta de dentes é considerada um problema para o idoso. Não há uma compreensão generalizada das causas da perda dentária em idosos, muitos associam a doenças que desenvolveram anteriormente, outros associam à falta de cuidado com a saúde bucal durante a vida. Os dentes naturais são valorizados, embora se considere que a extração dentária guarda em si um paradoxo: é um procedimento que resolve um problema mas cria tantos outros. Hoje a extração de dentes é considerada como último recurso terapêutico. A perda dentária marca profundamente a pessoa e é recorrente a frustração ante a irreversibilidade do fato.

Imagina o idoso, o idoso assim “ai, o meu dente está amolecendo, está caindo, eu estou perdendo aquilo”, ele, pelo que tem diferença de atendimento, aquilo ali ele já leva para o lado assim “poxa, estou perdendo meus dentes, realmente eu estou ficando velho”. Eles costumam dizer para a gente: “ai, é que nem cavalo, doutora, vai ficando velho, vai morrendo, vai perdendo os dentes”. Então vai naquela situação de deprimir o idoso como ser humano, o desdentado, banguela e tal. Leinir

Daí tirei os dentes tudo, mandei fazer a dentadura, botaram dentadura.[...] me senti bem. Queria comer, não dava, que não tinha coisa assim para mastigar, se sente mal... A gente olha no espelho, fica assim banguela, feia, sem dentes, né? Romilda

Substituindo dentes por próteses

Devido ao grande número de dentes perdidos, os idosos necessitam próteses dentárias e muitos têm a expectativa de vir a utilizá-las. Os participantes assinalam problemas na confecção e adaptação das próteses. Todavia, a reabilitação da arcada dentária pela utilização de próteses é aceita como um grande passo para suprir a deficiência, mesmo que parcialmente, da falta de dentes. As próteses não são equiparadas a dentes naturais mas cumprem a função de tentar restabelecer as capacidades perdidas por ocasião da falta de dentes. Elas possibilitam relacionamentos íntimos, o sorriso em público e o resgate da auto-estima e da dignidade do idoso.

Então o dente [...] as próteses que são tão necessárias e que substituem o dente, quando esses não dão mais para aproveitar. Então, existem n motivos, hoje os implantes, que deixam uma boca saudável. Erta

Mas, às vezes eles sentem muita frustração em relação às próteses. Essa é a grande frustração deles. E a gente fica nesse fogo cruzado e fica difícil de resolver. Eles têm de querer uma prótese nova. Às vezes tem aquela situação que o profissional diz que ele não tem indicação. É muito triste para o paciente, porque ele estava todo ansioso, tinha aquela expectativa. Carla

Claro que ele está sem dente, mas ele percebe sim a diferença. Se tu colocar um aparelho, uma prótese, e ele passar a ter dente, quer dizer, isso vai lá na memória dele, mexe com ele. Vai mexer com ele porque vai mexer com os sentimentos e com a sua dignidade. Hercílio

Especificidades da saúde bucal do idoso

A condição de saúde bucal dos idosos é considerada precária o que a torna peculiar pelas dificuldades e complicações ocasionadas por suas deficiências. Os idosos sofrem principalmente com as conseqüências da perda dentária, como: modificação dos hábitos alimentares, dificuldade de mastigação, prejuízo no processo digestivo, impossibilidade da reabilitação protética, dificuldade de adaptação às próteses e a dificuldade de realizar a higiene bucal. Outras condições presentes nos idosos e reportadas pelos participantes são as doenças periodontais, a boca seca, a presença de restos radiculares e o uso de próteses mal adaptadas. A relação entre a saúde geral e as condições de saúde bucal, cuja influência pode se dar em ambos os sentidos, é percebida mais fortemente no grupo populacional idoso.

Por que a gente sabe que o idoso já tem uma série de outros problemas de saúde, então, assim, pelo menos minimizar o dano bucal. Por que a gente sabe que tem periodontite, eles têm poucos elementos dentais, têm dificuldade de mastigação. Salete

Agora, claro que um idoso de noventa anos não vai ter condições de manter uma dentadura na boca. Está muito dependente... Luciano

Eu já estava esquecendo, principalmente o paciente que tem problema respiratório e os pacientes com a boca seca por medicação. O dar água para esse paciente, estimular ele a tomar água, umidificar a mucosa, uma coisa fundamental que eu estava esquecendo. A umidificação da mucosa é uma coisa fundamental. Carla

Cuidando da saúde bucal do idoso

Os participantes reconhecem que existem especificidades na condição de saúde bucal do idoso que determinam a necessidade da realização de cuidados dirigidos especialmente para esse grupo. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

As especificidades do cuidado à saúde bucal do idoso

Embora os participantes acreditem que os objetivos do cuidado à saúde bucal provido aos idosos sejam os mesmos de outras faixas etárias, reconhecem que existem especificidades nas práticas de cuidado que devem ser respeitadas. Os objetivos incluem a eliminação de bactérias da cavidade bucal e a manutenção do conforto e da auto-estima. O leque de opções de práticas de cuidado à saúde bucal é amplo e varia de acordo com a necessidade de cada idoso, devendo dar cobertura de revisões periódicas a aqueles que demandam cuidados paliativos. Outra questão lembrada pelos dentistas é que as situações de saúde geral dos idosos devem ser levadas em conta, e precauções devem ser tomadas, no momento da realização de tratamento odontológico. São consideradas difíceis as intervenções de cuidado à saúde bucal do idoso. É apontada a necessidade imediata de tratamento que os idosos apresentam, cujo déficit deveria ser prontamente sanado. Paralelamente, indicam ações preventivas para que a condição de saúde bucal atual seja preservada e não se agrave.

A diferença é que eles não têm dente e a gente tem dente. Porque sempre vai ter acúmulo de comida. Se não escovar....eu nunca tinha observado isso: tinha uma acamada que já faleceu...criou uma crosta no céu da boca!! Jacira

Por que eles são assim, pessoas que já tem uma condição de saúde geral debilitada. Então, até a intervenção ali é difícil. Têm muitos safenados, hipertensos, diabéticos. Então, quando ele vem já vem numa situação precária e a intervenção também já é mais complicada porque você já tem que tomar uma série de cuidados em função da saúde geral. Salete

As dificuldades do idoso para cuidar da saúde bucal

As limitações apresentadas, conseqüentes do processo de envelhecimento ou da manifestação de patologias, são geradoras de dificuldades para o idoso realizar as práticas de autocuidado à saúde bucal. A deficiência na coordenação motora, a diminuição da mobilidade, a diminuição da acuidade visual e a falta de tônus na musculatura da face fazem com que o idoso não consiga realizar satisfatoriamente e sem auxílio os procedimentos diários de higiene bucal. A falta de interesse do idoso em cuidar da sua saúde bucal também foi considerada um obstáculo a transpor.

Por que eles têm dificuldade para escovar a língua. Coloca o creme, escova para eles, que alguns têm dificuldades. [...] Por que tem outros fatores. A visão também altera muito. Não conseguir botar a pasta, o creme na escova. E outros pacientes, que são aqueles acamados que têm limitações de movimentos.
Carla

Por que o velhinho já não cospe direito, já não, enfim, nada, fica tudo depositado. Então a limpeza é bem mais difícil. Erta

Cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado

O idoso residente em uma instituição de longa permanência é alvo de cuidados de toda ordem, inclusive de saúde bucal e especialmente no que se refere às questões de higiene bucal. A variabilidade de condições de saúde, autonomia e dependência dos residentes determinam diferentes posturas de cuidado por parte dos idosos e dos cuidadores. Cuidar da saúde bucal do idoso institucionalizado não significa somente realizar os procedimentos em seu lugar, substituindo a possibilidade de autocuidado, mas também é auxiliá-lo a superar dificuldades e motivá-lo para cuidar da sua saúde bucal. A supervisão do cuidado envolve recordação, motivação, auxílio, complementaridade, e substituição. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Fazendo a higiene bucal dos idosos

Os participantes que vivenciam o dia-a-dia dos idosos residentes em instituições de longa permanência relatam que aqueles idosos dependentes, acamados ou em fase terminal necessitam dramaticamente que os cuidadores façam procedimentos de cuidado à saúde bucal. Os cuidadores observam a boca do idoso e limpam-na retirando restos de alimentos e secreções.

Aí ele vê que realmente, aí ele levanta a língua, abaixa a língua, ele vai em todas as cavidades, se o paciente não tem prótese no caso. Ele faz a torunda, ele passa a torunda. Aí ele observa as secreções que saem da torunda. Para depois registrar e quando ele vai fazer a evolução de enfermagem,... Mila

Eles sabem, a enfermeira e o médico, isso às vezes nem é o dentista. Às vezes é o médico mesmo que manda tirar as secreções [...]. Como eu vejo elas fazerem. Põem a luva e depois põem gazes embebidas num determinado líquido e limpam. Principalmente em fase terminal, quando ele não engole mais, quando ele não faz mais nada. Aí não adianta mais escovar, porque daí como é que vai seringar água. Não tem mais condições, ele está dependente. Então é com gaze e os outros tipos de limpeza. Erta

Auxiliando os idosos na higiene bucal

Alguns idosos institucionalizados apresentam algum grau de dependência, porém mantêm a capacidade de realizar algumas atividades da vida diária, de cuidado à saúde e de higiene bucal. Para esses, os cuidadores oferecem ajuda, supervisionam o idoso para que faça a higiene bucal adequadamente, e se necessário complementam a tarefa. Os participantes comentam que alguns idosos aceitam com tranquilidade esse auxílio, outros nem tanto. Alguns idosos solicitam espontaneamente a ajuda do cuidador. Os cuidadores procuram facilitar a tarefa para o idoso, levando ao alcance dele os materiais de higiene bucal, preparando esses materiais e acompanhando o idoso até o banheiro.

A cada refeição elas (auxiliares de Enfermagem) levam no banheiro para escovar os dentes, ou a boca, ou a língua. Elas estão sempre ajudando. Geralda

É, mas a gente sempre auxilia. O que que a gente faz? “Vamos lá escovar o dente”, a gente está sempre ali do lado. Às vezes a gente vê que eles não têm

coordenação motora como a gente tem, mais trêmulo [...]. A gente dá um auxílio. Escova, deixa ele escovar do jeito dele, e depois a gente só vai dar um auxílio neles. Felícia

Motivando/estimulando os idosos para o autocuidado à saúde bucal

Os participantes reforçam a necessidade de estarem continuamente estimulando e motivando os idosos institucionalizados a realizar procedimentos de cuidado à saúde bucal, principalmente os relacionados à higiene bucal diária. Procura-se desenvolver bons hábitos, conscientizando da importância da saúde bucal e das prováveis consequências ruins que a falta de cuidado pode trazer. Os cuidadores transmitem informações e cobram dos idosos comportamentos de autocuidado e atitudes positivas. O efeito demonstrado é relatado: idosos costumam seguir os exemplos de outros. Há também o estímulo para que o idoso vá ao dentista, quando for necessário e o serviço estiver disponível. Nas instituições que possuem dentista voluntário faz-se um esforço para que os idosos valorizem o trabalho do profissional. Os participantes revelam que um atributo do bom cuidador é sua capacidade de argumentação e motivação.

Não é que é difícil motivar, mas só que o idoso às vezes ele tem, dependendo do estágio e da patologia que ele tem, ele tem aqueles lapsos de memória. Ele não lembra, ele esquece. Então, é um trabalho de formiga de todos os dias. De repetição, de estimular. Mas não é difícil, só que é aquele que você tem que estar todo dia estimulando, sempre insistindo constantemente até ele criar o hábito. Nós temos alguns pacientes que já têm o hábito. Ele já tinha dele. Outros já estão desenvolvendo o hábito. Carla

A gente não precisava fazer por eles, mas estimulá-los. Estimular o idoso independente a fazer. Chamar o idoso lá no banheiro e fazer a higiene. Seria um papel da Enfermagem. Pensando bem, aqui na X, me baseio por aqui, o próprio idoso que é independente ele não faz. Jacira

Continuidade do cuidado à saúde ao longo da vida

O cuidado à saúde é entendido como um processo que se dá ao longo da vida das pessoas, em suas várias etapas. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Cuidando da saúde e pensando no envelhecimento

O estado de saúde alcançado na fase idosa é reflexo das práticas de cuidado realizadas ao longo da vida. Atingir a fase idosa da vida com saúde e manter-se saudável na velhice está fundamentado em um processo de construção do cuidado que inicia ao nascer e que continua e não é interrompido ao longo da vida.

Por que a velhice é uma construção da nossa vida inteira. Para mim. Então, não vai precisar de tanto remédio, não vai precisar ir tanto ao médico, não vai precisar de tudo. Por que aí agente vê aqui, são idosos extremamente debilitados de tudo. [...] Então a gente vê que foi uma, claro que tem toda a história emocional, psicológica, tem toda a vivência da pessoa. Mas a gente vê que é um processo que começa desde o nosso nascimento e que às vezes a gente não se dá conta. Paula

Continuidade do cuidado à saúde bucal ao longo da vida

Da mesma forma, a condição de saúde bucal dos idosos é consequência do cuidado recebido e praticado sistematicamente ao longo da vida. Desde a infância as práticas de cuidado à saúde bucal devem ser persistentemente realizadas. Há o reconhecimento que o estado de saúde bucal na velhice é função do cuidado continuado no curso da vida. A evidência de que o cuidado continuado garantiria boas condições de saúde bucal na velhice, já é presenciada em muitos adultos atualmente. O cuidado à saúde bucal deve ser mantido até os últimos dias de vida da pessoa. São citadas como práticas regulares: revisões periódicas, idas ao dentista, procedimentos preventivos, higiene bucal regular e cuidados com as próteses.

Eu acho que realmente não é só o idoso. É trabalhar toda essa [...] desde os cuidados da infância. Teria que se fazer realmente esse tipo de atendimento, de prestação de serviço, de esclarecimento. As escolas, fazer esse trabalho integrado nas escolas. Irma

Ah, não, eu acho que esse tema é um tema sempre atual. De vez em quando uma revisãozinha, uma coisa, que às vezes até pode estar machucando um pouquinho, uma gengiva, uma coisa, e a pessoa não age, quando sente já está muito adiantado. É, um acompanhamento preventivo. Ah, deveria haver sempre, sempre. Sempre deveria haver um acompanhamento assim, aí seríamos muitos menos desdentados. Ademar

O comportamento do idoso em relação à sua saúde bucal

O comportamento dos idosos frente às questões de saúde bucal tem um papel fundamental na determinação das práticas de cuidado que ele realiza ou das quais se beneficia por meio de terceiros. Esses comportamentos são avaliados em três vertentes: uma referente às percepções e atitudes do idoso quanto a sua saúde bucal, outra relacionada às práticas de higiene bucal e outra relacionada à busca por tratamento odontológico:

Revelando sentimentos e atitudes do idoso para com a sua saúde bucal

São muitos os sentimentos que brotam dos idosos e dos que interagem com ele sobre a sua saúde bucal. Há um certo conformismo com a deficiência nas condições de saúde bucal, principalmente daqueles que perderam dentes mas foram reabilitados com próteses. Os dentes naturais têm um valor inestimável e devem ser cuidados mesmo que estejam presentes em pouca quantidade. Os participantes relatam que os idosos têm vergonha de serem desdentados ou de utilizarem próteses, mas percebem que nem todos desejam repor os dentes faltantes.

Embora muitos idosos demonstrem preocupação com a sua saúde bucal, em geral, percebem a saúde bucal de modo diferente das gerações mais novas. Muitas vezes só a dor funciona como gatilho para despertar a importância da saúde bucal. Idosos tiveram seu comportamento transformado após receber cuidados de saúde bucal. As próteses dentárias também geram sentimentos como nojo, frustração, constrangimento, ciúme e receio em colocar um corpo estranho na boca.

Eu, por exemplo, se ainda tivesse algum dente natural e tudo, e pudesse conservá-lo, ia lutar por ele até [...]. Agora já não adianta mais, porque de repente eu fui achando que o melhor mesmo era extraí-los todos e partir pra (prótese) [...]. Mas é um recurso bom que ainda tem. Ah, quem me dera poder voltar naquele [...], no tempo de guri, antes de começar a cariar os meus dentes. Mas tudo já passou, agora tem que levar assim. Mas eu acho que agora até está muito bem para mim, me sinto bem. Ademar

É necessária e não é agradável, até, porque você vê constrangida perto dos outros. [...] Tem gente que tem nojo, né? Não é todo mundo igual. Geralmente a

boca tem que ser muito limpa mesmo, é uma coisa que não é muito agradável. (comentando sobre retirar a prótese para limpar) Geralda

Aí a gente fala: “a senhora não pode ter medo. Isso aqui faz parte da sua vida, do seu corpo. Isso aqui é um pedacinho, como se fosse um pedacinho do seu corpo que a senhora pode tirar, colocar. Não precisa ter medo, não vai morder” (da prótese) A gente ainda brinca. Por que daí ela vai perdendo o medo também quando ela começa a tocar. E algumas até têm ciúme. Por que daí não querem que, sei lá, que estraguem, porque sabem que já foi difícil, que já foi doado. Mila

Revelando o comportamento do idoso em relação à higiene bucal

O comportamento dos idosos com relação aos procedimentos de higiene bucal diários é bastante diversificado. Os relatos dos participantes descrevem idosos resistentes, que não estão acostumados e não querem fazer a higiene bucal, resistem ao auxílio do cuidador, consideram a higiene bucal um incômodo, e às vezes manifestam um comportamento agressivo. Algumas explicações para esse tipo de atitude incluem achar que consegue fazer a higiene bucal sozinho, não estar consciente da importância do bom desempenho dos procedimentos e simplesmente desleixo (ou talvez desmotivação). Todavia, há idosos que cooperam, seguindo as instruções dos cuidadores aceitam o auxílio por compreenderem o valor da higiene bucal e mostram-se motivados por sentimentos de auto-estima e vaidade. A higiene bucal dos idosos está muito focada na limpeza dos dentes e às vezes questiona-se o porque realizar a higiene bucal em idosos que não possuem dentes.

Um exemplo. hoje a dona B. tinha que sair para ir para um evento. Aí eu fui lá, “eu sei escolher a minha roupa! Deixa que eu escolho! Ora, eu sou independente, eu sempre escolhi a minha roupa, agora vocês vão querer escolher por mim”. Então, da mesma maneira, de repente, para essas pessoas, “ó, não é assim que escova”, provavelmente ele vai dizer, “não, eu sei escovar, eu sempre cuidei da minha boca, por que agora [...]?”. Então eu acho que tem casos que aceitariam uma orientação e outros não. Marta

Eu acho que não, eu acho que não (há dificuldades de cooperação dos idosos), eles estão cooperando bastante. No começo não, “ah não”, não sei o quê. Hoje em dia eu acho que eles cooperam. Felícia

Às vezes, a gente escova errado, imagina eles (idosos). Às vezes, está com pressa porque eu quero dormir, às vezes, acham chato por que tem que escovar os dentes. Acham chato. Por que tem algumas idosas que essa coisa da higiene, elas não aceitam bem [...] tomar banho, essa coisa toda. Paula

Revelando o comportamento do idoso em relação à busca por tratamento odontológico

Os participantes consideram que em geral os idosos pouco demandam os serviços de saúde bucal e alguns expressam verdadeira resistência em procurar o dentista. Os motivos que levam os idosos a buscarem o profissional ainda estão relacionados à presença de sintomatologia dolorosa ou desconforto, ou seja, em situações nas quais a patologia já está avançada. Os idosos não estão acostumados a associar a ida ao dentista a cuidados preventivos. Entretanto, os participantes percebem uma mudança gradual nesta postura. Mais por iniciativa própria do que por encaminhamento, idosos estão procurando o dentista, o posto de saúde, não só para cuidar dos dentes, mas também pensando em outras estruturas bucais. Embora ainda haja idosos que solicitem a extração dos dentes, é cada vez maior o número de idosos que dão preferência aos procedimentos preventivos e mais conservadores em detrimento da extração dentária. É citada a presença do acompanhante durante a visita ao dentista. A figura do dentista voluntário presente nas instituições de longa permanência, facilitando a acessibilidade, é vista positivamente pelos idosos residentes.

Eu acho que ainda, assim, a procura é muito pequena. Entender a necessidade de estar tratando eu acho que ainda é muito pequena. Existe, assim, aquela necessidade imediata, uma dor, algum problema imediato que gera essa procura do serviço, mas assim, espontaneidades ainda, eu acho que ainda é muito pequena. Plínio

Eles (idosos) vieram porque eles tinham outra causa de saúde mas, teve um que veio mesmo só para tratamento odontológico. Chegou, pediu e a gente já conseguiu [...]. É bem caso a caso, acho que parte mais da queixa do paciente. Teve um que ele estava com câncer, então, claro que houve uma indicação médica, mas é aquela tradicional que vai para a quimio. Mas o idoso ainda não tem, a gente tem isso com criança. Aline

Olha, o idoso frequenta mesmo quando ele sente a necessidade. Dificilmente ele vem fazer prevenção, é quando tem alguma coisa incomodando. É um dente que está abalado, que está doendo, quando tem uma prótese incomodando. Basicamente nesse sentido. Uma ferida... Salete

Vivendo em uma instituição de longa permanência

O processo de institucionalização das pessoas idosas é um fenômeno complexo. A demanda por instituições de longa permanência é conseqüência última da necessidade de alguns idosos em dispor de cuidados permanentes de terceiros, que garantam a manutenção de sua saúde e de sua vida. O ambiente da instituição de longa permanência tem suas particularidades e emoldura um quadro que necessariamente precisa ser compreendido quando é examinado o cuidado à saúde bucal do idoso. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Passando a viver em uma instituição de longa permanência

O movimento de deixar a sua casa e passar a viver no espaço de uma instituição de longa permanência é um evento traumático na vida do idoso. O idoso é retirado do convívio familiar e da individualidade do seu lar para viver em uma coletividade. Em geral, os motivos giram em torno da falta de suporte familiar e social para o idoso e a necessidade de cuidados especializados e integrais que não são realizados pela família ou por serviço público de atenção domiciliar. Alguns idosos trazem seus hábitos de vida para dentro da instituição e se adaptam, outros não.

Todos eles vão chegar aqui, eles perdem a motivação. Por que eu também não digo que isso é normal, não seria, mas se eu também tivesse essa idade e eu vivi pela minha família, tudo que eu fiz foi com eles, foi para repartir com eles. E quando chegou no fim, por n motivos que eu não estou aqui para discutir, alguém me colocou num lugar estranho, eu também ia perder minha motivação. Por que eu fui separada daqueles por quem eu vivi. Por quem eu construí. Mas também é muito duro isolar a gente, colocar num lugar porque n motivos eu não posso cuidar. Erta

Muda muita coisa. Muda muita coisa. Por que o que a gente tem observado muda tudo, porque em casa tu tem a tua rotina de vida. Tu come o que tu quer, tu faz o que tu quer, tu vai no banheiro a hora que tu quer, tu troca fralda a hora que tu quer. E aqui não. Tu tem que seguir uma rotina. Uma rotina da hora do banho, da comida. [...] Entra na questão emocional também, psicológica, da falta da família, que a família está bem menos presente do que quando estava em casa. [...] Elas brigam, elas ficam agressivas também. Não dormem. [...] Tem outra questão que é o quarto coletivo e só duas gavetas. Eu não tenho mais o meu guarda-roupa. Claro que mexe. Com todo mundo ia mexer. Paula

Sendo idoso institucionalizado

Não é fácil viver em uma instituição de longa permanência. O idoso institucionalizado deixa de viver a sua rotina para viver a rotina da instituição e suas regras. Há um choque entre os interesses individuais e coletivos, entre a liberdade de agir do idoso e a disciplina necessária para a organização do cuidado na instituição. Nesse ambiente (con)vivem pessoas até então estranhas, com distintas histórias, experiências, formações e hábitos de vida. Há uma sensação de abandono familiar, entretanto a institucionalização é reconhecida como uma solução positiva no sentido da dedicação e dos cuidados que o idoso vai receber. Os participantes reportam algumas conseqüências negativas: os idosos se acomodam, ficam doentes e entram em depressão. Existem idosos tanto satisfeitos como insatisfeitos com sua situação e, em geral, há uma certa falta de perspectiva e de estímulo para vida. O idoso não tem qualquer papel ativo na gestão da organização que o acolhe, cabendo-lhe apenas a aceitação das normas que se lhe impõe.

Nós temos idosos que vieram para cá porque quiseram, porque queriam conviver com outras pessoas da mesma idade. Esses trazem os hábitos deles, e às vezes até acaba atrapalhando, porque eles trazem os hábitos deles, e querem que seja como era na casa deles, sem respeitar o outro. Mas os que vêm porque a família não pôde, por algum problema, eles se sentem num lugar estranho, num lugar que não é o deles. Parece que as pessoas não falam a mesma língua. De repente até tinha um hábito saudável em casa, mas vem para um lugar diferente. Não sei se por insegurança, não sei. Mas eu percebo que eles não agem como se estivessem em casa. Marta

São muito comodistas. Precisavam, estavam com dor. São comodistas. Nós somos culpados disso. Nós fazemos tudo por eles. Até por que nós estamos aqui para isso. Aí eles acham que o dentista tem que vir aqui limpar a boquinha deles aqui também, eles não têm que sair para ir lá. Erta

Desde a hora que ele entra num asilo ele se sente desprezado, então despreza a si próprio. Então a gente vê que tem vó que não tem animação: “ah...não quero escovar os dentes não!! Para que? O que já tinha que viver já vivi...” Ou então a vó diz: “deixa os meus dentinhos aqui, meus caquinhos”. Eles dizem assim. Eles não têm mais perspectiva. Acham que não tem mais futuro para nada. Tão aqui acabou. Jacira

A condição de saúde bucal do idoso institucionalizado

A condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados é descrita pelos participantes como ruim. O idoso já ingressa na instituição com problemas bucais: halitose, restos radiculares, dor, falta de dentes e de próteses. Ademais, muitos ingressam sem hábitos saudáveis de higiene bucal. A maioria dos residentes não possui dentes e os que possuem os têm em péssimas condições. Alguns idosos possuem prótese, outros têm mas não utilizam, ou por que não querem, ou por que estão mal adaptadas. As condições de saúde bucal dos idosos reconhecidamente afetam a qualidade da sua alimentação, da mastigação e da digestão dos alimentos.

Não, nunca ocorreu de dor de dente, porque só tem umas duas idosas que têm os dentes. Então dor de dente nunca ocorreu. Agora, dentadura cair, quebrar, já ocorreu. Nádia

[...] não dá para comer, e sempre tem coisa, sente dor no rosto mas não sabe do que é. Sente falta dos dentes e tudo. "Então eu vou no dentista, eu vou fazer dentadura". "Ah, não vou não, porque eu não quero botar dentadura, eu não estou mais acostumada com dente". [...] (o idoso sem dentes) Sofre mais. Quer comer, não pode, não tem os dentes. Está comendo aquelas coisas, faz mal, para mastigar não tem aquela [...], não tem os dentes para mastigar. Romilda

Determinantes da saúde bucal do idoso institucionalizado

A saúde bucal do idoso que vive em uma instituição de longa permanência é problemática, pois além de seguir o padrão das características epidemiológicas desse grupo populacional, somam-se outras condições especiais ocasionadas pela vida em grupo. A institucionalização influencia o cuidado que o idoso têm consigo. Alguns participantes encaram essa influencia como uma mudança para melhor, pois os idosos passam a desenvolver hábitos mais saudáveis, orientados pela instituição. Outros alegam que, pela falta de motivação, os idosos perdem objetivos e não se sentem estimulados a cuidar da sua saúde bucal. Aspectos da vida passada dos idosos também são levados em consideração na tentativa de explicar o precário estado de saúde bucal dos idosos residentes. Os participantes reportam a ignorância, a falta de instrução e de informação, bem como a falta de acesso a serviços odontológicos ou a

materiais apropriados para a higiene bucal. Não há evidências de cuidados sistemáticos de caráter paliativo quando a situação assim requer.

E o cuidado deles, tem idoso (institucionalizado) que não tem mais estímulo, não tem aquela vontade de ir lá e escovar, não faz a higiene, como tem muitos idosos aqui que usam dentadura, e tem aqueles que não têm, fica acúmulo de alimento no céu da boca, no canto da boca, então o certo é a gente fazer a higiene bucal deles e agente faz...e cuidar, escovar, a língua, a gengiva. Jacira

Será que eles tiveram informação, será que eles tiveram seus dentes cuidados? Não tiveram, porque senão, alguns idosos têm essas informações e conseguem manter, pelo menos, uma prótese na boca, e outros não, porque? Porque não tiveram tanta informação, ou não tiveram os devidos cuidados. Tiveram uma vida mais sofrida mesmo. Por que os idosos que estão aqui há muito tempo já estão acho que meio acostumados sem dente. Luciano

Vivendo a instituição e suas regras

As instituições de longa permanência necessitam estabelecer normas de funcionamento para melhor atender os residentes e garantir a qualidade do cuidado de um amplo espectro de questões que envolvem a vida do idoso na instituição. É necessária a manutenção de alguma disciplina com o objetivo de evitar/superar conflitos e contentar o grupo, sem prejuízo das necessidades individuais. Como a instituição de longa permanência funciona 24 horas, é preciso determinar horários e rotinas de procedimentos. Os funcionários e os idosos deveriam respeitar e se adequar a essas regras. Os cuidadores têm suas tarefas pré-estabelecidas e uma escala de trabalho na qual estão incluídos os procedimentos de higiene bucal. A instituição deveriam procurar manter suas portas abertas à comunidade e à família.

Por que a partir que tu impõe uma certa disciplina no idoso, isso é muito importante. Ter disciplina. Por que num asilo se não houver disciplina as coisas não acontecem. E ele como ele já tem um lado um pouquinho criancinha, que vai se assemelhando muito com a criança a velhice. É igual uma criança, tu tem que impor alguns limites, algumas normas para que ele fique adequado e possa contribuir em todo o processo. Mila

Também porque eles perdem a individualidade. Por que são obrigados a perder. Nós não podemos fazer um almoço na hora que alguém está com vontade de comer. Eles não podem abrir a geladeira e abrir na hora que eles querem comer o que eles querem. Primeiro, porque são diabéticos, segundo, porque tem regras. Se eles comerem tal hora, não almoçam. Então, é difícil, não é fácil. O idoso já tem os seus tiquezinhos e aí chega aqui e tem que ser

tudo na hora que a instituição disse, aí é complicado. Nós, infelizmente, não podemos fazer a vontade deles. Erta

Observando o impacto do envelhecimento

O aumento da proporção de idosos na população, uma realidade também brasileira, é um fenômeno que merece atenção pelo impacto que ocasiona em diferentes setores da sociedade, principalmente na área da saúde. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

O impacto do envelhecimento na sociedade

O processo de envelhecimento populacional é visto como um evento positivo em nossa sociedade. Em decorrência de melhores condições sócio-econômicas e de saúde, vive-se mais anos. Por outro lado, o idoso ainda é um grupo social marginalizado e desvalorizado quando se contrasta com a atenção dispensada a outras faixas etárias. Entretanto, percebe-se uma mudança cultural nas pessoas e nas instituições, ainda incipiente, no sentido de despertar para essa nova realidade.

Porque nós estamos nos tornando uma sociedade de matusalém. Porque o ser humano está vivendo mais. Hoje as condições de vida são melhores. A medicina, ela consegue, vamos assim dizer, prolongar a vida. Principalmente para quem tem recurso. [...] Infelizmente no nosso país, eu não posso responder pelos outros lugares, mas aqui no Brasil, a pessoa quando ele se aposenta ou ele se auto-exclui, ele se auto-marginaliza ou ele é marginalizado. Por que ele se tornou um inútil para a sociedade, quando isso é ao contrário. Sérgio

Por que isso eu acho que é uma condição até inerente do ser humano. A gente tem aquela brincadeira de quando o navio afunda, mulheres e crianças primeiro. Então, quer dizer, o homem é deixado em segundo plano e o idoso nem, nem, o que se tenta salvar primeiro é crianças e mulheres. Isso tem sido na vida sempre assim. Quem é atendido primeiro, quem que é? É a questão da mãe, do filho, da fecundação em si como uma coisa [...]. E o idoso sempre foi deixado de lado. Sérgio

O impacto do envelhecimento nos serviços de saúde

Nem sempre a possibilidade do aumento do número de anos vividos é acompanhado de boas condições de saúde. Os idosos necessitam de serviços de

saúde mais especializados e complexos, como os fornecidos pelos hospitais. Em geral os serviços não estão preparados para atender à pessoa idosa, os profissionais encontram-se despreparados, a infra-estrutura não atende a necessidade de um acompanhante para o idoso internado, os serviços ambulatoriais e de acolhida são deficientes. Os gastos derivados dos serviços de saúde fornecidos aos idosos são considerados altos e a proximidade da morte faz com que a alocação de recursos públicos para o seu atendimento não seja considerada prioritária, prejudicando-lhe em face dos demais grupos etários. A oferta de atenção pelo setor público é insuficiente no campo da saúde em relação à população idosa.

Eu acho que com esse avanço da geriatria e da gerontologia, e os outros profissionais interagindo junto. Eu acho que tem tudo para caminhar. E bem rápido. Por que o que eu sinto em relação às pessoas, em relação à própria mídia, é uma questão assustadora até. Comparado aos países de primeiro mundo nós estamos bem atrasados ainda, em relação a isso. E a gente sabe que a coisa está indo muito rápida. A questão é a velocidade em tudo. Vai chegar num momento que a gente não vai acompanhar. Vai ser tantos idosos e tantos idosos. O próprio governo está preocupado com isso. Mila

Mas eu acho que culturalmente nós estamos mudando. Pela própria [...], por aquilo que eu falei, pela longevidade das pessoas. Então, a partir do momento que tem público, que tem clientela, isso é uma consequência. Que o idoso, mesmo assim, ele começa a procurar o serviço e, conseqüentemente, tem que ter o serviço para atendê-lo. Sérgio

O impacto do envelhecimento nos serviços de saúde bucal

Embora não existam, até o momento, políticas públicas abrangentes, universais, que resguardem a saúde bucal do idoso, os participantes deste estudo percebem uma maior conscientização e valorização das questões de saúde bucal por parte dos idosos e de toda sociedade. Reconhecem a necessidade de atenção à saúde bucal, caso contrário, emergirá grande demanda de serviços no futuro com problemas e crises de atendimento. A manutenção de dentes na fase idosa demandará maior prestação de serviços odontológicos do tipo restaurador e periodontal. Os participantes defendem a necessidade de integração da Odontologia nos serviços de saúde prestados aos idosos e da geriatria dentro da Odontologia.

Olha, talvez a gente vá olhar isso como mais um trabalho. Por que daí se ele vem com mais dente, ele vai me dar mais trabalho porque daí eu vou ter que dar mais atenção para esses dentes. Por que, querendo ou não, os que vêm sem dente é menos trabalho. Eu vou precisar de menos tempo para escovar, de menos tempo para limpar. Paula

É claro, tem que investir na prevenção, mas tem que dar condições para que depois à medida que essas pessoas envelhecem, elas tenham um espaço que é delas também. Nós estamos tentando ainda, porque está em um processo. Plínio

Tem um velhinho, um idoso, que quando ele chega ali na frente (no balcão do posto de saúde) ele troca os horários tudo. Ele tem mais de oitenta anos. Eu falo assim: “Esse aqui é tapete vermelho!”. Por que é lógico, se ele está com dor...ele tem toda a prioridade. Aline

O impacto do envelhecimento na saúde bucal do idoso institucionalizado

Os participantes que convivem com a realidade das instituições de longa permanência para idosos, acreditam que estão ocorrendo transformações no modo como o cuidado à saúde bucal é manejado. Os idosos mais novos, que ingressam agora trazem influências positivas para os residentes mais antigos. São colocados como desafios a necessidade de avaliação das condições de saúde bucal do idoso ao ingressar na instituição, a imperiosa presença/ acesso ao dentista e o lidar com os idosos que resistem à higiene bucal.

[...]como a gente está evoluindo com essa coisa da consciência, da história da higiene, vai querer também que os novos passem por uma avaliação de um dentista. Daí onde é que eu vou procurar? E também a gente vai começar a perceber o que os novos querem. Por que tem uns que não querem escovar. Então, eu vou ter que obrigar. E como é que eu vou lidar com isso? Será que eles vão cobrar de mim um dentista? Então, eu acho que vai exigir uma certa, uma maior cobrança da gente. Pode até criar um problema também. De repente, eles também começam a mudar, aqueles que estão aqui, porque daí esses novos vão vir com um outro modo de vida, um outro pensamento que pode também despertar o interesse de outros que estão aqui. Paula

Categoria: “Revelando as interações que se estabelecem no cuidado à saúde bucal do idoso”

As ações de cuidado garantem a sobrevivência dos seres humanos. O cuidado é meio e fonte de vida. Quem cuida de outra pessoa estabelece uma relação na ação, e

permite-se interagir, estabelecendo reciprocidade de contatos. No processo de cuidar da saúde bucal da pessoa idosa também são reveladas interações entre diferentes atores: idosos, cuidadores, profissionais da Enfermagem e da Odontologia, todos trazendo ao palco suas vivências, experiências, vínculos, intercâmbios e conhecimentos.

As subcategorias que compõem a categoria “Revelando as interações que se estabelecem no cuidado à saúde bucal do idoso” são:

- ESTABELECENDO O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO
- VALORIZANDO O TRABALHO DA ENFERMAGEM
- ESTREITANDO O RELACIONAMENTO CUIDADOR – IDOSO
- ENUMERANDO REQUISITOS PARA SER UM CUIDADOR DE IDOSOS
- REVELANDO SENTIMENTOS DERIVADOS DA RELAÇÃO DE CUIDADO
- CUIDANDO DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO A SUA MANEIRA/DO SEU MODO
- RECEBENDO AS QUEIXAS E REGISTRANDO PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS
- FORMANDO O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NA TEMÁTICA DA SAÚDE BUCAL
- NECESSITANDO INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDADO À SAÚDE BUCAL
- DEFININDO O PAPEL DO DENTISTA NO CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO
- CONVIVENDO COM AS DIFICULDADES DE SE CUIDAR DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado

A essência do trabalho exercido pela Enfermagem é o cuidado humano. As ações de cuidado, como forma de expressão, ocorrem a todo o tempo e em todos os grupos etários objetivando a conservação da vida. O cuidado realizado pelos profissionais de Enfermagem é interativo e recíproco, portanto, requer o

estabelecimento de uma relação entre duas pessoas, pelo menos. Busca-se entender a contribuição da Enfermagem no processo de cuidado à saúde bucal dos idosos, a partir da realidade vivenciada pelos participantes nas instituições de longa permanência. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado do idoso

A Enfermagem, por meio do trabalho de seus profissionais, auxiliares, técnicos e enfermeiros, é a responsável pelos cuidados de saúde da pessoa idosa em diferentes espaços de atuação. Compete à Enfermagem um rol extenso de tarefas diárias com objetivo de prevenir e tratar as enfermidades associadas ao envelhecimento e que afetam os idosos, proporcionando-lhes conforto e bem-estar. Os participantes constatam que os profissionais de Enfermagem são os que estão em contato mais direto e freqüente com o idoso e também por isso acabam por estabelecer uma relação de intimidade reforçada pela particularidade dos procedimentos que ficam a seu cargo. Para escolha das respectivas práticas de cuidado é necessário conhecer o idoso e identificá-lo quanto aos seus limites e possibilidades, ou seja, conhecer suas necessidades, o grau de dependência, autonomia e capacidade para o autocuidado. Incluem-se nos procedimentos realizados pela Enfermagem no dia-a-dia do cuidado ao idoso a higiene corporal, alimentação e hidratação, realização de ações educativo-preventivas, marcação e acompanhamento a consultas, coordenação dos trâmites de hospitalização, recreação, registros das atividades de cuidado, prescrição de cuidados a outros profissionais e administração de medicamentos. Os profissionais de Enfermagem revelam uma percepção contextual das necessidades dos idosos e reconhecem que devem responder a elas considerando sua integralidade.

A Enfermagem é o cuidador. O nosso papel é fazer quando ele não pode fazer e educá-lo para fazer o autocuidado. Então, aqui nós temos pacientes de fases diferentes. Nós temos pacientes em que nós estamos trabalhando o autocuidado, para ele criar esse hábito. Carla

Para começar, cuidador, que vai fazer? Cuidar, zelar, é uma responsabilidade. [...] Cuidar da saúde, cuidar do bem estar, cuidar da aparência, cuidar do geral, tem que ser, se você é uma pessoa você não é um animal. Um animal não se cuida, se você não cuidar dele, ele vai ficar como está, e o ser humano não.

Agora na terceira idade se você não cuidar ele vai virar um bicho, vai virar uma coisa sem sentido. Luciano

Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado à saúde bucal

O cuidado à saúde bucal é considerado pelos participantes um papel da Enfermagem. A responsabilidade de garantir que as ações que compõem o cuidado à saúde bucal sejam realizadas é atribuída principalmente aos profissionais da Enfermagem, mesmo que a compartilhem com outros profissionais (médicos e dentistas) e com a pessoa cuidada. A higiene corporal e manutenção do asseio são relatadas como uma tarefa primordial a ser realizada continuamente. Nesse âmbito, inclui-se a higiene bucal que deveria ser contemplada nos diferentes espaços de atuação do profissional de Enfermagem. Nos hospitais, embora, em geral, não haja uma prescrição específica para o cuidado à saúde bucal, a equipe de Enfermagem também é cobrada por esta tarefa. O cuidado à saúde bucal é colocado em um mesmo patamar de importância que outros procedimentos de cuidado realizados pela Enfermagem.

Eu acho que dentre tantas responsabilidades que a gente tem, a gente acaba tendo mais uma (o cuidado a saúde bucal). Por que a gente vê o idoso no contexto geral, céfalo-caudal, da cabeça aos pés. Esse é o cuidado da Enfermagem, tudo que ele apresenta. Só que a gente costuma dividir. Como a Medicina, a gente também tem os cuidados específicos. Então, a gente sabe que tem os cuidados com a dietoterapia, [...] os cuidados de locomoção, [...] os cuidados com a parte neurológica. Aí também entra a parte da Odontologia. Então, são cuidados aprofundados em cada parte do corpo. Por exemplo, eu sei que na boca eu vou ter que cuidar isso, isso e isso. Então, é um conjunto.
Mila

Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado

Ao ser reconhecida pelos participantes a importância da inclusão de práticas de cuidado à saúde bucal no rol de cuidados que o idoso residente em uma instituição de longa permanência precisa, os profissionais de Enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) abraçam e tornam-se responsáveis por essa incumbência. Dentre os procedimentos que estão ao alcance das possibilidades dos profissionais de

Enfermagem, dentro da esfera de competência de cada um, foram destacados: conhecer a condição de saúde bucal dos idosos, supervisionar os idosos quanto à higiene bucal, coordenar a ida do idoso ao serviço odontológico externo (agenda, transporte, acompanhante), manejar as próteses (acondicionamento e limpeza), encaminhar ao dentista, definir os procedimentos de cuidado que cada idoso receberá diariamente, orientar os idosos, priorizar e decidir o que será feito e quem receberá atendimento, fazer a higiene bucal pelo idoso, estabelecer estratégias preventivas específicas às doenças bucais (uso do flúor conforme indicação e limitação do fumo, por exemplo), prescrever e fazer cumprir a prescrição dos procedimentos de cuidados diários, cumprir o que for estabelecido pelo serviço de Enfermagem, estimular o idoso a realizar práticas de autocuidado à saúde bucal, perceber o que é o melhor para o idoso, registrar as ocorrências, perceber anormalidades na cavidade bucal, e valorizar a saúde bucal do idoso.

Os participantes reconhecem que os cuidadores fazem o básico, ou seja, o mínimo necessário e ainda assim põem em dúvida a qualidade e os reais efeitos positivos dos procedimentos de higiene bucal. Embora os profissionais de Enfermagem considerem uma obrigação sua o cuidado à saúde bucal do idoso, alguns participantes acreditam faltar-lhes conhecimentos e maior consciência do valor do seu papel. Esse é um dos fatores que prejudica a constância, efetividade e bem-fazer das práticas.

[...] eu acho que é função do enfermeiro estar auxiliando na escovação com certeza.[...] Tem que ser feito. Para mim é bem claro. Tem que ser. É muito claro. Felícia

Desde a hora que eu entrei na enfermagem e tem serviço para fazer a responsabilidade é minha, então eu tenho responsabilidade, é obrigação minha de fazer com o idoso a saúde bucal, eu tenho que cuidar por que eles dependem do meu serviço, não fazem mais nada, então eu tenho que estimular, conversar, passar para eles o porque que eu tô fazendo, para que que serve. Jacira

Entra na história da escovação, sem saber. Escovar porque tem que escovar ou porque tem que dar pelo menos uma "limpadinha básica". Não se tem essa preocupação do cuidador fazer a higiene bucal. Não tem. Acho que isso em todos os lugares. Paula

Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado do idoso dependente

As práticas de cuidado à saúde bucal dentro de uma instituição de longa permanência para idosos são definidas principalmente pela condição de saúde, dependência e autonomia que o idoso apresenta. Os participantes classificam como “dependente” o idoso que não está apto a realizar as atividades de vida diária e por isso necessita de auxílio do profissional de Enfermagem, inclusive para a realização de tarefas básicas como se alimentar ou tomar banho. O que caracteriza o cuidado à saúde bucal da pessoa dependente é o fazer-pelo-idoso, frente à impossibilidade parcial ou total de autocuidado há a substituição pela ação do cuidador. Nesse contexto encontram-se idosos acamados e até inconscientes que obrigatoriamente devem receber o benefício dos cuidados a sua saúde bucal.

No caso das dependentes a gente faz. Faz porque a gente sabe que tem que fazer. [...] Aquelas acamadas, as dependentes, ai é cuidado da gente a gente faz a escovação, escova a língua na hora do banho. Jacira

[...] têm muitos (idosos dependentes) que nem escovam os dentes, há muito tempo. Às vezes vem algum funcionário, porque a ordem vem, tem que lavar a gengiva deles, mas eles já tem quase só a gengiva. Alguns que têm prótese deveriam escovar e tudo, mas eu não sei se é uma coisa que a maioria (dos cuidadores) não gosta. Ademar

Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado do idoso independente

O idoso independente é considerado pelos participantes aquele que pode realizar parcial ou totalmente as atividades de vida diária, necessitando de pouco ou nenhum auxílio do cuidador para isso. Sendo pessoas independentes, mesmo vivendo numa instituição de longa permanência, os profissionais de Enfermagem fazem uma supervisão à distância na tentativa de controlar as práticas de autocuidado, principalmente de higiene bucal, dos idosos. Reconhecem que não sobra tempo para supervisionar e controlar mais apuradamente a qualidade do procedimento realizado pelo próprio idoso. Alguns cuidadores revelam que, às vezes, idosos afirmam ter realizado a higiene bucal e na verdade ainda permanecem resíduos na cavidade

bucal/prótese. Apontam também ser um equívoco acreditar que os idosos independentes sabem fazer adequadamente a sua higiene bucal e podem assumir a responsabilidade pelos procedimentos sozinhos. Por isso, os profissionais de Enfermagem deveriam auxiliar também o idoso considerado independente.

E aquele que tem uma dependência menor, a gente também auxilia ele. Todos eles nesse horário. Auxilia. E aquele que sabe fazer por si, a gente olha: "Oh, escova melhor aqui." A palavra seria, talvez, supervisiona. Mas não com aquele: "Você não fez." Não nesse sentido. Não na cobrança. A gente sempre tenta, que a gente tem o pessoal da educação que está nos ajudando muito nisso, como uma coisa positiva. "Olha, a sua prótese, quer que eu ajude a escová-la? Aqui não ficou muito bem, posso ajudar?" Nesse sentido, no lado positivo. Não como fiscal porque aí não funciona. Aí eles se sentem mal. Carla

As independentes a gente não sabe se ela escovou ou não escovou. Talvez elas dizem que escovam: "Escovaram os dentes?" "Escovamos". Muitas vezes a gente observa que não, que a boca tá suja, os dentes estão sujos, a dentadura tá suja... Jacira

Valorizando o trabalho da Enfermagem

Os idosos reconhecem o valor do trabalho dos profissionais de Enfermagem. Na interação proporcionada pelas ações de cuidado, há uma reciprocidade de manifestação de afeto, que pode ser interpretada como um sentimento de gratidão. A família também valoriza a atenção dispensada aos idosos. Os participantes reconhecem que o trabalho da Enfermagem no cuidado do idoso é difícil e exige sacrifício. Também os profissionais ressaltam a necessidade de autovalorização de sua função na área da saúde. Fazer os procedimentos de higiene bucal no idoso é visto como um modo de agregar valor ao trabalho da Enfermagem.

Eu vejo o cuidador com muita paciência, com muito carinho. Que eu olho e sinceramente eu tiro o chapéu. Eu digo na frente, digo atrás, digo no lado a essas meninas. Por que não é só a boca, é o corpo todo. A boca ainda é uma das partes melhores de serem limpas. Erta

O nosso idoso aqui, que é de quem eu mais posso falar, eles já não cuidam mais (de si). Quem cuida é a Enfermagem, a quem eu prezo muito. Eles tiram a prótese deles e escovam, escovam a língua deles. E eles (os idosos) ainda acham ruim. Por que é difícil mesmo alguém escovar a minha língua. Vamos pensar a verdade. Ainda mais para mim que nunca tive esse hábito. Então, eu considero muito o trabalho das técnicas de enfermagem. Erta

Pois olha, não é tão fácil, porque para lidar com eles (idosos), não é tão fácil para elas (cuidadores), o sacrifício delas, não é? O trabalho é delas. Insistindo, levando. Mas fazer o quê? Tem que aceitar. Cada um tem que aceitar como é, né? É o que eu digo, elas têm trabalho com eles. Têm paciência, muita paciência elas têm. São queridas, tudo. Principalmente da X eu gosto muito, um amor também. Geralda

Estreitando o relacionamento cuidador – idoso

A partir da relação estabelecida entre o cuidador e o idoso emergem reflexões sobre como ocorre a reciprocidade do cuidado e de que modo essa influência mútua é percebida pelos cuidadores. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Percebendo o cuidar de si - cuidar do outro

O cuidador, ao interagir com o idoso, tem despertada a preocupação pelo seu próprio processo de envelhecimento. Os participantes acreditam haver uma associação entre as práticas de autocuidado à saúde bucal realizadas habitualmente pelos cuidadores e aquelas fornecidas ao idoso. O cuidador é visto como um exemplo a ser dado ao idoso: se o cuidador não cuida da sua própria saúde bucal o cuidar-do-outro perde significado, tanto para ele quanto para o idoso. Os cuidadores afirmam almejar para o idoso o mesmo que para si, assim realizam os procedimentos da mesma forma que consigo. O que orienta as ações e as posturas dos cuidadores ao realizarem o cuidado à saúde bucal dos idosos são seus conhecimentos, valores, experiências de cuidado recebido e hábitos de autocuidado que repercutem na sua saúde bucal. O comprometimento da saúde bucal dos cuidadores se reflete na qualidade do cuidado prestado ao idoso.

Prevenção também, mas o cuidado em si, o autocuidado, a pessoa ter amor-próprio, “vou cuidar de mim”, porque, por exemplo, como é que eu vou cuidar de alguém, como é que eu vou amar alguém, como é que eu vou cuidar dos meus filhos se eu não cuidar de mim primeiro? Eu acho que a pessoa tem que pensar um pouco em si, ser um pouquinho egoísta. Marta

O idoso vê, quando ele passa com a escovinha, depois do almoço, e vai para o banheiro, os funcionários vão. O idoso está de olho [...]. E o novo (o cuidador jovem) vai para não ficar que nem o idoso. Tem essa troca. Tem esse sentimento. Por que é um espelho, uma troca. Então, os novos perguntam

porquê, para mim. Eles são curiosos. Mesmo aqui eu procuro pôr tudo o mais saudável possível para eles. O que eu quero para mim eu quero para eles. [...] Eles também olham. Eu não preciso dizer. Eles estão vendo como eu ajo na minha alimentação. Erta

Colocando-se (o cuidador) no lugar do idoso

Em geral, as pessoas que cuidam de idosos, colocam-se em seu lugar para compreender o que significa estar na velhice e ser idoso. Há um movimento de projeção para o futuro na tentativa de imaginar qual será a sua condição de saúde e de saúde bucal, como cuidarão de si ou como serão cuidados por outras pessoas. Embora haja pessoas querendo viver o presente sem se preocupar com o futuro, os participantes acreditam que o fato de trabalhar/conviver com idosos faz despertar a consciência de cuidar da saúde hoje para colher bons frutos no amanhã.

Por que assim, [...] tu passa a pensar na tua (velhice) também. Tu está cuidando dele, da higiene dele, mas tu passa a pensar na tua. Como tu estás fazendo? Tu se questiona, como tu está fazendo a tua. Eu acho que isso reforça também. De eu cuidar para não chegar naquele estado, no sentido assim: “esses dentes, nossa, eu estou vendo a raiz do dente. O dente está caindo ali. Nossa, chegou nesse estado?” Toda aquela situação ali, tu se projeta: “eu vou cuidar melhor para que, também não ocorra isso comigo.” Isso acontece. Carla

Fazendo a higiene bucal pelo idoso e pensando no resultado da sua ação

Ao cuidar da saúde bucal do idoso, especialmente ao fazer a higiene bucal pelos idosos, os cuidadores agem orientados por alguns objetivos e refletem sobre as conseqüências de sua ação. Os participantes reconhecem que o cuidado à saúde bucal traz benefícios ao idoso, faz bem para sua saúde, para a auto-estima e para a aparência, garante bem-estar, satisfação e felicidade. Uma das prerrogativas para cuidar da saúde bucal do idoso é o cuidador gostar do que faz, embora haja uma divisão de posicionamentos em relação aos procedimentos de higiene bucal, pois alguns os consideram ruim ou desagradável. Contribuir para o restabelecimento e a manutenção das condições de saúde bucal do idoso, valorizando-o, demonstra preocupação e capacidade de reintegrá-lo na sociedade.

Significa que ele (o idoso) é importante. Eu acho que isso traz, para ele, que alguém se preocupa com ele. E que aquilo vai trazer algo positivo, que é saúde para ele. De prevenção e tratamento também. Acho que a questão também de auto-estima dele, ele vai se sentir melhor, vai se sentir limpo. Carla

Tudo que tu faz ajuda, não é só porque ele não pode fazer, mas você pode fazer por ele [...]. Tu faz melhor assim. Agora, só fazer por fazer, não tem gosto. Aí se torna um jogo. Um jogo assim: vou acabar, ganhei. Agora, se você gostar tu fica lá bajulando, tu fica contado histórias, tu dá mais atenção, mais valor. E o idoso também ganha com isso. Luciano

Praticando com deficiência a higiene bucal dos idosos

A demora no surgimento dos resultados e a falta de reconhecimento pelo seu trabalho são motivos de frustração dos cuidadores podendo comprometer sua atuação. Alguns cuidadores não gostam de ter contato com a cavidade bucal dos idosos ou com próteses, apresentando restrições que só tendem a prejudicar o desempenho dos procedimentos. A falta de consciência da importância da saúde bucal no envelhecimento é fruto de preconceito de que idosos sem dentes ou com pouca expectativa de vida não necessitam ter sua higiene bucal feita com frequência, nem que tratamentos reabilitadores seriam oportunos. Alguns participantes põem em dúvida a dedicação, desempenho e eficácia das ações realizadas pelos funcionários. Relatam que há momentos em que a higiene bucal é colocada em segundo plano, sendo mal realizada ou não sendo realizada por falta de tempo ou esquecimento. Frente à agressividade do idoso ou dificuldade de outra ordem, os cuidadores desistem de seguir com os procedimentos.

[...] tem coisas que os próprios servidores têm uma certa restrição para fazer com os idosos. Pois é, a maioria deles eu acho que não gosta de mexer (na boca). Claro, vamos lavar os dentes, vamos lá para dentro e tal, no lavatório. Não sei se eles pegam e escovam mesmo ou lavam, sei lá eu com quê, uma esponja, isso eu nunca vi. Ademar

Eu gostaria que chegasse de manhã, escovasse o dentinho, ou a prótese, ou a gengiva, o que fosse. Mas como eu só tenho dois funcionários para aquele mundaréu de idosos, eu falo mas eu sei que ele não faz. Que, a princípio, teria que ficar estimulando, mas o meu tempo não deixa. Então a gente falha bastante. Marta

Para dar banho, para enxugar, para vestir, para tirar da cama, para por na cadeira, para tirar da cadeira, levar para o café, cuidar da [...] é feito o básico, não o máximo, o básico. Não tem, não tem como. A casa não tem capacidade,

assim, para fazer tudo isso, assim, para cuidar da higiene bucal. Assim, às vezes fica para trás fica assim, uma coisa esquecida, meio que esquecida.
Luciano

Enumerando requisitos para ser um cuidador de idosos

Cuidar de pessoas idosas exige dedicação e em alguns momentos renúncia. O cuidador deve identificar-se com sua atividade, gostar do que faz e estar motivado para continuar exercendo com qualidade suas tarefas. Algumas características pessoais são citadas como valiosas: ser paciente, ser capaz de demonstrar afeto, possuir uma mente aberta, ter força física e saber trabalhar em equipe. Os participantes entendem ser imprescindível que cuidadores de idosos sejam capacitados para tanto, saibam o que estão fazendo e estejam disponíveis para fazer o bem.

Eu acho que tem que ter mais paciência, tem que ter um jeitinho como falar com eles. Eu sei que o cuidado é grande. Como tu vais [...], tem que ter, às vezes tem que ter um pouco mais de paciência, que a gente quer as coisas muito rápido mas não é. Tu vês o resultado mais lento, porque eles não acompanham, eles são mais lentos. Felícia

Como tem gente que ama criança pequenininha, adora trabalhar com criança, eu com idoso. Tenho paixão. Então quem trabalha comigo tem que gostar, tem que ter afeto, tem que ter paciência, tem que ter carinho, senão não trabalha comigo. Nádia

Revelando sentimentos derivados da relação de cuidado

As relações e interações estabelecidas no processo de cuidar da saúde bucal de idosos provoca o florescer de uma série de sentimentos, por vezes contraditórios. Em geral, as pessoas sentem-se bem ao cuidar e satisfeitas de poder contribuir para a saúde bucal do idoso. Todavia, ao mesmo tempo em que sentem emoções de cunho positivo como felicidade, tranqüilidade e prazer, são tomados por tristeza, desespero, impotência, frustração, nojo, desconfiança e constrangimento. Os participantes se surpreendem com a má condição de saúde bucal e sentem pena dos idosos. Os cuidadores referem perder a paciência e chegam a esboçar atitudes grosseiras durante os procedimentos. Sentem-se confusos por não saber como agir em determinados momentos e sofrem medo, solidão e frustração ante a incapacidade de resolver os

problemas. Outros sentimentos como justiça e força de vontade derivam das suas atuações e refletem o otimismo dos participantes.

Ah, é prazeroso. Sei lá, a gente vê eles tão bem. Como eu digo, até para a gente ter um bom contato com eles, não ter medo de chegar perto deles. Não sei, para mim, eu acho [...], eu fico bem satisfeita quando eles estão bem. Felícia

Eu me sinto triste no meu trabalho com a questão da saúde bucal. Eu me sinto triste porque eu trabalho num lugar em que eu tenho dois funcionários para cada 25 idosos, e que eles não dão conta. Eles não dão conta. Não é o que eu gostaria que fosse. Marta

Eu gosto de cuidar, independente de qual for o procedimento. Eu me sinto bem. Me sinto bem. Eu me senti muito triste, muito mal, quando eu peguei um paciente que retornou (do hospital). Dá vontade de chorar, não porque eu tenho que limpar a boca dele, não é por isso. Dá vontade de chorar porque aquele paciente ficou naquele estado, naquela situação, naquele sofrimento.(por falta de higiene bucal durante a hospitalização) Carla

Cuidando da saúde bucal do idoso a sua maneira

Os envolvidos com o cuidado dos idosos institucionalizados reportam não haver uma padronização dos procedimentos de cuidado à saúde bucal nas instituições. Há diferenças no modo como realizam os procedimentos, na postura frente a situações/problemas, no trato com o idoso, ou seja, todos fazem o mesmo serviço porém cada qual a sua maneira. Os que coordenam as atividades tentam fazer com que todos trabalhem da mesma forma. Os próprios cuidadores revelam que a tarefa não surte o efeito desejado se apenas um ou poucos colegas fazem adequadamente seu trabalho, demonstrando o caráter coletivo da ação. As diferenças estão relacionadas à idade, formação, consciência e opiniões dos cuidadores.

Acho que isso é uma questão, assim, de organização, é só se organizar, implantar que dava. Isso vai muito dos funcionários, da cabeça de cada um. Não adianta só eu falar, outra pessoa falar, a mesma coisa que eu estou falando para você, se os outros colegas de serviço não colaborarem. Luciano

A casa dá a regra para a gente fazer. Mas cada um tem um modo de trabalhar. Eu trabalho do meu modo, a outra menina trabalha diferente, então não dá pra tirar uma pela outra [...] eu faço por mim, mas a gente tá cumprindo o que a Enfermagem pede, o que a enfermeira dá. Jacira

Recebendo as queixas e registrando problemas de saúde bucal dos idosos

Os participantes relatam ouvir dos idosos manifestações de descontentamento com a sua situação de saúde bucal, porém com pouca frequência quando confrontadas com as reais condições clínicas que apresentam. Geralmente, os idosos não fazem comentários ou discutem sobre a sua saúde bucal, mas quando isso ocorre vem acompanhado de queixas por dores de dente ou em outras partes da boca, próteses mal adaptadas, dentes moles, falta de dentes e dificuldade de mastigar os alimentos. Os idosos também reclamam do tipo de alimentação que são obrigados a comer em virtude da ausência de dentes (consistência dos alimentos). As queixas ficam mascaradas e costumam aparecer quando da presença dos familiares.

Só tem uma pessoa aí que reclama sempre, que não pode comer isso, que não pode comer aquilo. Que não pode mastigar. “Ah, não, isso aí não adianta botar para mim porque eu não vou mastigar, eu não posso mastigar”. Mas isso aí só tem uma pessoa. Ademar

Ela (a saúde bucal) sempre teve enfoque, mas, algumas assim, como é que eu posso dizer, em alguns momentos fica mascarado. É essa a palavra que eu quero utilizar, fica mascarado. E só se um familiar chega ou só se o dente dói para realmente ver que ali tem alguma coisa que precisa atenção. Mila

Formando o profissional de Enfermagem na temática da saúde bucal

Os profissionais de Enfermagem reconhecem as limitações que possuem com relação ao conteúdo de saúde bucal e cuidado à saúde bucal durante sua formação acadêmica nos níveis técnicos e superior. Ou não receberam qualquer tipo de informação, ou receberam instruções muito básicas e restritas. Em geral, nenhum conhecimento lhes foi transmitido sobre as especificidades da saúde bucal de idosos. A experiência pessoal e profissional confrontou-os com a realidade e importância da saúde bucal. Reconhecem a carência e a necessidade de capacitação, principalmente no que se refere aos conhecimentos específicos sobre saúde bucal do idoso.

Ah, eu tive instruções, mas muito básicas. Eu posso dizer que realmente eu aprendi com a minha mãe com, no consultório, assim, mas [...]. É, eu aprendi, nesse conhecimento mesmo foi, quando eu era criança foi com a minha mãe mesmo, daí eu tento passar para eles. Mas no meu técnico, eu acho que foi

muito básico. Eles ensinam, “ah, mas ah, tens que limpar a boca do paciente, lavar cabelo, dar banho”, mas muito básico. Felícia

Mas na formação acadêmica eu acho que ela é bem limitada. A gente tem bem limitada essa área. Carla

Teve bastante enfoque. Por que a higiene oral é um dos principais cuidados que a gente faz no paciente. Eu acho que de todas as profissões, ainda é a nossa a mais que está junto assim. A que mais sabe assim, não a que mais sabe, imagina, a que mais tem consciência de quanto, nossa, quanto reflete. [...] Que eu sou um pouco leiga e não tenho tanto conhecimento, mas, assim, pelo que a gente estuda assim uma coisa bem básica mesmo. Mila

Necessitando interdisciplinaridade no cuidado à saúde bucal

O cuidado à saúde bucal não pode ser realizado por completo se considerado responsabilidade de somente uma disciplina. Várias áreas da saúde devem convergir esforços para possibilitar o atendimento integral da pessoa idosa nas suas demandas de saúde bucal. O cuidado à saúde bucal não pode ser deixado a cargo exclusivamente dos cuidadores auxiliares e técnicos de Enfermagem. Deve ser compartilhado em suas diferentes esferas de abrangência com profissionais da Enfermagem e também da Odontologia, Psicologia, Nutrição, Medicina, Serviço Social, com profissionais da Educação e com o próprio idoso. Essa multidisciplinaridade não está presente no cuidado à saúde bucal do idoso e os profissionais pouco procuram comunicar-se e interagir entre si na busca do melhor-fazer pela saúde bucal. A integração dos procedimentos odontológicos aos cuidados geronto-geriátricos ainda é lenta mas necessária. A Odontologia Geriátrica tem muito a ganhar com a interdisciplinaridade, assim como o paciente.

As profissões em si, não conversam entre si, apesar de se dizerem de uma área só. Mas entre si elas próprias se segmentam [...]. A própria questão de se dizerem profissionais de saúde, mas, enfim, não conversam entre si. Exatamente, cada um com o seu segmento. Eu acho que a questão é o comodismo mesmo. Plínio

Eu acho que por falta mesmo de uma atuação mais multidisciplinar dos profissionais. Eu acho que a Odontologia ainda, embora se fale muito em multidisciplinaridade do serviço de saúde, eu não sei se a questão é tanto dos dentistas, mas as outras categorias também ainda não assumiram a Odontologia como uma parte da saúde integral da pessoa. E, às vezes, tanto na área médica como de enfermagem, atende o paciente e não se dão conta de que ele tem elementos dentais faltantes ou que ele está com uma gengivite. As

peças não conseguem nem observar o básico para poder encaminhar para o serviço de saúde. Saete

Eu acho que é um papel em conjunto. Por que a gente precisa da figura do dentista. O odontólogo é fundamental. Tanto que a gente está numa grande dificuldade porque a gente, por exemplo, nós temos um paciente, a gente observa que algo não está certo, mas não sei dizer o que que está errado. Eu não sei tratar isso e eu não tenho formação para tratar. O que eu faço é a higiene. Estimulo a higiene e vejo se algo está errado. Levo ao odontólogo. Nesse sentido. Então, acho que é uma coisa casada, uma coisa em conjunto. Sozinho eu acho que não dá. Carla

Definindo o papel do dentista no cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado

O cirurgião-dentista é percebido como um dos profissionais envolvidos no cuidado à saúde bucal do idoso. Sua atuação é considerada pontual/eventual, visto que não permanecem com os idosos diariamente, porém é muito necessária. No ambiente das instituições de longa permanência o dentista é reconhecido como o profissional que supervisiona o trabalho da Enfermagem nas questões de saúde bucal, prescrevendo o cuidado e orientando os cuidadores para sua realização a contento. Especificamente na sua área de domínio, o dentista realiza ações preventivas, curativas e reabilitadoras (extrações, profilaxias, restaurações, ajuste e confecção de próteses) além de avaliações clínicas sobre a condição de saúde bucal dos idosos e encaminhamentos. Também é papel do dentista disseminar, por meio de estratégias educativas, conteúdos relacionados ao cuidado à saúde bucal dos idosos e assim estimular a valorização da saúde bucal para esse grupo.

Limpeza, obturações simples, extrações. Enfim, e olhar a manutenção, fazer flúor. Olhar, ver se está tudo ok, porque a gente não conhece a coloração da gengiva. E o dentista pode conhecer e nos orientar. Erta

Eu acho que devia ter para incentivar mais, vir um pessoal da Odonto fazer tipo um teatrinho, mostrar o que que é cárie, o que que é bactéria, porque ah, às vezes a gente fala [...], às vezes a gente explica, mas não é como o pessoal da Odonto. Felícia

Convivendo com as dificuldades de se cuidar da saúde bucal do idoso institucionalizado

Alguns participantes consideram a tarefa de cuidar da saúde bucal do idoso difícil, outros a consideram um procedimento comum e até mesmo fácil. Na verdade, em se tratando do idoso institucionalizado, em geral mais dependente e com problemas mais graves de saúde, as dificuldades de realizar os procedimentos de cuidado à saúde bucal são muitas. A maneira como os cuidadores lidam com essas dificuldades podem transformá-las ou não em barreiras intransponíveis para o cuidado. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Pontuando as dificuldades do cuidador ao realizar práticas de cuidado à saúde bucal

As dificuldades que surgem ao realizar os procedimentos de cuidado à saúde bucal, especialmente a higiene bucal diária, derivam do fato de o idoso institucionalizado na maioria das vezes apresentar-se resistente às intervenções, ou não ser capaz de estabelecer comunicação com o cuidador. Ao deparar-se com essas situações, o cuidador (que não está preparado/treinado formalmente) sente dificuldades para conseguir completar a tarefa. A falta de cooperação do idoso ou a recusa em receber os procedimentos de higiene bucal provém da intolerância deste à mudança de seus antigos hábitos e falta de consciência da importância dos procedimentos. As limitações físicas apresentam-se como dificuldades quando da necessidade de deslocamento, impossibilidade de abertura de boca e dificuldade de cuspir. Muitas vezes o cuidador tem medo de machucar o idoso, quando estes são agressivos, inquietos ou não abrem a boca.

Fazer a higiene bucal de outra pessoa representa às vezes entrar em contato com odores desagradáveis. A falta de orientações sobre procedimentos e carência de materiais específicos, ajustados às condições de saúde bucal e às demandas de cuidado dos idosos, também constituem obstáculos relevantes. No plano operacional, os cuidadores reclamam da sobrecarga de atribuições, escassez de pessoal e

conseqüente falta de tempo para dedicarem-se ao cuidado à saúde bucal dos residentes.

(Os funcionários) não dão conta porque assim, desses 25 idosos para dois funcionários, dezoito estão em cadeira de rodas, dependentes para tudo. Usam fralda, tem que tomar banho, tem que ficar trocando fralda, tem que cortar unha, tem que dar comida na boca. Eles não dão conta. Não é o que eu gostaria que fosse. [...] De vez em quando, se dá tempo, que ninguém tem que sair [...]. Porque assim, na verdade tem mais um agravante. Desses dois funcionários que ficam de cada lado, se um (idoso) tiver consulta, eu tenho que disponibilizar um. Então fica três, fica um de cada lado, mais um (volante) ajudando. Então é complicado. Mas se é um plantão tranqüilo, que correu tudo bem, que teve voluntário que ajudou, daí eu percebo que eles vêm, todo mundo no refeitório, e eles vão colocando, “ah, essa é tua”. Não é todo dia, não vou negar, mas se é um plantão tranqüilo, se é uma pessoa mais consciente, ela faz isso (a higiene bucal). Marta

[...] idoso dependente às vezes está um pouco esquecido como é que se faz, as vezes não tem dente, as vezes só está gengiva, e não abrir a boca, não cuspir, não soltar o que está dentro da boca para fora. Às vezes se torna um pouquinho complicado, mas eu acho que um pouquinho [...]. Tudo tem seu tempo, tudo isso faz parte. Luciano

Superando dificuldades (o cuidador) ao realizar práticas de cuidado à saúde bucal

A lista de dificuldades que os participantes relacionam é extensa. No intuito de conseguir realizar os procedimentos de cuidado à saúde bucal dos idosos, os participantes, nas suas esferas de atuação, lançam mão de vários artifícios para que estas dificuldades não sejam transformadas em barreiras que impeçam totalmente a realização de suas tarefas. Nas dificuldades que dizem respeito à relação cuidador-idoso, o cuidador procura ultrapassá-las à medida que conversa com o idoso, explica o porquê dos procedimentos, insiste na execução e procura convencer de que o procedimento é bom para o idoso. O cuidador negocia constantemente com o idoso, transferindo os procedimentos para um outro momento, respeitando a vontade do idoso. O cuidador procura simplificar os procedimentos adaptando seus conhecimentos e práticas, mantendo-se cuidadosos e criativos. Os que coordenam suas atividades devem dedicar-se a tornar melhores as condições de trabalho e organizar o rol de procedimentos para que o cuidado se faça.

Na hora de escovar a gengiva...tem hora que eu penso que estou sendo grosseira. Daí a gente fica com pena e pára e como ela tá com medo, eu vou parar, daí faço mais ou menos, amanhã continuo de novo cada dia faz um pouquinho, o dia que ela não quer a gente não faz, o dia que ela quer a gente faz, mas o certo seria todos os dias, mas como é idoso...a idade mais avançada, a gente fica com pena que nem criança. Jacira

E também assim, a gente conta com a figura da X. Que é uma pessoa que é da direção, que também vê uma coisa positiva. Ela ajuda a gente: uma escovinha melhor, arrumar aquele creme dental, às vezes que ele gosta mais daquele tipo. A criatividade tem que estar junto. Tudo isso é um trabalho de uma equipe, que não só da Enfermagem. Por que, às vezes, sozinho tu não consegue. Carla

Categoria: “Gerindo o cuidado à saúde bucal em uma instituição de longa permanência para idosos”

As instituições de longa permanência que abrigam idosos têm o propósito de assistir o público idoso que sofre de alguma incapacidade ou possui algum grau de dificuldade na realização das atividades diárias. Entretanto, é observado que indivíduos com menor grau de dependência vivem em instituições devido falta de recursos econômicos e de suporte social. A inserção do cuidado de idosos em organizações privadas, com ou sem fins lucrativos, vem ocupando espaços decorrentes da omissão do setor público.

As instituições de longa permanência devem cumprir um exemplar número de tarefas de atenção e assistência aos idosos, que podem abranger desde serviços de hotelaria até cuidados médico-hospitalares e para isso, devem estar preparadas com estrutura, equipamentos, recursos humanos e financeiros suficientes. De outra parte, estão inseridas no conjunto de equipamentos sociais que prestam serviços de saúde à comunidade, relacionando-se com o sistema de saúde e também com os serviços de saúde bucal.

Ainda que os participantes idealizem para a instituição um modelo administrativo do tipo burocrático, pouco flexível, com rotinas e normas bem explicitadas, a complexidade organizacional exige novos modelos de gestão que conciliem diferenças, sejam mais abertos, voltados à participação, auto-organizadores, e que favoreçam a criatividade e a motivação no ambiente de trabalho.

Particularmente, a gestão do cuidado à saúde bucal do idoso pela instituição de longa permanência carece de transformações por exigências das novas demandas de saúde e de saúde bucal dos idosos.

As subcategorias que compõem a categoria “Gerindo o cuidado à saúde bucal em uma instituição de longa permanência para idosos” são:

- HISTORIANDO O CUIDADO À SAÚDE BUCAL NA INSTITUIÇÃO
- IDENTIFICANDO HÁBITOS E PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE BUCAL NA INSTITUIÇÃO
- IDENTIFICANDO DIFICULDADES OPERACIONAIS/GERENCIAIS NA INSTITUIÇÃO
- GERINDO AS FINANÇAS DA INSTITUIÇÃO
- MODIFICANDO ROTINAS EM VIRTUDE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS
- EXPONDO O RELACIONAMENTO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE
- LOCALIZANDO A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO
- BUSCANDO ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
- MOSTRANDO O DESEMPENHO DOS EMPREGADOS E VOLUNTÁRIOS NA INSTITUIÇÃO
- PROFISSIONALIZANDO O CUIDADO NO ÂMBITO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS
- DETERMINANDO A FUNÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS
- RESPEITANDO OS VALORES DA ENTIDADE MANTENEDORA

Historiando o cuidado à saúde bucal na instituição

Os participantes que trabalham ou vivem nas instituições de longa permanência relatam modificações/transformações referentes à abordagem do cuidado à saúde bucal em seus aspectos gerenciais e os conseqüentes reflexos na prestação de

cuidado aos idosos. Fazem referência há um tempo passado, quando existiam poucos empregados e falta de estímulo para que os cuidadores realizassem os procedimentos de higiene bucal, que por vezes não eram realizados. Não havia regras ou protocolos que normatizassem o cuidado à saúde bucal, e havia pouca cobrança ou exigências do nível central. A falta de profissionais de Enfermagem contratados (nos diferentes níveis de formação) e da presença do cirurgião-dentista demonstravam despreocupação e falta de planejamento das rotinas de cuidado à saúde bucal.

Como eu disse antigamente há 9, 10 anos atrás não tinha como hoje, não tinha tanta informação sobre o idoso a parte odontológica, da saúde bucal, não tinha. Hoje tem, hoje vocês vêm para cá e explicam o que tem que fazer com o idoso há tempos atrás não tinha, entendesse? [...] Não fazia, não fazia, não tinha informação e não era exigido. Daí ficava por cada pessoa. Eu sabia que a minha eu tinha que fazer. Do idoso, ah...não tem dente...não sei se era falta de informação ou interesse também. Jacira

Identificando hábitos e práticas de cuidado à saúde bucal na instituição

Os participantes formulam um cenário diferente quanto à abordagem à saúde bucal do idoso institucionalizado nos dias de hoje e à inserção gradual dos procedimentos fornecidos. São identificados e descritos hábitos e práticas de cuidado, especificando o que é feito, o modo como é feito, quando, por quem e quais os materiais utilizados. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Inserindo o cuidado à saúde bucal na instituição

O cuidado à saúde bucal aos idosos foi sendo inserido no rol de cuidados à saúde prestado nas instituições de longa permanência lenta e gradualmente e ainda hoje está em processo de adaptação. Alguns fatos foram marcantes e decisivos na mudança de hábitos e práticas. A contratação de pessoal com formação acadêmica na área de Enfermagem e a postura da administração em tornar o cuidado profissionalizado e apoiar as iniciativas foram fundamentais no processo de mudança. A presença da enfermeira como responsável pela organização e prescrição dos cuidados possibilitou a inclusão da higiene bucal como procedimento diário. Houve dificuldades

ao início para implementar as novas rotinas e tornar a higiene bucal obrigatória, principalmente pela resistência dos cuidadores e dos idosos. Hoje com um número maior de funcionários capacitados há maior tempo para fazer a higiene bucal dos idosos. Entretanto, a incorporação dos cuidados à saúde bucal do idoso institucionalizado não foi acompanhada da devida orientação e treinamento dos empregados profissionais de Enfermagem. A doação de equipamentos odontológicos e a construção dos consultórios para o dentista dentro das instituições, bem como a presença e trabalho de dentistas voluntários também possibilitaram maior contato dos idosos com os cuidados à saúde bucal, na perspectiva de acesso a tratamento odontológico.

Eu acho assim, é que a enfermeira não cobrava porque não tinha outros funcionários. Eu acho que tinha um funcionário na casa. Hoje em dia não, tem mais funcionários, daí tem tempo de fazer tudo, o banho, escovar, dar medicação, dar comida. Hoje em dia eu acho que as coisas estão funcionando melhor. Felícia

[...] a população de uma forma geral, os dentistas, a comunidade, têm uma consciência disso também, tanto que em diversos momentos da vida da X, ela recebeu a doação de gabinete dentário. Então, isso mostra que havia uma consciência social, pelo menos por segmento, e a X, se não tivesse a consciência, era obrigada a despertar, uma vez que ganhava. Aceitava porque queria. Só que depois constatavam que queriam, mas não podiam (operar o equipamento). Hercílio

Fazendo a higiene bucal dos idosos institucionalizados: o que e como

Os participantes declararam que são realizados procedimentos de higiene bucal nos idosos residentes, mas reconhecem suas deficiências. As práticas de higiene bucal incluem a escovação de dentes, escovação e desinfecção de próteses, limpeza da cavidade bucal (mucosas e língua), remoção de próteses totais mal-adaptadas e utilização de soluções anti-sépticas para bochecho. As instruções sobre as práticas de cuidado são genéricas, inexistindo prescrições individuais sobre saúde bucal. As deficiências giram em torno da falta de eficácia no cumprimento de rotinas estabelecidas e das práticas, visto que somente em alguns momentos se consegue realmente atingir com sucesso os objetivos de uma higienização bucal adequada. Não são realizadas avaliações das condições de saúde e higiene bucal dos idosos.

É assim, independente de ter dente ou não, a gente vai fazer a escovação da língua e também, claro, com escova macia, que todas elas a gente usa muito escova macia. Só no paciente às vezes acamado que a gente tem que usar gaze. É, às vezes tem que usar. Às vezes é complicado por ele estar acamado. Carla

A gente deixa, a gente pega e faz com que eles façam a higiene bucal, escove os dentes. Fica lembrando, fica dando um cutucãozinho, “vamos lá, vamos escovar os dentes”. Faz sozinho, a gente fica observando. Quem não tem dente você faz a higiene bucal e quem tem prótese com a gaze. Gaze, Cepacol, só para limpar, enxaguar, fazer um bochecho e jogar fora. E quem tem prótese, a gente escova a prótese e limpa a boca. Luciano

Fazendo a higiene bucal dos idosos institucionalizados: quando

O momento da realização e a frequência dos procedimentos de higiene bucal variam amplamente tanto entre as instituições de longa permanência pesquisadas como entre os idosos residentes. Em geral, uma prática que parece ser a mais frequente é a da realização da higiene bucal no momento do banho, que pode ser dado antes ou depois do café-da-manhã. A higiene bucal também está associada aos momentos em que são realizadas as principais refeições do dia, mas não para todos os idosos, nem em todas as instituições. Para os idosos dependentes os horários são decididos e impostos pela Enfermagem aos cuidadores, considerando o tempo disponível, outras tarefas prioritárias e os turnos de trabalho.

A higiene é feita de manhã, no banho. O paciente já vai para o banho, já leva o material para a higiene. Esse banho tem uns que tomam de manhã, outros de manhã muito cedo, cinco horas, que tem o hábito. Já se faz ali com a supervisão da enfermagem. Por que a enfermagem auxilia no banho. Depois eles tomam café. A higiene do café a gente não consegue fazer supervisão de todos. Por que fica complicado. Depois tem após o almoço, a gente faz supervisão de todos. O café da tarde, aí eles fazem a higiene, a gente dá aqueles que têm mais dependência a gente auxilia e outros a gente dá mas não é tão rigorosa. E a do jantar a gente faz a supervisão.[...] Todo aquele processo. Então, a gente cuida bastante da higiene da manhã, do jantar [...] Mas o que eu vejo que a gente consegue fazer direitinho é de manhã, na hora que acorda, no almoço e no jantar. As outras a gente faz uma supervisão mais, né, porque a gente não consegue. Eu sou sincera para ti. E nos acamados a gente faz depois das refeições. A gente que faz. Carla

Fazendo a higiene bucal dos idosos institucionalizados: os materiais utilizados

A falta de material básico não é empecilho para a realização da higiene bucal dos idosos, visto que a instituição ou os familiares disponibilizam com frequência principalmente escovas e cremes dentais e, às vezes, soluções para enxágüe bucal. O problema é que esses materiais nem sempre são adequados às condições de saúde bucal dos idosos e às suas necessidades. Na falta de material específico procuram adaptá-los às necessidades. Os cuidadores reclamam da qualidade das escovas, que consideram muito duras. A organização do fornecimento desses materiais varia de instituição para instituição, mas todas procuram garantir que cada idoso possua sua própria escova, por vezes fornecendo junto com os materiais de higiene pessoal ou em um *kit* específico de higiene bucal. Outros produtos/materiais necessários para o cuidador, como luvas, gaze e copos/canecas também se encontram disponíveis.

Nós temos um *kit*. Nesse *kit* já ali tem a escovinha, o sabonete, a pasta. Cada um tem o seu dentro do *kit* que eu comprei para cada um. A escova tem tampinha, comprei até não, eu ganhei. Então, a gente tem aquele clorito ali, como é o nome, que é a mesma coisa que Qboa ...hipoclorito, onde as coisas vão de molho. Então, as enfermeiras fazem aquela desinfecção e a gente faz o que a gente pode. Dentro do possível a gente está fazendo, de acordo com a ordenação, quando o dentista vem e diz: "Para esse eu quero que faça isso. Esse aqui está necessitando daquilo." A gente faz. Uma água oxigenada, dez volumes se não me engano, não lembro, misturada com outra água. Erta

Vivendo o conflito de prioridades

Há a demonstração de uma consciência coletiva da importância da saúde bucal dos idosos nas instituições de longa permanência e o entendimento que o cuidado à saúde bucal é positivo e traz benefícios para os idosos residentes. Entretanto, outros procedimentos competem com relação às prioridades que devem ser estabelecidas na instituição. A higiene bucal não está integrada aos procedimentos de higiene corporal, sendo assim os participantes consideram dar banho ou trocar fraldas mais importante que a higiene bucal. Os problemas de saúde bucal são realmente considerados e valorizados quando o idoso manifesta dor. Na tentativa de aproximar o cuidado à saúde

bucal das outras práticas procura-se registrar, junto com a prescrição de Enfermagem, as ocorrências e as recomendações do dentista.

Que é mais importante, vamos definir como mais importante. Eu acho que elas (cuidadores) não vêem com muita importância. Trocar fralda é muito mais importante do que fazer a higiene bucal. Ou dar banho é mais importante. 'Ah, eu dei banho e esqueci de escovar o dente'. Não volta para escovar. Espera a escovação no outro dia. E eu acho que a própria administração assim, ela também não se atenta muito para isso. Por que quando toda a estrutura mudou não se pensou em contratar ou, de repente, fazer algum convênio com algum dentista voluntário. Não se pensou nisso. [...] De fazer toda essa avaliação que para a gente agora é importante. Mas que para o pessoal da direção não é, digamos, diretoria. Até pelo custo e tudo isso. Paula

Identificando dificuldades operacionais/gerenciais na instituição

Gerir uma instituição de longa permanência para idosos não é tarefa fácil. São muitas as dificuldades para assegurar atenção com qualidade no âmbito das instituições de longa permanência. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Pontuando as dificuldades da instituição de longa permanência no cuidado do idoso

As dificuldades das instituições de longa permanência em prover adequadamente e melhor o cuidado aos seus residentes são principalmente de ordem financeira e operacional, ambas intimamente relacionadas. Considerando o alto custo de manutenção que implica o idoso institucionalizado, as instituições filantrópicas, sofrem para superar esta barreira. A falta de recursos financeiros limita a possibilidade de contratação de um maior número de cuidadores. Os poucos que a instituição consegue manter não são suficientes para dar conta de todas as tarefas e não é incomum a solicitação de afastamento dos cuidadores por problemas de saúde de origem ocupacional. A rotina das atividades da instituição nem sempre privilegia o idoso e se dá mais em função da disponibilidade e turnos dos empregados. Há dificuldades em se conseguir a medicação e transporte apropriado para os idosos. As instituições filantrópicas dependem de voluntários para o fornecimento de muitos serviços, inclusive

os de saúde, como médicos, dentistas, fisioterapeutas, etc. As instituições têm dificuldade em cumprir as normas baixadas por órgãos públicos, como Prefeitura, Vigilância Sanitária, Bombeiros, etc.

Por que não é fácil a despesa que se tem. Se o povo não ajudasse nós não poderíamos estar funcionando. Financeiro (falta recurso). Ele compra tudo. Nós não temos nem um carro. E eu pago táxi para levar os velhinhos aqui, ali. Erta

Mas como a gente não tem mesmo tempo, não dá. Os meus funcionários estão todos quebrados, todos entrando na perícia em função do peso, de bota na cama, bota na cadeira, sabe? Não tem como. Marta

Identificando dificuldades da instituição de longa permanência no cuidado à saúde bucal do idoso

São relatadas muitas dificuldades enfrentadas pelas instituições de longa permanência para fornecerem com qualidade cuidado à saúde bucal compatível com as necessidades dos idosos. As dificuldades financeiras constituem uma barreira para o melhor desempenho. Em geral, nas instituições de longa permanência, não há avaliação e controle sobre a realização dos procedimentos de higiene bucal. Falta coordenação e a execução não é cobrada adequadamente. Os procedimentos odontológicos, realizados interna ou externamente à instituição, normalmente não são registrados.

Na instituição privada não filantrópica as dificuldades financeiras são contornadas na medida em que o ônus/responsabilidade do cuidado à saúde bucal é repassado à família do residente. Nas instituições de longa permanência filantrópicas os problemas se multiplicam. A contratação de um dentista é descartada por causa do elevado custo. Os materiais de higiene bucal são conseguidos na maior parte das vezes por meio de doação. Os participantes julgam que o cuidado à saúde bucal está longe de ser adequado ou bom e que a provisão odontológica pública está fora do contexto das instituições de longa permanência. É incipiente a presença de profissionais dentistas, dependendo as instituições de voluntariado. A falta de recursos também impede a confecção e conserto de próteses por dentistas do setor privado.

A gente já tem dificuldade até na própria compra de fraldas, que é base para a eliminação vesical e intestinal. Os custos são altos. Por que é caro. A gente não tem conhecimento, por exemplo, de quanto custa um anti-séptico bucal. E qual que é o mais barato e onde comprar. A gente nem tem tempo para fazer isso. Por que para nós seria mais um encargo, além de tantos que a gente tem. Então, quanto mais acessível e objetivo for o tratamento dele, domiciliar ou institucional, tudo que puder ser mais acessível para que a gente possa ajudar, mais fácil e mais rápido vai ser para ele. E outra coisa que eu acho importante a gente debater é a questão do *stress* do profissional. Que a gente vive em função do tempo. E nós temos pouco tempo para atingir tantas coisas, tantos objetivos. Mila

Eu tenho cuidadores que nem os cuidadores têm dente. Então se eles mesmos não têm esse cuidado com eles, e eles já estão sobrecarregados de trabalho, é lógico que por mais que a gente fale, eles não vão incorporar aquilo no dia-a-dia. Eles já não fazem no dia-a-dia deles, quanto mais no do idoso. Lógico que não deveria ser assim, mas eu creio mais em função da falta de tempo mesmo, do trabalho pesado, de muita coisa para fazer. Marta

Então, hoje, como a quarenta anos atrás, nós temos o trabalho da saúde bucal, mas também em cima de voluntários. Tem um voluntário, tem o serviço de saúde, não tem o voluntário, não tem o serviço de saúde. Hercílio

Gerindo as finanças da instituição

A escassez de recursos financeiros é uma constante no trabalho daqueles que gerenciam as instituições de longa permanência filantrópicas. Uma instituição dessa natureza sobrevive, além de algum recurso proveniente dos benefícios percebidos pelos idosos, de doações da comunidade e de fundos arrecadados por voluntários. Os custos para a manutenção do idoso institucionalizado são relativamente altos. As instituições filantrópicas pesquisadas não recebiam nenhum tipo de verba pública.

Esses mil e quinhentos reais seriam mil e duzentos que a gente põe, os trezentos que ele (idoso) põe, que formam os mil e quinhentos, que é o custo dele, é daí que nós temos que tirar a fralda, ali que nós temos que tirar o medicamento, é ali que nós temos que tirar o alimento, é ali que nós temos que tirar o pagamento dos profissionais e, principalmente, os profissionais que hoje se qualificaram. [...] A casa não ganha dinheiro do Estado, e na realidade presta conta para a população. Hercílio

Tu vê que a gente não visa lucro. Um idoso custa para nós mais de setecentos reais. Então, como é que a gente busca isso? Nós não temos verbas. Nós vamos atrás para conseguir. A verba que nós temos é dez reais de nota de luz, de quem se dispõe a doar. Café colonial...brechó... Nós recebemos roupas usadas, o que serve para o idoso fica, o que não serve é vendido. Temos mais de quarenta voluntários que trabalham em angariar, fazendo desse jeito que o dinheiro flua aqui para dentro. Por que aqui gasta-se. E um dos gastos maior

que temos é a folha de pagamento dos funcionários. Se eu não pagar eu não tenho funcionário e se não tiver funcionário a casa não anda. A casa vive vinte e quatro horas. É dia e noite. Então, a dívida é imensa. Erta

Modificando rotinas em virtude das condições de saúde bucal dos idosos

Algumas rotinas das instituições de longa permanência sofrem influências ou adaptações em função das condições de saúde bucal dos idosos. A principal modificação/adaptação é quanto à alimentação dos idosos decorrente da falta total ou parcial de dentes. Para garantir que estes continuem nutrindo-se adequadamente, não eliminando da dieta elementos mais consistentes e de difícil mastigação, os alimentos são triturados ou preparados em consistência pastosa para facilitar a deglutição. Os horários de realização da higiene corporal e bucal também são ajustados. Alguns participantes consideram muito cedo o horário determinado para o banho e que a higiene bucal poderia ser incluída ou realizada em outro momento do dia, desvinculada do banho, mas nem todos concordam com essa alternativa.

Isso é uma coisa que a gente está sempre atento. Se não tem dente, a gente não vai dar carne inteira, então a gente vai desfiar direitinho. Se for lá no refeitório na hora do almoço, tu vais ver que vai sair prato tudo batido no liquidificador, porque tem idoso que tem dificuldade de deglutição, não só falta de dente. Tu vais ver que vai ter prato que a carne vai sair desfiada mesmo, que é para o idoso que não tem dente. Marta

É, mais resistência que eu digo porque na hora do banho já está ali, já vou dar banho. Então, eu já estou ali, então não me custa pegar a escova, creme dental e fazer. E depois as quatro, as quatro e meia (da tarde) não, por que daí eu vou ter que levar todas elas para o banheiro e fazer toda a escovação. É um entrave muito maior. Paula

Expondo o relacionamento com os serviços de saúde

O cuidado integral à saúde do idoso não pode ser viabilizado somente nas dependências das instituições de longa permanência para idosos, sendo necessário muitas vezes recorrer aos serviços de saúde oferecidos externamente. Em se tratando de uma instituição privada a busca por atendimento de saúde e saúde bucal fica restrita à oferta de serviços privados, via plano de saúde, suplementar ou não. Não há portanto, nem para o nível hospitalar, demanda e utilização do serviço público. Fato oposto

acontece nas instituições de longa permanência filantrópicas. A relação que se estabelece entre essas instituições para idosos e os serviços públicos de saúde é complexa. Os participantes apontam muitas barreiras: de relacionamento institucional, de acesso, de diálogo entre profissionais e de visibilidade dos idosos institucionalizados nos serviços. Há reclamação de que as instituições não recebem a visita de profissionais do serviço local de saúde e nem mesmo da Equipe de Saúde da Família. Embora se tenha acesso a serviço médico e odontológico no centro de saúde, o sistema de agendamento de consultas é ruim e demorada a perspectiva de atendimento, o idoso tem que disputar vagas com toda a comunidade. Para as emergências se recorre aos hospitais, principalmente em fim de semana quando o centro de saúde está fechado. Mas nos hospitais não há emergência odontológica. Os participantes crêem que os serviços de saúde desconsideram e não dão atenção/apoio aos idosos institucionalizados sob a falsa imagem de que a instituição possui médicos, enfermeiros e dentistas, contratados ou voluntários. A procura por serviços odontológicos se dá em virtude da ocorrência de emergências. Uma deficiência do sistema é não ofertar procedimentos de reabilitação protética, dos quais os idosos necessitam muito. Os dentistas do centro de saúde não mantêm contato com os idosos do posto no sentido de conhecer sua realidade epidemiológica ou ofertar consultas de manutenção ou passar orientações sobre cuidados à saúde bucal. A falta de comunicação constitui uma barreira entre os serviços públicos de saúde e as instituições de longa permanência para idosos.

Todos eles têm planos de saúde. Unimed, o plano melhor que tem. Então eu realmente nunca precisei usar serviço público para nenhum deles. Vamos dizer, tem que fazer um exame de sangue. O laboratório vem, colhe o material, a gente paga uma taxa, que depois apresenta nota, a família ressarce. Eu faço pelo plano, eu não tenho nenhum deles que use o serviço público, nunca. (no contexto de uma instituição de longa permanência não filantrópica) Nádia

Porque o posto de saúde não está nos ajudando, porque o hospital não está nos ajudando, não tem ninguém voltado para nós. Não tem ninguém com a preocupação. O serviço de saúde local que devia estar dentro da instituição dando apoio, não está. (no contexto de uma instituição de longa permanência filantrópica) Hercílio

A parte médica, de enfermagem, sim. Mas o dentista, assim, eu não tenho vivência porque eu não sei. A gente nunca procurou no posto o dentista. Pode até ser que esteja lá, mas também nunca veio se oferecer: "Ah, se vocês

estiverem precisando de alguma coisa dá uma ligadinha". E o posto sempre faz isso, que ele tem contato com agente de saúde, que elas vem aqui, pelo menos uma vez ao mês. Também é questão burocrática, mas elas vêm aqui. E nesses momentos elas se oferecem, se colocam a disposição. Paula

Agora, como é que se faz o atendimento de saúde bucal dos idosos, se a maioria deles são dependentes de cadeira de rodas e alienados. Tu vais levar todos os cadeirantes para o serviço bucal, ou o serviço bucal vem aos cadeirantes? Qual é o mais, o que é mais efetivo? Bom, se nós formos verificar legislações, então, os serviços locais devem ir, devem atender as instituições de longa permanência. Então, eu creio que tem que casar isso. Não é eu montar uma clínica de fisioterapia, montar um posto de saúde, montar um posto de medicamento, montar tudo ali porque os idosos estão ali dentro. Não, o SUS existe, eu devo é fazer com que eles possam acessar o SUS. Eu devo é cadastrá-los no SUS. Agora, eu penso ser uma violência, pegar um idoso desses, levar para dentro de um posto de saúde, e esperar ele ser chamado com vinte pessoas na frente. Hercílio

Localizando a participação da família no processo de cuidar do idoso institucionalizado

Embora muitos idosos não possuam mais relações familiares, por não terem parentes vivos ou por terem sido abandonados, alguns idosos ainda permanecem com vínculos afetivos com esposos, filhos, netos, sobrinhos, irmãos,... que de algum modo se responsabilizam por ele, mesmo que esteja vivendo em uma instituição de longa permanência. Na impossibilidade de cuidar do seu parente, a família vê na instituição o apoio necessário ao acolher o idoso e fornecer todos os cuidados que ele necessita. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Identificando o papel da família no cuidado do idoso institucionalizado

As famílias nos dias atuais não estão preparadas para atender o idoso que apresente algum grau de dependência, seja por falta de estrutura/organização interna ou de suporte social. Ao recorrer à institucionalização do seu idoso transferem à instituição de longa permanência a responsabilidade pelos cuidados e não se conectam com o que se passa no dia-a-dia da instituição. Entretanto, há um esforço das instituições procurando, na medida do possível, envolver as famílias nas decisões de saúde que devem ser tomadas. A família valoriza pouco ou somente alguns aspectos

do trabalho realizado nas instituições de longa permanência com seus idosos. A presença e a participação dos familiares parece ser mais freqüente na instituição privada não filantrópica.

Não posso dizer, por exemplo, que eu já tive algum idoso que a família passou quinze dias sem vir. Nunca. É duas, três vezes por semana, entende? Todos eles. Então realmente eu não tenho essa dificuldade, que a família é muito presente. Qualquer coisa que ocorre, o primeiro comunicado é a família. (no contexto de uma instituição de longa permanência não filantrópica) Nádia

Claro que a família não acompanha porque para a família é ótimo que eles estejam aqui. Que vão estar bem cuidados. Por que se imagina sempre só do lado físico. Que vão estar numa casa. Que vai ter comida, que vai ter remédio e que vai ter pessoas para cuidar deles e deu. Paula

Identificando o papel da família no cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado

Os participantes divergem quanto à participação da família no cuidado à saúde bucal do idoso. Alguns consideram que a família não cuida da saúde bucal dos idosos dependentes que estão a seu cargo e estes só passam a receber algum procedimento quando são institucionalizados. Na mesma direção há aqueles que crêem que a família não se preocupa com a manutenção da saúde bucal do idoso e não vê a importância da reabilitação protética. A família também não sabe lidar com as próteses dos idosos que muitas vezes são danificadas quando o idoso vai passar um tempo na casa de parentes. Por outro lado, há os que consideram que a família valoriza e cobra os procedimentos de higiene bucal em seus idosos. A família, quando tem recursos e é solicitada a levar o idoso ao dentista, responde positivamente, providenciando o atendimento.

Então, dependendo da instituição onde o idoso está, até pode ser que ele esteja sendo melhor atendido do que na própria família. Que, às vezes, a gente tem idoso que não tinha nada com isso. Não tem nem direito à própria alimentação. Imagina à saúde bucal. Paula

A família às vezes vê: "poxa, até isso eles fazem por ele". A família também vê isso: "nossa pai, até isso as meninas ajudam o senhor. Fazem para o senhor." É valorizada. É positiva. Todo o cuidado feito com o paciente. Por que a pessoa não tem na família essa cultura, quando o paciente estava em casa não era feito isso. Se era feito, era só quando ele tinha o dente e olhe lá. Carla

Buscando atendimento às necessidades de saúde bucal dos idosos institucionalizados

Em face de uma necessidade de saúde bucal apresentada pelos idosos residentes, manifestada pelo próprio idoso ou percebida pelo pessoal de Enfermagem, a instituição depara-se com o problema da busca por uma solução que esteja ao seu alcance. Há um sentimento de responsabilidade institucional pelos problemas de saúde bucal dos idosos residentes, sejam patologias ou questões de outra ordem, equiparando as necessidades odontológicas a outras necessidades de saúde do idoso. A resposta a esse sentimento é que varia, quanto ao tipo e a velocidade, de instituição para instituição, em função de uma série de variáveis dentre as quais a disponibilidade de recursos financeiros (do idoso ou de sua família), o relacionamento com os serviços de saúde, e a existência de voluntariado. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Administrando a execução do atendimento

Na maior parte dos casos os problemas de saúde bucal apresentados pelos idosos só podem ser solucionados pelo cirurgião-dentista. O acesso a esse profissional é difícil em virtude do custo que representa para as instituições, principalmente para as filantrópicas. Nesse grupo, ou as instituições contam com profissional voluntário ou recorrem aos serviços públicos de saúde. Estes, e mesmo os voluntários, limitam-se a procedimentos de menor complexidade, o que diminui o leque de possibilidades de tratamento e/ou reabilitação, tão demandados pelos idosos. Na instituição privada não filantrópica a execução do atendimento é feita por profissionais da rede privada, contratados pela família do idoso ou por ele mesmo.

Eu acho que a gente tem que ter um trabalho em conjunto Nós estamos ainda muito precários nessa situação. Por que agora a gente está conseguindo o agendamento na Policlínica. Às vezes esse agendamento é ruim, é demorado. E isso complica para nós. Quando a gente tinha a figura (do dentista voluntário) aqui, era mais fácil. A coisa andava um pouco mais. Aí depois teve uns problemas, aí... Carla

Por que assim, primeiro porque não tem a história da coisa de políticas públicas. Não se tem nada garantido que tem que ter um profissional dentista e que preste esse serviço. A gente vê pelo próprio posto, que a gente tem acesso a isso. Talvez a gente não procura e também porque eles também não oferecem, porque, de repente, pode ser mais um trabalho ou, de repente, eles nem estejam preparados para receber o idoso. Paula

Administrando a provisão do atendimento

As instituições de longa permanência para idosos consideram o atendimento realizado por cirurgiões-dentistas de alto custo, não podendo ser assumido diretamente pelas instituições. As instituições de natureza privada não filantrópicas ao formarem seus preços, não consideram os custos de atendimento odontológico, pois repassam para a família do idoso a responsabilidade de prover esse atendimento. No caso das instituições filantrópicas, a presença do profissional voluntário, que oferece seu trabalho gratuitamente, elimina os gastos com recursos humanos e respectivos encargos previdenciários, assim a instituição se restringe a financiar gastos com materiais de consumo e cobrir a manutenção dos equipamentos. Nessas instituições não é transferido qualquer custo para o idoso. Na inexistência do voluntariado, recorre-se à utilização dos serviços públicos e gratuitos de saúde, embora claramente insuficientes.

A saúde bucal na X, ela hoje, é uma questão de voluntário. Não porque não houvesse consciência. Há consciência. Mas é uma questão de custos. Eminentemente de custos, de financiamento. Hercílio

Por que para movimentar um idoso para ir ao dentista, é muito difícil. Agora, para trazer o dentista aqui, tem que ser voluntário também. Por que se não, quanto que eu vou pagar por trinta idosos? Erta

É, eu acho que a X até de certa a forma cumpre o papel dela. A gente está sempre assim “ah, eu preciso de material”, ou às vezes a gente não tem nem para comprar fralda, para comprar outras coisas. Mas material odontológico, a gente vai e compra. A gente nunca questiona “ah, não dá para ser [...]?”. Não, a gente faz um esforço, vai e compra. A gente [...], com esforço, feio ou bonito, a gente tem um consultório montadinho aqui. Marta

Mostrando o desempenho dos empregados e voluntários na instituição

O bom andamento das atividades das instituições de longa permanência, traduzido na qualidade do cuidado prestado ao idoso, depende do desempenho dos

seus colaboradores, sejam estes contratados ou voluntários. Dos empregados é exigido o cumprimento das suas obrigações, definidas no momento da contratação, seguindo as normas da instituição. Os empregados aprendem suas funções com os colegas ou superiores. Quanto melhor tratar o idoso e desempenhar suas funções, melhor o empregado e maior o esforço para mantê-lo, evitando rotatividade. O trabalho dos voluntários é muito valorizado, embora reconheçam que pode trazer problemas e frustrações quando é feito de modo descomprometido e sem continuidade. Percebe-se o desejo de maior profissionalização no sistema de voluntariado.

A questão nossa com a relação dos empregados ela busca, justamente, uma conscientização. Mas a gente tem percebido, também, que essa turma que está limpando os idosos, estão dando banho, dando remédio, é um pessoal que já está se preparando para isso mesmo, porque que não [...], não agüenta. Os empregados que estão atuando nessa área, são também já, pela natureza, tu percebe a X hoje tem oitenta empregados, quer dizer, tu percebes, tranqüilamente, que menos de dez por cento não tem o perfil. E aí tu trocas e tudo bem. Mas noventa por cento tem o perfil, enfim, aí é só questão de tu ir moldando uma ou outra situação. Hercílio

Agora, a questão do voluntariado é uma questão meio complicada, porque falando no voluntariado no geral, eles não têm comprometimento com a casa. É muito fácil. Vários médicos vêm aqui. Eles vêm duas vezes, fazem aquele voluntariado dizendo que virão pelo menos uma vez por mês, e nunca mais aparecem. Então é complicada essa questão de contar só com voluntário. Marta

Profissionalizando o cuidado no âmbito das instituições de longa permanência para idosos

Paulatinamente, as instituições de longa permanência foram adotando um processo de profissionalização do cuidado. Esse movimento foi desencadeado, principalmente por exigências legais, pelo abandono do Estado e pelas modificações no quadro epidemiológico que caracterizam o idoso institucionalizado de hoje como mais fragilizado e necessitado de cuidados especializados. Dessa forma, foram sendo contratados profissionais com formação específica, principalmente na área da Enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem) substituindo gradualmente os auxiliares de serviços gerais que faziam as vezes de cuidadores de idosos. Também as instituições de longa permanência foram se adequando às normas estabelecidas pela

Vigilância Sanitária para o funcionamento de instituições de longa permanência, o que resultou em uma qualificação do cuidado fornecido ao idoso. Com o passar do tempo foram sentindo a necessidade da integração (via contratação ou não) de outros profissionais como Enfermeiro, Assistente Social, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo.

Porque nos últimos dez anos aconteceu uma qualificação dos empregados. Porque houve uma maior vulnerabilidade, uma maior fragilidade dos idosos. Antes eu podia ter empregados analfabetos. Porque era só virar o idoso, trocar a fralda, limpar, dar banho e está resolvido. Com essa questão do aprimoramento das leis e da própria consciência das pessoas que foram gerenciando, perceberam que o analfabeto não dava mais conta e perceberam que também a legislação já exigia um outro tipo de qualificação, outro cuidado profissionalizado. [...] Então, a instituição começou a se qualificar, primeiro por uma necessidade legal, e segundo, por um próprio abandono que o Estado coloca. Hercílio

Determinando a função da instituição de longa permanência para idosos

A instituição de longa permanência cumpre várias funções além da assistência que provê aos seus idosos. Todas declaram a sua missão pela proteção ao idoso, o objeto e razão de ser da instituição. As não filantrópicas declaram localizar sua motivação inicial para além dos objetivos da acumulação via lucro. As instituições de longa permanência para idosos cumprem uma importante função social, que extrapola o cuidado ao idoso como fim e integra funções de defesa de direitos, (re)educação, emprego e renda. As instituições dão suporte familiar ao oportunizar a reunião das famílias, promover eventos festivos e se colocarem abertas à comunidade. As instituições de longa permanência filantrópicas procuram estar inseridas e se relacionar em outras instâncias organizativas da sociedade (Conselhos Municipais e Estadual, Ordem dos Advogados, Ministério Público,...) para viabilizar a missão que desenvolvem de assistência social e de saúde para seus idosos.

Mas o que vem agora a gente percebe que é, realmente, só para esse final de vida. Para dar um suporte para a família. Tem muitas famílias que estão desgastadas mesmo. Por que exige muito (cuidar do idoso). Paula

Ela é um espaço para o voluntário também se auto [...] crescer, se rever nas suas atitudes. Então, ela é um espaço, também, de troca, um espaço para que

as pessoas também se vejam através do outro, é um espaço de formação de consciência, é um espaço de educação. Então, a missão da X ela também coloca a X no mundo, a X está no mundo, ela está dentro de um contexto e ela tem que dar uma resposta para um contexto. Hercílio

Respeitando os valores da entidade mantenedora

As instituições de longa permanência de natureza filantrópica desenvolvem suas atividades geralmente vinculadas a entidades mantenedoras que possuem como fator motivacional e originário uma doutrina religiosa. Essa característica embora permeie todas as decisões, eventos, a vida da instituição, segundo os participantes não interfere diretamente nas propriedades do cuidado que é prestado ao idoso. Acreditam que o respeito ao ser humano e a valorização do cuidado estão acima de qualquer crença, e que todas as religiões compartilham de ideais humanitários e de caridade. A partir do entendimento e aplicação cotidiana do amplo conceito de caridade, fundamentado na troca e na interação entre pessoas, qualifica-se o cuidado ao idoso, libertando-se da ação pontual/eventual e da esmola. Comumente, residentes e empregados não compartilham dos mesmos princípios religiosos da instituição na qual vivem ou trabalham.

[...] independente de qualquer religião, todos têm o mesmo propósito, que é Deus, o amor, o perdão, então, acho que isso independe de religião (o cuidado ao idoso). Paula

Mas veja, seja entidade católica, evangélica, espírita, todas essas instituições elas atuam de uma forma, digamos, parelha. Elas não, não é pelo fato de ser espírita ou ser católica, que vai mudar, que muda a atitude delas com relação ao idoso. Mas essa visão de caridade, agora está se pensando de uma forma diferente. Porque a questão de caridade sempre foi constituída com uma função de esmola. Então, esse despertar que pode ser feito no católico, no evangélico, no espírita, independente... Uma visão diferente de caridade. Então, não é mais casa de misericórdia, não é mais casa de caridade, é uma casa em que as pessoas podem fazer caridade, mas não é uma casa de caridade, é uma casa de cidadania. Hercílio

Categoria: “Inserindo o cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional”

A possibilidade de entender os significados das práticas de cuidado à saúde bucal do grupo populacional idoso se concretiza à medida que se amplia a visão/noção da abrangência do tema e das interações que se estabelecem entre pessoas e organizações que participam ou se relacionam com o fenômeno. Ao inserir o cuidado à saúde bucal nas dimensões jurídica, econômica, organizacional e política da sociedade, os participantes demonstram perceber para além da relação idoso-cuidador-residência as questões do cuidado à saúde bucal do idoso, que o torna um fenômeno coletivo importante e pertencente à esfera pública, e não só da área da saúde. Deslocam também o enfoque do interior da instituição de longa permanência, passando a considerar o fenômeno em relação a todos os idosos da população.

Outro ponto considerado é o reconhecimento do cuidado à saúde bucal como uma construção que se dá ao longo da vida das pessoas e por isso, a formulação de políticas públicas não pode ser concretizada por meio da implementação de ações pontuais, de curto prazo, de visão imediatista, mas de modo processual, dinâmico, na perspectiva do envelhecimento saudável durante o curso da vida humana, respeitando integralmente as demandas de todas as faixas etárias.

As subcategorias que compõem a categoria “Inserindo o cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional” são:

- CONSIDERANDO QUESTÕES DO CUIDADO À SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO JURÍDICO
- CONSIDERANDO QUESTÕES ECONÔMICAS RELACIONADAS AO CUIDADO À SAÚDE BUCAL
- CONSIDERANDO O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE
- CONSIDERANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À SAÚDE E AO IDOSO

Considerando questões do cuidado à saúde bucal no âmbito jurídico

Os participantes apontam fundamentos jurídico-legais para reforçar o reconhecimento do direito à saúde e o dever do Estado em prover os recursos necessários para que se cumpram os direitos dos idosos na sua integralidade. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Percebendo a saúde como direito

A saúde é defendida como um direito de que são titulares as pessoas, direitos que não estão circunscritos à mera oferta de serviços de saúde gratuitos à população. A saúde é considerada um tema transversal que influencia e é influenciado por outros setores da sociedade. Estar (cons)ciente e perceber a saúde como direito individual e coletivo é passo para a conquista da cidadania, o que significa defesa de ações que beneficiem toda a população. Os participantes demonstram empreender esforços, nas suas esferas de atuação, para que haja o cumprimento do direito à saúde dos idosos, incluindo à saúde bucal. Lamentam que muitos idosos não estão esclarecidos o suficiente para cobrar das organizações e do Estado sua condição de grupo prioritário no atendimento à saúde.

Por que como ele tem direito, eu passo dificuldade para conseguir o remédio, mas eu sei que ele tem direito de buscar o remédio no SUS, então, eu vou buscar. [...] Então, essa coisa da saúde como um todo é dever do Estado, aquela coisa toda. Então, eu me vejo, como profissional, em frente à saúde bucal, essa coisa, talvez, até de sugerir de implantar políticas públicas no sentido da saúde bucal, do dentista. E fazer valer o direito que todos nós, cidadãos, temos. Não só os idosos, mas como pessoa, como ser humano.
Paula

Daí uma senhora disse: “esse lugar aqui é uma clínica particular?” “Não, é o posto de saúde, não é particular”. “Mas tem que pagar alguma coisa?” Gente! Se tu ouve isso aqui na rua, é uma coisa assim. Então, ela não faz nem idéia do acesso. Nossa! Não, está longe do direito. Então, assim, imagina o idoso, porque ela era uma senhora adulta com filho. Aline

Então, essa consciência do direito, na realidade vai fazer com que as pessoas e que os governos produzam programas que realmente venham ao encontro das necessidades e venham atender minimamente. Hercílio

É, eu acredito também, porque a própria mentalidade do idoso, assim, na questão, até como cidadão, de defesa dos seus direitos, às vezes eles não tem essa noção. Isso também pode prejudicar um pouco, assim, a procura mesmo, do serviço. Irma

Reafirmando o papel do Estado no campo da saúde

Ao Estado, visto como responsável pela formulação e execução de políticas públicas, é imputada a responsabilidade para com a saúde de sua população. No âmbito jurídico, os participantes apontam a existência de leis cujo conteúdo beneficia a saúde da população, incluindo a legislação dirigida aos idosos. Entretanto lamentam que estas leis não se mostram suficientes para transformar a realidade. É que muitos dispositivos têm caráter programático e não impositivo. Muitas normas necessitam de regulamentações e, finalmente de políticas públicas que gerem ações capazes de cumprir os objetivos da lei. Evoluiu-se consideravelmente na luta pelo reconhecimento e obtenção dos direitos à saúde e dos idosos (normas constitucionais, Estatuto do Idoso, por exemplo), e na inter-relação destas duas esferas. Os participantes desejam que a saúde seja tratada como política permanente de Estado e que este e as instituições cumpram a legislação vigente, estimulando o compartilhamento de responsabilidades. Na esfera da saúde reforçam a necessidade do Sistema Único de Saúde efetivar suas bases de universalidade, integralidade e equidade, respeitando e atendendo às especificidades do grupo populacional idoso.

Então, na realidade, significa hoje o resgate da cidadania, da dignidade, do respeito que deve se ter com a pessoa do idoso. E aí se entra a questão da família, da sociedade e do Estado. Por que chega um momento também, que os filhos passam a ter uma responsabilidade pelos seus idosos. E chega um momento que também ultrapassa a questão dos filhos essa responsabilidade, que passa também a ser uma responsabilidade da sociedade e do próprio Estado. Hercílio

Por que primeiro veja o seguinte, está na Constituição do Estado de Santa Catarina que o Estado de Santa Catarina tem que apoiar as instituições dos asilados. Veja qual é o apoio que a saúde dá, que a educação dá, que a assistência social? É nenhum recurso. Seja ou de capacitação, seja recurso financeiro, para medicamento, qualquer um, pode procurar, não existe. Não existe nenhuma ação direcionada e está lá na Constituição. Hercílio

Eu penso o seguinte: se é questão de cidadania, tu não podes fazer uma política para pobre e uma política para rico. Eu entendo isso. Mas acontece que o SUS é para todos. Não é para todos? Eu posso não querer o SUS, então eu

vou pagar serviço privado de saúde. Agora, o SUS é para todos, se o SUS é para todos, ele tem que dar conta dessa totalidade. Hercílio

Considerando questões econômicas relacionadas ao cuidado à saúde bucal

O cuidado à saúde bucal também é condicionado por aspectos relacionados à disponibilidade e aplicação dos recursos financeiros. Em uma instituição de longa permanência de natureza privada não filantrópica os idosos ou suas famílias possuem maior poder aquisitivo e, portanto, são eliminadas ou diminuídas as dificuldades financeiras envolvidas no cuidado à saúde e à saúde bucal. Nas instituições filantrópicas, a escassez de recursos é uma constante e por isso essas organizações estão sempre em busca de soluções alternativas para suprir o orçamento já reduzido. As filantrópicas buscam contato mais freqüente com os serviços públicos para obter provisão para aqueles encargos que não conseguem arcar, parcial ou integralmente, incluídos os ônus com atenção odontológica.

As questões de financiamento público determinam o tipo e a abrangência dos serviços prestados pela rede municipal. O município, recebe repasse de recursos de esferas superiores, para garantir a prestação dos serviços de atenção básica à saúde, onde se inclui a saúde bucal e a saúde do idoso. A transferência orçamentária para a área da saúde acaba condicionando as ações a serem implementadas pelo município. Os gestores públicos da saúde estão sempre na dependência e em busca de recursos financeiros para agir. A saúde bucal não tem sido contemplada a contento, entretanto no momento se aponta a nova política de saúde bucal nacional, o “Brasil Sorridente”, como uma iniciativa que pode modificar esta realidade, com injeção de recursos específicos para saúde bucal. Foi mencionado pelos participantes que atuam no serviço público, o financiamento específico para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (estratégia do “Brasil Sorridente”), que oferecerão serviços em um nível de maior complexidade.

Constata-se que as pessoas de baixa renda têm o acesso aos serviços de saúde e à informação dificultados. De modo geral, há uma diferenciação na acessibilidade e na abordagem do cuidado à saúde bucal, segundo o nível sócio-econômico da pessoa.

Os participantes reconhecem que os profissionais do serviço público de saúde municipal são mal remunerados e que existem diferenças salariais injustas entre categorias profissionais.

Eu entendo assim, que o município, ele ainda, ele acaba sendo reflexo do que vem de cima. É difícil ele ter uma atuação (autônoma) [...] Acho que ainda é porque ele vive vinculado a repasses financeiros. Isso aí, então, acaba sendo norteador de ação, é difícil a gente conseguir dentro de uma perspectiva, assim, nós não arrecadamos, nós não geramos recursos, portanto, vocês vão ter que aceitar. Seria mais ou menos assim, então vão ter que aceitar o que vem pronto. Então, é complicado. Plínio

Então, quem tem dinheiro e pode viver em uma casa geriátrica que oferece condições, ótimo. Mas quem não tem dinheiro depende do voluntariado e do serviço público. E o serviço público começou a acordar para isso agora. Mas eu não acredito que o serviço público vá construir uma instituição dentro de uma casa geriátrica. É mais fácil ofertar no posto de saúde e levar o idoso a esse local. Sérgio

Considerando o papel das organizações de saúde

Os participantes tecem considerações sobre o papel das organizações públicas prestadoras de serviços de saúde e o modo como atendem à população no que se refere ao planejamento, condições de infra-estrutura e recursos humanos, modelos assistenciais e de gestão utilizados, e em especial, as estruturas e operação dos serviços de saúde bucal e de atendimento ao idoso. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Analisando a estrutura e a operação dos serviços públicos de saúde

Os participantes acreditam não ser suficiente a estrutura atual de atendimento à saúde da população. A demanda é elevada e crescente, o que faz com que o sistema esteja em constante transformação e readequação. A oferta de serviços e a estrutura não são planejadas e parecem apenas reagir, e ainda assim fracamente, em função da demanda. Cada centro de saúde tem flexibilidade e independência para organizar seu sistema de agendamento de consultas. Os participantes consideram que a implementação do Programa de Saúde da Família como modelo assistencial colaborou

para organizar o fluxo de demanda e ordenar melhor os serviços. Os participantes reforçam a importância de habilidades gerenciais para aqueles que ocupam cargos diretivos no setor público, e cuja atuação deveria preservar a continuidade dos programas. Os participantes criticam os serviços estruturados apenas para fornecer atendimento curativo e individual em detrimento das ações preventivas e coletivas. Apontam serem poucos os momentos em que se estabelecem ações intersetoriais. Para aqueles que atuam no serviço público, a infra-estrutura de trabalho atual é boa, quando comparada há de tempos atrás.

Quando a gente está vendo, estamos com a quantidade de profissionais que está suprindo a rede, aí chega mais (pessoas) [...], porque o município X foi o que mais recebeu imigração, embora não tenha tido gestantes, ou partos, afins, para esse número. Então aumenta muito mais rápido do que a gente consegue suprir com o serviço. Leinir

Na realidade, com a descentralização, cada regional de saúde que estabelece ou que, e na realidade também é isso daí, cada município é que tem que ver as suas questões de saúde, o que dá para fazer, como é que pode fazer. Eu acho que é isso daí mesmo, cada município é que tem, não é mais o Estado, fica ditando para os municípios, não. Essas regionais articuladas com os municípios é que tem que ver essa questão. Através das equipes de saúde da família tentar buscar, ver, cada município, as equipes e a gente tentar articular isso daí. Isso é a grande chave do trabalho. Irma

Analisando a estrutura e operação dos serviços públicos de saúde bucal

Os participantes consideram que é insuficiente o número de dentistas na rede pública para atender toda a população. A organização dos serviços de saúde bucal segue o referencial do atendimento à saúde em geral, privilegiando ações curativas e restringindo as ações preventivas e coletivas às crianças em idade escolar. Operam para atender uma demanda espontânea e priorizam o atendimento clínico infantil e as urgências. Os participantes acreditam que após a implantação/consolidação do Programa de Saúde da Família, com ou sem Equipes de Saúde Bucal, poderá aumentar o acesso aos serviços de saúde bucal, por outras faixas etárias. Acreditam que o Programa de Saúde da Família, ao realizar o cadastramento da população e identificação das suas necessidades odontológicas, vai provocar um aumento da demanda pelos serviços odontológicos por parte dos idosos. Lamentam que os

procedimentos realizados na atenção básica à saúde bucal não incluem confecção de próteses. Por isso crêem que poderão, até juridicamente, referenciar os idosos para os Centros de Especialidades Odontológicas que, ora em implantação, deverão estar preparados para realizar procedimentos de maior complexidade. Reforçam a necessidade de as Equipes de Saúde Bucal estarem incorporadas às equipes de Programa de Saúde da Família e depositam esperanças no “Brasil Sorridente”.

Eu acho que se a gente fosse atender a demanda toda, com tratamento completo, a gente precisaria umas quatro vezes a equipe de X, que também não é pequena. Ela é uma equipe média. Não dá conta do atendimento. Acho que no Brasil inteiro é assim, em outros lugares é pior do que aqui. Mas, eu vejo que com a equipe que a gente tem, fazendo o que a gente está fazendo, isso nos foi pedido quando entramos no PSF: façam os procedimentos clínicos porque a demanda está muito reprimida. E ninguém levantou a mão para falar. O pior foi isso, nem eu. Aline

Hoje é como eu te falei, assim, ainda está tudo muito solto. A demanda a gente tem, a gente trabalha com agendamento, mas a demanda é espontânea. As pessoas procuram. Plínio

Numa análise minha, particular, ele está funcionando sim, está funcionando. Mas como é um programa relativamente novo [...]. A gente tem que considerar tudo que é relativamente novo, que não tem 20 anos. Porque as coisas [...], vamos dizer, é a casa que está sendo arrumada. Aí quando a gente vê um defeitinho ali, a gente: “Vamos sanar, não é bem por aí, a gente não está agindo de forma correta”. Leinir

Analisando a estrutura e operação dos serviços públicos de saúde voltados para o idoso

A organização dos serviços de saúde, voltada para a provisão de atendimento às necessidades dos idosos e adequada às suas especificidades, tem sido conquistada pouco a pouco. O idoso deve ser considerado grupo prioritário pela falta de atenção que sofreu ao longo dos anos e pelo conseqüente acúmulo de necessidades de saúde. Não existe política pública municipal ou estadual que trate da atenção integral ao idoso. Alguns municípios promovem iniciativas isoladas de atendimento integral ao idoso da comunidade criando espaços de convivência que oferecem atividades físicas, recreativas, assistência social e serviços de saúde. Existem normas de caráter administrativo que conferem aos indivíduos acima de 60 anos o benefício de ser considerado grupo populacional prioritário para atendimento nos serviços de saúde.

Entretanto, essa prioridade existe no nível da informalidade, pois na prática o idoso acaba tendo que esperar como os outros cidadãos por uma consulta. A diferença é que, para os idosos, não há necessidade de entrar na fila e/ou pegar fichas para conseguir agendamento. O idoso constitui uma demanda “invisível” pois existem muitos deles que nem chegam a procurar o serviço de saúde. Por isso, os participantes acreditam que a implementação do Programa de Saúde da Família vai auxiliar a identificar esse idoso em suas residências e trazê-lo para o centro de saúde.

Os gestores estão sentindo a necessidade de capacitar seus funcionários e profissionais da saúde, como também os cuidadores de idosos (formais ou informais) nas questões geronto-geriátricas para melhor atender esse público. Os serviços de saúde estão despertando para a realidade das instituições de longa permanência para idosos e começando a estabelecer uma relação mais interativa e solidária.

A nossa capacidade de atuação ao nível de prevenção para o idoso, assim, ela é uma iniciativa muito individual. Por que não existe nenhum projeto na prefeitura. E assim, nesses anos todos que eu estou nunca se discutiu nada que pudesse priorizar a saúde bucal na terceira idade. [...] Porque uma prioridade assim, na inserção do serviço, é a única questão que foi liberada: acima de sessenta e cinco anos ele não precisa pegar fila nem nada, ele bate aqui na porta e diz que ele precisa de um serviço de saúde bucal e a gente imediatamente coloca ele na agenda. Só que eu digo assim, a iniciativa e a capacidade de resolver o problema de saúde bucal dessa pessoa é individual. Depende da capacidade técnica do profissional que está atendendo, da boa vontade também e do interesse dele de buscar conhecimento para resolver essa questão. Por que a título de encaminhamento também, a gente não tem nada. A gente não pode encaminhar esse idoso para nenhum lugar. Salete

[...] eu tento me pautar pelo seguinte, a população, à medida que ela envelhece, ela tem menos condições, ela tem menos acesso, e se a gente for verificar, e a gente no município não tem dado concreto porque a gente não tem um levantamento epidemiológico para saber a condição, mas se a gente se pautar pelo levantamento nacional que foi feito dois anos atrás, a gente sabe que a medida que a pessoa envelhece, ela tem menos acesso e tem mais necessidade. Então, a gente pensando dessa forma em relação à saúde bucal, eu acho que é a questão mesmo de priorizar por isso, por todo o histórico do descaso, de ter sido deixado de lado. Plínio

Apontando faltas e deficiências dos serviços públicos de saúde

Os participantes apontam as faltas e deficiências dos serviços públicos de saúde e criticam o modo como se organizam para prestar atendimento à população.

Consideram ultrapassadas e insuficientes as estratégias utilizadas e sentem falta da interação entre serviço e a comunidade. A implementação de ações em saúde carece de um planejamento prévio que tome em conta dados epidemiológicos e possibilite a participação e discussão dos temas com a comunidade. Acreditam que as freqüentes mudanças de orientação político-partidária dos gestores, dificultam o estabelecimento de ações continuadas que promovam alterações substanciais nas condições de saúde da população. A escassez de profissionais para dar conta de uma demanda reprimida origina uma constante disputa por vagas. Essa desproporção entre demanda e oferta acaba sendo refletida na dificuldade de organização do sistema de agendamento de consultas, que é considerado falho. Na tentativa de eliminar filas ou listas de espera, a demanda é mascarada, podendo culminar com a total falta de ordenamento. Os cirurgiões-dentistas reclamam da relação entre a quantidade de pessoas a serem atendidas e tempo disponível, o que resulta em problemas ergonômicos e na realização dos procedimentos em tempo reduzido.

A estrutura dos serviços para atendimento aos idosos também não responde às necessidades básicas desse grupo populacional. Seguem as críticas à dificuldade de acesso, falta de medicamentos e falta de médicos geriatras. Nem todos os centros de saúde possuem grupos organizados de idosos. O idoso não tem prioridade real de atendimento e tem que disputar nas filas as poucas vagas com outras faixas etárias. Não existe relação entre os serviços públicos de saúde e instituições de longa permanência para idosos; os dentistas da rede não têm nenhum tipo de atuação com as pessoas que trabalham ou residem nesse espaço.

A população, em geral, tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, especialmente aos atendimentos clínicos individuais para os quais a organização do sistema é voltada. Pouca atenção é dispensada às ações coletivas quando realizadas fora do ambiente escolar. O serviço de referência para especialidades odontológicas é insuficiente ou inexistente. Os participantes consideram que os serviços prestados na atenção básica resultam em extração dentária, pois o rol de procedimentos restringe-se aos de baixa complexidade e não há um sistema ágil e eficaz de referência a serviços de média e alta complexidade em Odontologia. Em casos de desorganização extrema, chega a faltar materiais odontológicos e de biossegurança, essenciais para a realização

do atendimento. Há uma concentração das atividades do cirurgião dentista dentro do ambiente do consultório e falta de intercâmbio com outros profissionais da saúde. Ainda são poucas as Equipes de Saúde Bucal que estão ativamente trabalhando ao lado das equipes de PSF. Os serviços de saúde falham também na acolhida aos pacientes e impedem a manifestação dos cidadãos que os procuram.

Talvez não vai ter o tratamento completo, mas ter alguma forma, digamos, espalhar essas migalhas. Tentando alcançar quem mais precise. (referindo-se ao paciente idoso) Aline

E eu critico um pouco uma coisa que existe em postos de saúde, por exemplo, vou falar bem um exemplo real. Como que você faz o agendamento dos adultos? A gente conversa entre dentistas: “ah, porque lá no meu posto é uma fila enorme.” E é uma demanda reprimida que é visível. “Não, não tem fila no meu posto”. “Mas, então, você faz um livro de espera? Onde você vai botando?” É, a pessoa deixa o seu nome, o contato e você terminando os seus pacientes, vai dando tratamento completo, chega a ele”. “Não, não tem livro de espera.” Não? Então como é que vocês fazem? “A gente vai atendendo, quando um termina, o primeiro que chegar no balcão e pedir é atendido”. Bom, então, é um jeito mais inteligente de mascarar. Não tem fila, não tem aquele livro horroroso. Acho que a gente não pode ser assim, a gente tem que ser realista, a gente tem que amar a verdade mais do que a minha capacidade de resolver os problemas. Aline

Simplesmente se centralizou em um grupo as decisões, não se discutiu o que já vinha em discussão num processo de construção que estava sendo feito. E simplesmente eles fizeram um recorte ali e quebraram aquilo e construíram uma outra proposta totalmente sem a participação de ninguém, a estrutura foi criada a partir da idéia não sei de quem, sem discussão. E aí acho que isso reflete um pouco como, se a realidade que a gente vive é essa, como que a gente vai conseguir estabelecer políticas que sejam norteadoras das ações, se a gente vê que dentro da própria estrutura político-partidária já tem essa ruptura. Plínio

Nós temos a quantidade de profissional insuficiente. Nós temos uma demanda grande. Então, o problema do município que é bem claro é que o serviço foi oferecido e não existia estrutura. A estrutura foi sendo criada, mas não houve planejamento. Então, ela criou de uma maneira desordenada. E agora, acho que o momento que a gente vive no município, é a questão de organizar o serviço. Porque se ele continuar da maneira como ele está ele entra numa situação caótica pela própria desorganização. Então, acho que isso é essencial. A questão de estruturar mesmo o serviço, de criar um sistema que consiga ser lógico no sentido de garantir o acesso, de garantir o tratamento, de garantir retornos, de garantir a prevenção. Plínio

O relacionamento do serviço de saúde e saúde bucal e seus profissionais com o idoso

Os participantes consideram que os serviços de saúde bucal da rede pública não dão assistência suficiente e adequada à população idosa e reafirmam a necessidade de o setor público oferecer atendimento e garantir uma melhor condição de saúde bucal para esse grupo. O primeiro contato dos serviços de saúde com o idoso na comunidade ocorre muitas vezes pelas mãos dos agentes comunitários de saúde, via PSF. Quando chamados a comparecer aos centros de saúde para as campanhas de vacinação contra gripe, os idosos respondem prontamente.

Em geral, os dentistas têm receio de atender idosos quando apresentam algum comprometimento sistêmico e ficam preocupados com as repercussões dos procedimentos odontológicos na saúde do idoso. Às vezes, é necessário solicitar a autorização do médico para iniciar a execução do tratamento. O profissional não se encontra preparado para atender o idoso e prefere não se aproximar do problema, demonstrando pouco interesse em capacitar-se para tal. Também não há comunicação entre os grupos de idosos e os serviços de saúde bucal. Os grupos pouco abrem espaço para o dentista ou para temas relacionados à saúde bucal. Por outro lado, o dentista, aprisionado ao consultório, não se insere nos grupos de idosos para realizar ações individuais ou coletivas. O cirurgião-dentista ao atender o idoso orienta, ensina como realizar sua higiene bucal, faz questão de mostrar a importância da manutenção dos dentes, brigando com os idosos para não extraírem os dentes, convencendo e mostrando que a prótese dentária têm limitações.

Os participantes, fazem observações adicionais sobre o problema de transformar uma boa iniciativa, como a criação de um Centro para Idosos ou a disponibilização de próteses dentárias em prática eleitoreira, com o objetivo de angariar votos dos idosos e de suas famílias.

Eles vêm com muito mais frequência, porque como no PSF tem o agente de saúde [...]. O agente de saúde é aquele profissional de ponta, aquele que está lá no comecinho. Então é ele que vai tomar o primeiro contato com o idoso, com a família do idoso. Então, na verdade, ele chama o idoso para o centro de saúde. E aí se eu puder colocar um “senão” que diz respeito à nossa parte, é porque como o programa do PSF não tem ainda as equipes de saúde bucal, a

gente não deu orientação para esse agente de saúde dar conta. Ainda não foi possível. Leinir

Normalmente eles precisam de reabilitação protética, que é um serviço super difícil de ser conseguido hoje, para qualquer faixa etária. E, às vezes, quando o paciente tem um problema muito sério de saúde, ele é um paciente cardíaco grave, também nem sempre a gente tem o anestésico adequado para poder fazer a intervenção. Às vezes, a gente precisa da liberação do médico para poder assumir essa responsabilidade e nem sempre os médicos liberam. Então assim, a gente fica com um certo receio de até que ponto pode intervir ou não. Salete

Eu acho que tem um duplo papel de falta nisso. Existe o problema de quem coordena os grupos (de idosos) e existe o problema do desinteresse do profissional de estar se inserindo ali também. O que acontece? Nós temos um núcleo que funciona dentro da X, um núcleo de atenção multiprofissional à terceira idade. [...] Fui olhar a pauta das reuniões mensais do grupo e em nenhum momento as pessoas que coordenavam o grupo lembraram de colocar a saúde bucal. E assim a gente vê que se repete nos grupos de hipertensos, nos grupos de diabete. Quer dizer, as enfermeiras que coordenam o grupo, elas sempre esquecem que as pessoas têm boca e o profissional também esquece de lembrar isso. Plínio

Reconhecendo a necessidade da aplicação de ferramentas apropriadas de gestão

Para a organização e provisão dos serviços de saúde e saúde bucal os participantes reconhecem a necessidade de recorrer a ferramentas que profissionalizam e qualificam a gestão pública. O planejamento é citado como fundamento para a definição das ações em saúde, sendo suportado pela epidemiologia (no levantamento das condições e necessidades de saúde da população e mapeamento da estrutura existente), pela definição de objetivos e metas e pela seleção do modelo assistencial a ser seguido. Lamentam que importantes ferramentas de gestão não são aplicadas no dia-a-dia pelos gestores, de tal modo que falta profissionalização e melhor qualidade na atuação gerencial.

Quer dizer pela vivência de estar a dez anos na rede eu sabia não existia nós não tínhamos nenhuma coordenação para fazer esse papel. Enfim, eu realmente, acho inconcebível que a gente trabalhe sem a gente ter, vamos dizer assim, um chão para pisar (falta de planejamento). Acho que isso aí é um problema sério. Plínio

E um dos pontos que eu colocava é que nós precisávamos conhecer os equipamentos sociais que a gente tinha para poder saber como intervir. Mas, por questões, que eu digo, burocráticas, administrativas, políticas, enfim, a

coisa anda muito a passo lento. Eu acho que hoje nós não temos ainda ação nenhuma nisso (atuação planejada). Plínio

Gerindo os serviços de saúde bucal

O papel do gestor nos serviços de saúde bucal é organizar um atendimento de qualidade que seja capaz de estabelecer um bom padrão de saúde bucal para a população. Existem poucos cirurgiões-dentistas que trabalham como gestores de serviços públicos. Muitas vezes o cargo de gestor é ocupado por uma pessoa que não possui habilitação ou qualificação técnica para a tarefa. Os gestores são otimistas em acreditar na produção de mudanças na realidade a partir do seu trabalho. Entretanto, convivem com o conflito de terem que respeitar as decisões político-partidárias com as quais nem sempre estão de acordo. Ao assumir esta responsabilidade, desenvolvem um trabalho por vezes cansativo, de luta diária, que exige determinação e vontade política. Atualmente, os gestores de serviços de saúde bucal acompanham a implementação do programa “Brasil Sorridente” e dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Os gestores têm dificuldades para cobrar dos dentistas o cumprimento da sua carga horária e de demitir um profissional que não dá o melhor de si e prejudica o andamento dos serviços. Recebem críticas dos colegas, seus pares, por suas decisões e recebem reclamações da comunidade sobre o mau atendimento fornecido pelos dentistas. Em contrapartida, criticam a centralização das decisões, a falta de autonomia e de espaços de discussão e deliberação, a escassez de recursos orçamentários e a diferença salarial entre categorias de profissionais.

Então, é complicado ter que aceitar o que vem pronto. Acho que cabe a gente abrir esse espaço. É difícil porque, no município a gente vê uma interferência política muito grande. Primeiro não existe o critério de qualificação técnica para se ocupar cargos. Então, existe uma dificuldade de a gente pensar alguma coisa assim, porque o cargo do secretário de saúde é um cargo político. Não necessariamente seja alguém que entenda da área ou seja vinculado à área, às vezes, ele é um profissional totalmente desvinculado do serviço público, do conhecer de como funciona a saúde pública. Plínio

Eu quando fui gestor do município X, eu criei um centro de referência só para idosos. Lá existe um posto de saúde só para idoso. E lá tem dentista. E quando antes de eu sair, eu também criei o centro de especialidade odontológica, antes

do ministério da saúde. Por que? Porque eu tinha uma visão de dentista de gestor público. Então, eu acho que isso aí é uma condição básica. Sérgio

Mas ele (gestor) fica revoltado, porque ele quer ter autonomia para ir lá e “Escuta aqui, ou tu cumpres o teu horário, ou então, tchau e bênção”. Mas nem assim tu não podes agir, porque tu tens um superior, e fora isso, tem uma legislação tão amarradinha, que faz com que o cara que passa em concurso, automaticamente ele é quase Deus, porque ele não pode ser mandado embora. Leinir

Considerando as políticas públicas relacionadas à saúde e ao idoso

De modo geral, os participantes reconhecem a existência de um conjunto de leis cujo conteúdo reporta-se especificamente à saúde, saúde bucal e saúde do idoso, todavia, não percebem a materialização destas em políticas públicas reais, ativas, consolidadas e principalmente transformadas em ações capazes de modificar as condições de saúde no dia-a-dia das pessoas e dos idosos. Os componentes que constituem essa subcategoria são:

Refletindo sobre políticas públicas

A necessidade de que sejam formuladas e implementadas políticas públicas destinadas à melhoria da saúde da população, inclusive dos idosos, é apontada pelos participantes. Entretanto, ressaltam a importância de que o Estado se comprometa a, uma vez iniciadas, garantir a continuidade das ações, independente dos limites impostos pela periodicidade de mandatos governamentais. Defendem políticas públicas sólidas e desvinculadas, e não políticas de caráter pontual/eventual, sujeitas à suspensão ou inviabilizadas por qualquer motivo. Os governos às vezes têm interesse de não identificar necessidades e assumir suas responsabilidades, pois a partir daí será cobrado pela população.

Só que quando a gente vê que tem muitas políticas públicas formadas e quase que nenhuma cumprida, então, a gente começa a pensar nessa coisa de cumprir, de fazer cumprir o direito. E o que a gente vê é que na verdade não é isso. Paula

É uma política mesmo ou é uma ação pontual? Então, política de saúde, política básica, tem sido tratada nesse país como uma ação pontual e uma ação

eleitoreira. Veja, a saúde exige que seja entendida como política de Estado, como programas e se reitera nas ações dos governos, encarada como uma ação de governo, como um projeto que tem um começo, meio e fim. Não deve, não pode ter começo, meio e fim. É uma ação continuada. Hercílio

Identificando a saúde bucal como problema de saúde pública

As questões relacionadas à saúde bucal são incluídas na esfera de ação da saúde pública, como responsabilidade estatal, a qual deve responder apropriadamente às demandas da população. Cada governo deveria, portanto, preocupar-se em identificar os problemas da população e promover ações pró-ativas para o resgate e manutenção das condições de saúde bucal das pessoas. A má condição de saúde bucal em última análise deriva-se da falta de resposta que o Estado têm dado às necessidades da população e da falta de priorização de ações coletivas preventivas. O edentulismo, presente em grande escala na população, é consequência da falta de resposta dos serviços públicos a um apelo que em determinado momento da vida adulta as pessoas fizeram. Torna-se necessário, deslocar as ações do enfoque curativo e orientá-las à prevenção e promoção da saúde. Importante lembrar que a saúde bucal não deve ser vista no campo restrito da saúde por se tratar de um problema também de ordem cultural e sócio-econômico. Como as questões de saúde bucal competem com outras prioridades dentro do sistema de saúde, é necessário integrá-la às políticas de saúde mais amplas, passando a ser tratada num nível de igualdade e não como algo secundário ou supérfluo.

Mas a medida em que a educação vai pontuando essas questões (de saúde bucal), vai agregando conhecimento e informação, tu vai mudando de atitude. E aí, mudando essa cultura passa a ser um problema da saúde e aí um problema de saúde pública. Aí é que a gente comenta: deve começar a pensar que a questão da dentição, a questão da manutenção da dentição, como questão de saúde pública. Hercílio

Apontando a ausência do poder público

O poder público tem estado ausente ou pouco tem participado da administração dos problemas de saúde bucal do conjunto da população idosa. Os participantes afirmam que o poder público não tem se mostrado eficaz em gerar transformações na

realidade epidemiológica do idoso. A ausência do poder público é sentida em vários momentos: quando não identifica as necessidades da população, aceita passivamente a sub-notificação das ocorrências, quando se omite na oferta de respostas adequadas à demanda, quando deixa de atuar em espaços de sua responsabilidade, quando deixa de alocar recursos orçamentários na saúde favorecendo outros encargos, quando quebra os princípios do SUS, e quando ignora o conteúdo da constituição (Federal/Estadual). Os governantes parecem não ter consciência da falta de atenção dispensada ao idoso e das conseqüências desse fato em longo prazo.

Ah, não, o serviço público do posto. Não! (referindo-se a falta de comportamento pró-ativo dos serviços de saúde) Inclusive, inclusive eu fiz uma briga danada não acreditaram que o serviço de saúde da família passava em frente do asilo e não cadastrava os nossos idosos. É como se os idosos não fossem moradores de X, como se eles não existissem. Quer dizer o serviço de saúde passava na frente e [...] não considerava nossos idosos. Então, eles tinham que entrar, cadastrar. [...] Se eles eram incompetentes, se tinham dinheiro, e não tinham, que iam fazer, que não queriam fazer, tudo bem, mas tinham que, por uma ação cívica, tinham que considerar e cadastrar todos eles. Tanto que foi uma ação nossa, no sentido de levar no posto de saúde para cadastrar. E hoje, ainda, continua sendo uma luta. Hercílio

Reconhecendo a necessidade da participação do dentista na formulação de políticas públicas

Tradicionalmente os cirurgiões-dentistas não costumam participar da vida política e pública, ocupando cargos no executivo ou legislativo. Essa seria uma das causas pelas quais a saúde bucal e a Odontologia não têm a representatividade e importância merecidas e exigidas, quando comparadas a outras áreas da saúde. Os dentistas devem aproveitar o espaço do “Brasil Sorridente” e do PSF para entrar em ação e conquistar melhores condições de saúde bucal da população. Também necessitam de articulação política com outras instâncias decisórias para garantir o atendimento integral à saúde bucal do idoso. Os dentistas desejam consolidar e ampliar a participação das equipes de saúde bucal no PSF.

Claro, tem a política de saúde bucal do governo, vamos aproveitar. Mandou verba, então tudo bem. Melhor do que nada. Vamos implementar esse negócio. Mas, concomitantemente, já pensando nessa falta de profissionais para atender

esse volume grande de pessoas. Já saber em que vias tomar, que caminho seguir. Leinir

Por que o dentista não participa da política partidária e não participa da vida pública. Até pela condição da sua profissão. Mas de uns anos para cá o dentista está sofrendo na pele a falta de ação política dele no passado. Por que hoje nós estamos aí com faculdades em todos os cantos desse país, criando condições de subempregos, dentistas mal pagos, insatisfeitos com a profissão e muitas vezes fazendo um péssimo serviço. Sérgio

Formando o cirurgião-dentista para o atendimento do idoso

Outra questão levantada pelos participantes foi a formação dos profissionais da saúde, especialmente dos dentistas, como fator importante para ser levado em conta ao analisar as questões relativas ao cuidado à saúde bucal do idoso. Ainda hoje, a formação do dentista é fechada, no sentido de não favorecer o intercâmbio com outras profissões e estimular uma atitude individualista. Os dentistas têm dificuldades para enxergar as suas responsabilidades em um ambiente externo e diferente do consultório odontológico. A formação acadêmica é voltada para atuação isolada e especializada, fundamentada numa visão segmentada do ser humano. Esta mentalidade é difícil modificar e não está adequada ao perfil profissional que se deseja para atuar em saúde bucal do idoso.

A Odontologia tu sabes como é que é que a gente se forma, né? A gente se forma, o paciente é o robô da gente. Na verdade, mesmo quando ele chega de carne e osso para a gente nos fins de curso, ele ainda continua sendo uma boca. Ele não é nada mais além disso, o que é uma tristeza, que as universidades depois de 13 anos, 14 anos de formada, eles ainda não mudaram. Não sei quem que vai ter essa visão um dia, de colocar isso para o aluno. Leinir

Talvez a própria formação que trata o profissional, totalmente individualista, que ele fica fechado numa sala. A formação leva a isso e acaba provocando, eu acho, esse tipo de situação onde não existe intercâmbio. Plínio

Categoria: “Vislumbrando possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso”

A identificação das propriedades e dimensões do cuidado à saúde bucal do idoso pode ser estabelecida, a partir da constatação das carências e principalmente das

contradições no modo como se processa o cuidado, revelado a partir das instituições de longa permanência, orientadas para a elaboração de uma realidade nova, diferente e melhor. Considerando a esperança e a expectativa dos participantes, antever melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso é consequência do processo particular e singular de reflexão de cada um. Floresce a intenção espontânea de contribuir com sua experiência e vivência para a melhoria das condições de saúde bucal da população idosa, por consequência das transformações das práticas de cuidado.

O desejo de participar do processo de mudança, atuando pessoalmente ou sugerindo propostas consideradas viáveis/factíveis demonstra a consciência/noção do onde/como estamos e onde/como queremos chegar, vislumbrando saídas, respostas, reações, opções, caminhos, estratégias, tentativas e uma visão de futuro para a melhoria do cuidado à saúde bucal dos idosos.

As subcategorias que compõem a categoria “Vislumbrando possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso” são:

- VISLUMBRANDO POSSIBILIDADES DE MELHORES PRÁTICAS NO CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO
- VISLUMBRANDO POSSIBILIDADES DE MELHORES PRÁTICAS NO CUIDADO À SAÚDE BUCAL NO AMBIENTE DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS
- CONSTRUINDO ESPAÇOS DE TRANSFORMAÇÃO

Vislumbrando possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso

Os participantes admitem que ainda há muito que fazer para reverter a situação caótica em que se encontra o cuidado à saúde bucal do idoso e atingir uma certa ordenação das práticas. Isso é um processo gradual e lento. Trata-se de promover uma ação cívica, de cidadania, que inclua socialmente o idoso e evite a perda do seu convívio em sociedade. Os participantes defendem o envolvimento dos atores em uma constante luta pela garantia dos direitos dos idosos e quando forem violados que se acione mecanismos jurisdicionais. Os participantes entendem que a transformação da

realidade ocorrerá com sucesso quando o idoso, quem cuida ou é responsável por ele, os profissionais da saúde e os governantes tomarem consciência do valor e da necessidade dos cuidados à saúde bucal para a população idosa. Para tanto devem ser respeitados os referenciais de cultura e educação ao se formularem políticas públicas amplas, não limitadas somente às áreas da saúde. É necessário criar novos caminhos.

A estrutura dos serviços relacionados à atenção e assistência aos idosos deve e necessita ser ampliada, e novos espaços de atendimento criados ou readaptados, como Centros de Referências e Policlínicas. Deve ser estimulada a comunicação entre profissionais e instituições que lidam com o público idoso. Os meios de comunicação podem contribuir. A formação de grupos de idosos é vista como uma boa iniciativa, pois a reunião ao redor dos mesmos interesses e objetivos, estimula a mobilização e potencializa seus esforços.

Para atingir melhores práticas de cuidado à saúde bucal é necessário romper algumas barreiras. É preciso combater e eliminar o mascaramento das necessidades de saúde bucal dos idosos. As novas práticas devem estar fundamentadas em um processo de planejamento que inclua análise das condições de saúde da população idosa e que entendam o idoso na sua integralidade. A Odontologia deve contribuir para a avaliação global do idoso.

O crescimento da demanda de idosos por serviços de saúde gera a necessidade de capacitar os profissionais do serviço público para as questões de geriatria e gerontologia. Os dentistas se sentiriam mais seguros e encorajados a atender idosos na rede pública se forem capacitados para tal.

Temas relacionados à saúde e saúde bucal devem ser recorrentes e transversais nos currículos escolares, ao longo da formação das crianças e adolescentes, contribuindo para a construção de uma consciência para o viver saudável. Os participantes sugerem a capacitação e treinamento de cuidadores formais ou informais e de agentes de saúde sobre noções de saúde bucal e cuidados à saúde bucal do idoso. Recomendam a implementação de práticas educativas direcionadas ao público idoso, por meio de atividades permanentes e de elaboração e difusão de material educativo. Devem ser combatidos os estigmas e mitos relacionados ao cuidado à saúde bucal e ao medo de dentista, tão freqüente no grupo dos idosos.

Especialmente em relação ao cuidado à saúde bucal, a estruturação de uma rede de atenção ao idoso nos serviços de saúde se dará pela construção de um sistema que garanta o acesso, a concretização do tratamento, referência e contra-referência. As ações dos profissionais não devem se limitar aos centros de saúde, especialmente se vinculadas ao Programa de Saúde da Família. O deslocamento das equipes dos centros de saúde, realizando uma busca ativa dos idosos, a participação dos agentes comunitários, a interação com a família, e a integração dos profissionais da Odontologia na estratégia são elementos considerados diferenciais e com grande potencial para gerar mudanças.

A figura do coordenador de saúde bucal é valorizada à medida que este possibilita a mediação entre os dentistas da rede básica e as instâncias superiores, garantindo um canal de comunicação e representatividade.

Foi lembrada também a necessidade de incorporação de novas tecnologias de cuidado, a exemplo do atendimento domiciliário, desenvolvidas para beneficiar a parcela da população idosa com necessidades especiais.

Outros profissionais da Odontologia devem ser incorporados aos quadros do serviço público, como os Técnicos de Higiene Dental, que poderiam desenvolver, no limite das suas competências, muitos procedimentos de cuidado à saúde bucal do idoso, compartilhando tarefas com os cirurgiões-dentistas. Os dentistas lembram que os ganhos em termos de melhoria nos índices de saúde bucal foram conseguidos com medidas de prevenção coletivas, como uso do flúor, e que essas práticas devem ser reforçadas em benefício da população idosa no âmbito coletivo e individual. Os idosos do futuro serão beneficiados com as ações preventivas implementadas no presente. É ressaltada a importância dos dentistas assumirem papéis de gestão nos serviços de saúde.

Com relação à infra-estrutura, os centros de saúde precisam adequar sua área física para garantir a acessibilidade do idoso. Os materiais e instrumentais utilizados pelos dentistas poderiam ser de melhor qualidade. A oferta de procedimentos de média complexidade em Odontologia, como próteses dentárias, é uma necessidade urgente.

É sugerida a realização de parcerias com as Universidades e cursos de Odontologia: os idosos poderiam receber atendimento gratuito e especializado e os

campos de estágios para alunos de graduação poderiam ser ampliados nos serviços de saúde.

[...] localizar o volume, quem são, onde estão, as prioridades, as necessidades, o que dá mais resultado, o que é mais fácil de fazer. Então, um levantamento estatístico, de o que nós temos pela frente sobre o idoso. Por que isso está bem encoberto, está bem embaixo do tapete. Daí, depois eu achava assim, que as equipes de saúde, o dentista sozinho não vai dar conta, é lógico, então, eu acho que com o idoso, tem muito trabalho simples que a THD conseguiria fazer. [...] Ali eu vejo uma possibilidade de deslanchar bastante trabalhos produtivos, resolutivos, baratos, eficientes. Aline

Nós temos já uma habilitação para funcionar uma clínica de especialidades, justamente para priorizar a população adulta. Poder oferecer alguns tipos de tratamento mais, que a gente não tem. Que na atenção básica a gente não dispõe. Plínio

eu acho que a gente deveria ter essa comunicação, intersetorialidade, entre os profissionais e entre as instituições. [...] Eu acho que a gente pode mais, de uma forma inteligente. [...] O dentista precisa ter essa visão do todo. A gente precisa dar passo nesse sentido. Aline

[...] depois é a questão, acho, da estruturação de área física. Melhorar a qualidade de material, de instrumental. Algumas coisas que sejam específicas, tratando da questão do idoso. Acho que a gente tem muito que avançar ainda. Plínio

Agora, esse é um processo educativo lento, assim. Nesses dezoito anos que eu estou no serviço de saúde a gente vê que [...], nós evoluímos muito pouco. E acho, assim, que existe falha dos dois lados. Realmente, no despertar da população para a necessidade de cuidar da sua saúde bucal e também dos colegas de dar um enfoque mais de promoção de saúde mesmo. Entender que a Odontologia não acaba só quando você conclui ou dá alta para o paciente, é uma coisa muito mais ampla mesmo. Então, de ver que a população precisa de uma série de outros cuidados para compreender que a saúde dela também é uma coisa que não se limita quando tem uma queixa. [...] Sou uma otimista e eu acho que nem que leve uns dez anos a gente vai ter um nível geral de saúde da população, não digo nem só saúde bucal, um pouco melhor do que tem sido até agora. Salete

Nós estamos vendo essa integração nossa com o PSF. É um campo imenso, é um campo amplo que a gente teria até que ampliar a nossa equipe de pessoas para a gente poder trabalhar em todas as áreas. Temos de fato um geriatra conosco, um profissional da área de Odontologia. Eu acho, assim, que seriam, propostas para que a gente realmente estruture esse serviço de saúde do idoso. Então, a área de geriatria e gerontologia é uma coisa nova [...]. A gente tem que trabalhar mais integrado, eu acho. Irma

[...] mas já começa a se trazer algum benefício a partir do momento que tu começa a oferecer algum tratamento especializado, que vai estar direcionado exatamente para a população adulta. Plínio

Vislumbrando possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal no ambiente da instituição de longa permanência para idosos

Para a melhoria do cuidado à saúde bucal nas instituições de longa permanência foram propostas alterações na organização interna dos serviços prestados pela instituição como também na relação com os serviços públicos de saúde.

As instituições devem abrir suas portas para toda a sociedade, sendo um espaço de acolhida e de interação de pessoas e organizações. As famílias dos residentes devem estar integradas à instituição, participando das decisões e das ações de cuidado à saúde bucal do idoso.

É necessário conhecer as condições de vida e saúde dos idosos institucionalizados, por meio de levantamentos abrangentes que incluam questões sobre o estado e as necessidades de saúde bucal.

As ações de cuidado à saúde bucal no ambiente de uma instituição de longa permanência devem ser ordenadas, disciplinadas e normatizadas por aqueles que são encarregados de coordenar as atividades da instituição. Individual ou coletivamente, diretores, assistentes sociais ou enfermeiros têm um papel importante em colocar as práticas de cuidado à saúde bucal dos idosos em um nível de importância elevado equiparando-as a outras práticas cotidianas como a realização da higiene corporal e fornecimento da alimentação.

Os profissionais de Enfermagem devem obter formação para realizar o cuidado à saúde bucal, recebendo orientações e treinamento voltados ao idoso. A instituição onde trabalham poderia ser um espaço permanente de educação junto aos cuidadores, formais ou voluntários. Os cuidadores voluntários deveriam receber orientações sobre as práticas de cuidado à saúde bucal do idoso e poderiam ter a sua participação estimulada, auxiliando os cuidadores profissionais de Enfermagem nesta tarefa.

A garantia de que os cuidados à saúde bucal estão sendo feitos pelos cuidadores diariamente, sem esquecimentos ou omissões, pode ser alcançada pela aplicação de algumas medidas administrativas na instituição de longa permanência como a contratação de um número maior de cuidadores, uma melhor supervisão na realização

dos procedimentos ou a disponibilização de uma equipe técnica especializada para a higiene bucal.

As atribuições referentes ao cuidado à saúde bucal deveriam ser incluídas na escala de atividades da Enfermagem para que o cuidador não interpretasse como um procedimento a mais e sim um procedimento integrado ao cuidado do idoso. Isso também estimularia o cumprimento das prescrições de outros profissionais, não somente dos médicos e enfermeiros.

Os materiais utilizados pelos cuidadores para a higiene bucal diária devem ser adequados às características dos idosos e, se não se encontram de acordo, devem ser substituídos.

As informações referentes à condição de saúde bucal do idoso bem como sua evolução e tratamentos realizados devem constar do registro oficial da instituição, em um prontuário específico ou juntamente com o prontuário que guarda as informações de saúde do idoso. Quando o idoso realiza uma consulta odontológica, o prontuário deve acompanhá-lo, e os procedimentos realizados devem ser anotados, como também, as recomendações do dentista. Dessa forma garante-se que os cuidadores darão seguimento aos cuidados orientados pelo dentista quando o idoso retorna à instituição.

A aproximação e conseqüente integração do serviço público de saúde com a instituição de longa permanência deve ser promovida para que haja uma rede eficaz de apoio ao idoso para provisão dos cuidados à saúde bucal, principalmente aqueles que a instituição não consegue ou está impossibilitada de fornecer. O intercâmbio de informações dos serviços de saúde bucal com a instituição, via cirurgião-dentista da rede privada ou pública, deve ser constante.

Todos os profissionais que trabalham em instituições de longa permanência, procedentes de diversas áreas do conhecimento, devem estar preocupados e envolvidos com as questões do cuidado à saúde bucal, podendo auxiliar, por meio de suas competências e habilidades específicas, na melhoria do desempenho das práticas de cuidado. Ao agregar um maior número de profissionais, a instituição de longa permanência está proporcionando o desenvolvimento de práticas de cuidado integrais e de qualidade. Juntos os profissionais podem mais facilmente superar as dificuldades do dia-a-dia no cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado.

É importante dar oportunidade aos idosos de manifestarem seus anseios, dúvidas e opiniões sobre o cuidado à saúde bucal. Atividades educativas que estimulem a participação do idoso institucionalizado e sejam concebidas especialmente para esse público-alvo são bem-vindas.

A gente (profissionais de Enfermagem) precisava aprender mais. E também eu acho que tem que ser sempre, a gente tem que estar aprendendo, falando sobre o assunto, discutindo. Para se tornar vivo e importante na nossa prática o cuidado bucal, da saúde bucal. Carla

Eu acho que teria que ter essa integração. Eu acho que é uma deficiência do SUS a referência. O paciente deve sair daqui (da instituição) com a queixa registrada. E ele ter o papel para o dentista preencher do que ele fez. Faz um histórico: isso, isso e isso. Então, isso também na Odontologia eu acho que teria que estar registrado. Que ele fez a extração de tal dente. Carla

É uma questão de pulso e é uma questão de observação também. Não só da enfermeira, mas da parte assistencial. Assistencial e Enfermagem. Tem, é só implantar. Tudo que você ficar insistindo, dá certo. Por que se você tem autoridade para isso, é obrigado a dar certo. Nada pode ficar por debaixo do tapete. Se não é feito vai ter que ter alguma [...], vai ter que ter justificativa, vai ter o porquê que não foi feito. Se está ali no papel, se você tem autoridade para cobrar, tem que ser feito. Tem que implantar uma coisa para ser feita e cobrada. Uma coisa sem cobrar não é feita. Luciano

[...] seria aumentar o número de funcionários, ou uma outra saída seria treinar esses voluntários, que eu não sei porque não é a minha área. De repente poderia avaliar melhor, essa questão do voluntário seria interessante, que é uma questão que a gente poderia amadurecer, e aí ver quais os voluntários que estariam interessados em fazer um treinamento e tal. Marta

Uma coisa que eu acho muito interessante é fazer a tabela de avaliação das atividades diárias junto os outros profissionais. [...] De quais são as atribuições e incluir a Odontologia a Psicologia, o Serviço Social e a Nutrição. Mil

Construindo espaços de transformação

Os participantes entendem que deve haver uma ampliação da atuação da Odontologia, dos cirurgiões-dentistas, de outros profissionais da saúde envolvidos no cuidado à saúde bucal do idoso, e dos serviços públicos de saúde bucal, estendendo-se para diferentes espaços sociais com o objetivo de dar maior abrangência às ações e garantir a inclusão do idoso, independente das condições que se encontrem ou dos locais onde estejam.

Os profissionais que trabalham pela saúde e bem-estar social do idoso devem atuar para a formulação e garantia da implementação de políticas públicas que privilegiem o cuidado à saúde bucal dos idosos. Torna-se necessário estabelecer um canal de comunicação com as diversas esferas de governos para que escutem os clamores da população idosa.

A representação da população idosa deve participar ativamente de instâncias consultivas e conselhos populares, para discutir e/ou deliberar em benefício da saúde e da saúde bucal dos idosos. É importante a participação comunitária/social na defesa dos direitos dos idosos. Os próprios idosos devem ser estimulados a se tornarem mais atentos às questões de seu interesse e serem mais conscientes pensando na força do seu voto para eleição de parlamentares e dirigentes do poder executivo.

As escolas têm um papel fundamental na educação e disseminação de conhecimentos sobre saúde bucal ao longo da vida das crianças e adolescentes, que serão os adultos e idosos de amanhã. As universidades representam um papel importante como espaço de transformação, considerando que é o *locus* de formação dos profissionais que irão atuar na sociedade futuramente. Sendo assim devem preocupar-se em preparar profissionais com uma mentalidade diferente, inovadora, capaz de modificar a realidade.

Os centros de saúde deveriam ter a obrigação de se transformar em espaços de educação em saúde aproveitando a presença constante da população que busca tratamento. A estratégia do PSF, ao proporcionar um contato mais próximo dos seus profissionais e dos agentes comunitários de saúde com as famílias da comunidade, pode atuar em prol da difusão de cuidado à saúde bucal. A Odontologia, como disciplina, deve ter um espaço ampliado nos centros de saúde e os serviços de saúde bucal devem viabilizar a formação e integração das equipes de saúde bucal às equipes de PSF.

Outros espaços como Pastoral do idoso, clubes de idosos, grupos de convivência e outras organizações não governamentais dedicadas ao idoso podem agir mobilizando os idosos da comunidade e promovendo uma maior conscientização sobre a importância do tema. Os grupos de ajuda mútua, principalmente aqueles voltados a patologias que acometem mais o idoso, independentes ou vinculados aos serviços

públicos de saúde, também são espaços que não podem deixar de ser incluídos para ações de cuidado à saúde bucal. O cuidado à saúde bucal deve também ser estendido às instituições hospitalares.

O dentista deve sair do espaço restrito do consultório e passar a ter uma maior participação na vida pública, dando mais força e visibilidade à Odontologia e a saúde bucal.

Os meios de comunicação podem auxiliar agilizando o processo educativo e divulgando informações sobre o cuidado à saúde bucal.

Tendo vontade política, tendo determinação do gestor e que tenhamos mais dentistas gestores, eu acredito que isso aí é fundamental para esse processo. A partir do momento que a Odontologia participar mais da vida pública, o dentista, ele participar mais da vida política, com certeza isso são conquistas que vai se conseguindo. Sérgio

Então até porque se usa esses clubes e círculos (de idosos) como espaços de transformação. Então, essas universidades, e esses espaços hoje, os conselhos de assistência social, dos idosos, da criança, de saúde, eles estão agregando pessoas, grupos, e estão conscientizando para deliberarem sobre política. Então, eu percebo que a médio prazo, essa transformação vai ser feita pelo próprio idoso. O próprio idoso vai ter esta consciência. Porque o idoso vota! [...] Então, eu creio que também, essa consciência para os diversos espaços que estão se formando vão colaborar na transformação dessa forma de ver a saúde bucal como um direito, como um dever, sabe, como um direito que eles têm. E esse direito não só no sentido de tê-lo tratado pela saúde, mas de tê-lo enquanto consciência cívica lá na educação, lá na formação, como conteúdo transversal. Hercílio

DO REVELAR AS CONTRADIÇÕES À INCORPORAÇÃO DE POSTURAS DE MELHORES PRÁTICAS NO PROCESSO DE CUIDAR DA SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS

A gênese do cuidado encontra-se no desejo de perpetuar a vida. O descuidado, por sua vez, é a ameaça à vida. Ameaça gerada pela exacerbação sem limites do gozo da própria vida, ou pela incapacidade de dar-lhe sentido, ante a inexorabilidade da morte.

Cuidado e descuidado convivem e marcam a trajetória da humanidade. Os avanços e recuos das civilizações associam-se ao cuidado e ao descuidado, ambos compondo uma mesma tela, contraditórios, mas fios de uma trama.

Desde o ato de autocuidado mais instintivo até as notáveis mobilizações para a atenção a coletivos sob tragédias, são quase infinitas as oportunidades e possibilidades de práticas de cuidado. Em paralelo, desde o ato mais singelo de despreço à higiene até as gigantescas mobilizações de extermínio de seres humanos, são também quase infinitos os modos com que se apresenta o descuidado para a vida.

Os contornos não definidos do cuidado, a plausibilidade no lugar da certeza, a instabilidade de sua produção no seio das organizações da saúde, a repetição regular de modos irregulares, as descontinuidades, enfim, entender o cuidado, expressar seu significado, articular as práticas que lhe são subjacentes, requerem pensamento compreensivo, aberto, capaz de recolher a complexidade, a não-linearidade, que lhe dá caráter.

Compreender o cuidado exige visualizá-lo em sua complexidade, entendê-lo como sistema complexo nas suas estruturas e propriedades, sistema formado por elementos em redes com suas interconexões e dotado de movimentos inter-retroativos nos espaços das denominadas organizações complexas onde ele é serviço-resultado. Compreender o cuidado implica reconhecer processos auto-eco-organizadores no seu interior, portanto ver mais que um sistema funcionalista, mais que um sistema

organicista, enxergar um verdadeiro sistema organizacionista. O cuidado há que ser visto como um processo de relações, interações, associações, retroações entre os seres, em vários planos, sendo tanto auto-organizador por meio das práticas e atitudes como organizador do sistema de saúde a que pertence, ademais de co-organizar-se em simbiose com outros sistemas sociais¹⁶⁰. Esta visão da complexidade do cuidado, segundo os aportes mais modernos da filosofia e da ciência, contribui para uma melhor aproximação do tema da saúde bucal dos idosos aqui tratado.

As ações/interações associadas à realização das práticas de cuidado à saúde bucal dirigidas a idosos residentes em instituições de longa permanência são traduzidas em uma série de contradições que se originam do significado construído/elaborado pelos participantes deste estudo. Estas contradições, perpassam propriedades, estruturas e dimensões do cuidado à saúde bucal, sendo evidenciadas, no plano individual e coletivo, entre indivíduos e instituições que, de uma forma ou de outra, cooperam para a realização (ou não) destas práticas de cuidado. A partir da análise das categorias emergentes neste estudo foi possível constatar a presença de conceitos contraditórios, ambivalentes e antagônicos que convivem numa harmonia conflitiva e convergem para determinar os processos e as estruturas que compõem o cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado.

A construção do conhecimento está constituída por movimentos de tradução e reconstrução concomitantes, a partir de sinais, signos, símbolos, representados sob forma de idéias, teorias e discursos. A organização dos conhecimentos implica operações de união e de separação, que inclui processos circulares de análise e de síntese²⁰⁷.

O pensamento racional constantemente associa indução e dedução, e neste diálogo chega a conclusões fundamentais utilizando simultaneamente o empirismo e a lógica. O procedimento indutivo estimula a observação, o estabelecimento de relações, a procura por correlações e o procedimento dedutivo assegura a coerência teórica. Assim, ao apoiar-se no fundamento empírico natural trazido por uma e no rigor lógico trazido pela outra, a ciência obtém a certeza de poder aproximar-se da verdade²⁰⁸.

A lógica possui uma dupla natureza. Uma originada na computação, fonte operacional de todo conhecimento vivo e humano, constituindo um sistema simbólico

que obedece a regras de cálculo como disjunção, conjunção, implicação, negação, entre outros. Entretanto isso não significa excluir de todo o reconhecimento da sua realidade objetiva, que é noológica, ou seja, tem relação com a maquinaria cognitiva formal, associada à linguagem, possibilitando encará-la como a estrutura formal do sistema de idéias, concebida na/pela consciência humana. Uma lógica institui a ordem e a regra computacional para todo pensamento e sistema de idéias. O conjunto de regras lógicas constitui uma norma intelectual que determina a construção de doutrinas, teorias e ideologias²⁰⁸.

A lógica hegemônica, vigente nos dias atuais, tem origem nos fundamentos estabelecidos por Aristóteles. O núcleo da lógica clássica incide na identidade, na dedução e na indução, que garantem a evidência, a coerência e a validade formal, tão necessárias e valorizadas nas teorias e discursos. Os axiomas da lógica clássica, ou dedutivo-identitária, são o princípio da identidade (impossibilidade de algo existir e não existir ao mesmo tempo), o princípio da não-contradição (impossibilidade de um mesmo atributo pertencer e não pertencer a algo/alguém) e do terceiro excluído (toda proposição dotada de significado é verdadeira ou falsa). Os três princípios são inseparáveis e solidários.

Esses axiomas assumiram um valor universal e impensável de ser transgredido nos sistemas racionais, influenciando todo modo de pensar humano e todas as conseqüências disso, principalmente por considerar tudo aquilo que ultrapassava o limite desta coerência, fora da lógica, fora do mundo e fora da realidade²⁰⁸.

Foi a partir dos descobrimentos originados em uma das ciências consideradas mais exatas que se abriu uma brecha difícil de desconsiderar. A infalibilidade da lógica e a certeza científica são postas em cheque com o surgimento da incerteza e da contradição percebidas na Física. Ao admitir a contradição pela racionalidade científica, são atingidos violentamente os princípios de identidade, de não-contradição e do terceiro excluído.

A contradição pode aparecer como atentado ao bom senso (paradoxo), como conflito entre duas proposições igualmente demonstráveis (antinomia), como afrontamento entre duas soluções incompatíveis uma com a outra (aporia) e mais amplamente como emparelhamento de dois termos que se excluem. A contradição

torna-se um escândalo no seio da lógica identitária, visto que induz a não-identidade na identidade, a pertença e a não-pertença de um atributo a um sujeito, e estabelece uma relação de exclusão e inclusão de dois termos, violando o princípio do terceiro excluído²⁰⁸.

A ciência tradicionalmente repeliu a contradição: esta seria o indício de um erro de raciocínio e por isso mesmo a contradição deveria, não só ser eliminada, mas fazer com que fosse eliminado o raciocínio que a ela conduzia. A contradição da qual está se falando não é aquela advinda de um raciocínio incoerente ou de uma falta de racionalidade, mas a que aparece fruto de premissas consistentes, a partir de uma operação racional/empírica de caráter científico²⁰⁸.

A partir do reconhecimento da fragilidade da lógica clássica em lidar com a contradição, pode-se afirmar que “toda introdução da contradição ou da incerteza pode transformar-se em ganho de complexidade”²⁰⁸.

O pensamento e o universo dos fenômenos são por si complexos. Há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis, constitutivos do todo, e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto²⁰⁷.

O reconhecimento da contradição na realidade revela os limites da lógica e a complexidade do real, configurando-se não uma falha ou derrota mas o início de uma progressão para o saber, para a verdade.

Definir o que são estados de saúde ou doença bucal nos idosos constitui um desafio na contradição que se estabelece dentro dos parâmetros que atualmente configuram as condições de saúde bucal dos idosos. Se o conceito de doença estiver meramente associado à presença de patologias, dor ou desconforto, então, pode-se considerar saudável um idoso com a ausência desses problemas/condições. E a maioria deles assim se apresenta devido a total falta de elementos dentários. Estariam estas pessoas com saúde bucal? Seriam consideradas saudáveis? Não apresentar elemento dental algum para muitos idosos é sinal de alívio visto que a perda dentária é considerada solução para os momentos de sofrimento vividos na época em que possuíam dentes. Pensando nas próteses, o próprio dispositivo que deveria servir para o benefício do idoso, ao recuperar as funções mastigatórias e estéticas, pode ocasionar

problemas caso não seja adequadamente higienizado. Seria melhor estar sem as próteses dentárias, caso não sejam cuidadas e acabem servindo para acúmulo de bactérias e fungos, que irão causar doenças? Esses conceitos ainda são mais contraditórios se ampliarmos a visão e inserirmos a questão da necessidade de cuidados à saúde bucal. As necessidades normativa e sentida são conceitos que geralmente estão em desarmonia e conflito entre profissionais da saúde e idosos. O que parece ser uma necessidade premente para o profissional, nem sempre é assim entendido pelo idoso.

Ser/Estar na condição de idoso institucionalizado revela a contradição da inclusão–exclusão dos idosos na sociedade. Ao ser resgatado pela instituição o idoso é incluído, passando a receber atenção e cuidados específicos destinados àquelas pessoas que apresentam algum tipo de dependência, que garantam sua saúde e dignidade humana. No entanto, ser/estar institucionalizado é estar excluído do mundo extra-institucional, do mundo familiar e domiciliar, da intimidade de viver no espaço exclusivo do seu lar. A inclusão do ser idoso no viver coletivo confere-lhe viver a ausência de uma família idealizada no seu imaginário. Pelo fato de as instituições de longa permanência para idosos ficarem à margem, também excluídas de políticas formais dos serviços públicos de saúde e, principalmente, de saúde bucal, o idoso institucionalizado encontra-se adicionalmente excluído do acesso à atenção e assistência odontológicas públicas. O Estado pela via dos serviços públicos de saúde, numa atitude passiva, revela-se omissivo no essencial, ao não reconhecer e atender as demandas presentes nas instituições de longa permanência para idosos.

As práticas de cuidado à saúde bucal são entendidas tanto como meio como um fim em si mesmas. Ao significarem o modo pelo qual as pessoas, em geral, mantêm, previnem ou recuperam sua saúde bucal e até mesmo aspectos mais abrangentes da sua saúde, elas são colocadas como meio. Todavia, ao não serem associadas a possibilidades futuras, ao se afastarem dos conceitos de saúde e cuidado, denotam uma ausência de significado/motivo na ação. A falta de sentido corrói progressivamente a atitude de cuidado. Daí até a doença é um passo.

O cuidado à saúde bucal do idoso residente em uma instituição de longa permanência pertence ao plano da realidade da vida dos participantes desta pesquisa à

medida que o reconhecem, identificam suas causas e conseqüências, relacionando o cuidado com hábitos, comportamentos, instituições e estruturas sociais e tornando esse cuidado um fazer próprio do seu modo de vida e trabalho. Entretanto, o cuidado à saúde bucal quando não faz/deixa de fazer parte significativa do viver cotidiano, torna-se uma idéia difusa, pois as pessoas não conseguem delimitar com precisão seus contornos e suas possibilidades. Não apresentam/reconhecem o cuidado como um objeto passível de apreensão e controle tanto para si quanto para as instituições. Dessa forma, torna-se algo distante, sem significado/sentido e de pouca utilidade.

A abordagem do cuidado à saúde bucal contempla um plano geral e um plano particular, nem sempre congruentes, e às vezes implicando algum antagonismo. À guisa de exemplo, num plano geral o cuidado à saúde bucal equipara-se a outros procedimentos complexos tornando-o importante e fundamental para a vida; mostra-se relevante para a manutenção da saúde; engloba abordagens multidisciplinares; é entendido como direito de todos os idosos e requer do Estado a implementação de políticas públicas para garanti-lo à população. Num plano mais particular, implica intervenções nas estruturas bucais; trata da elaboração de protocolos de procedimentos; compete com outras áreas de cuidado do corpo e da saúde; implica na formação de profissionais para praticá-lo; valoriza a Odontologia baseada em evidências.

Outro dilema revelador das contradições presentes no processo de promoção do cuidado à saúde bucal do idoso aparece por ocasião da decisão/adoção de determinado plano de tratamento (administração de medicamentos, radioterapia, etc...) que, se de um lado objetiva combater a doença/patologia, de outro provoca efeitos colaterais negativos para a saúde bucal (xerostomia/hipossalivação, etc...). No caminho inverso, também intervenções nas estruturas bucais, quando descoladas das condições e hábitos de vida do idoso, podem ocasionar conseqüências indesejadas na sua saúde (exodontia *versus* desnutrição provocada por formas de alimentação inadequadas ao edêntulo; indicação de reabilitações protéticas extensas *versus* idoso com avanço do comprometimento da função motora).

A consciência que as pessoas têm, em maior ou menor grau, da importância do cuidado à saúde bucal do ser idoso reflete-se sobre a realização de suas respectivas

práticas de cuidado. Ser consciente da necessidade, do valor do cuidado à saúde bucal e das conseqüências negativas que a falta de cuidado pode ocasionar na saúde e na vida dos idosos, é condição determinante da efetivação e da qualidade dos procedimentos. Esta consciência, subjetiva e particular, é contraditada por ocasião da discussão das prioridades de atenção aos idosos em face da curta expectativa de vida. Nessa discussão, contrapõe-se a racionalidade instrumental na alocação de recursos públicos escassos para a saúde *versus* o valor intrínseco do cuidado permanente devido ao ser humano, especialmente o idoso. Portanto, na melhor acepção weberiana, confrontam-se de um lado a racionalidade substantiva e de outro a racionalidade instrumental. Afloram aqui noções carregadas de preconceitos e estigmas capazes de anular a construção de uma consciência ampla sobre necessidade e importância da saúde bucal, desvinculada de faixas etárias e da expectativa de vida. Vale dizer, de uma consciência de cuidado à saúde bucal por todo o curso da vida.

O acúmulo de informação parece também se apresentar contraditório no que diz respeito à realização de procedimentos de (auto)cuidado à saúde bucal. Possuir informação é considerado fundamento para a realização das práticas de cuidado, mas não constitui elemento suficiente. É necessário mais que informação disponível e de qualidade: a pessoa possuidora da informação precisa processá-la, incorporá-la para que seja transformada em ação. Esse procedimento é conflituoso, à medida que outras variáveis como educação formal e informal, renda, classe social, oportunidades de vida, estilos de vida, ambiente, consciência, necessidade, entre outras jogam um papel igualmente relevante na adoção das práticas de (auto)cuidado. A informação ao mesmo tempo em que se encontra disponível, não se distribui nem é assimilada homogeneamente por todas as pessoas, sendo necessário o desenvolvimento de recursos prévios para possibilitar a própria aquisição da informação e também o seu processamento e tradução em práticas.

Na interação ocorrida entre pessoas durante a execução dos procedimentos de cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado são gerados sentimentos contraditórios, tanto desencadeados nos idosos quanto nos cuidadores e em outros profissionais envolvidos. Cuidar da saúde bucal das pessoas idosas desperta emoções de toda ordem. Traz felicidade, alegria, prazer e otimismo, sentimentos bons,

resultantes da sensação de dever cumprido e do bem-fazer o bem, a si mesmo e ao outro. Faz florescer no ser cuidado sentimentos de gratidão, reconhecimento, amizade. É o que se imagina. Todavia, ao mesmo tempo estão presentes sensações de angústia, tristeza, medo, dor, nojo e frustração, proporcionados por traumas anteriormente vivenciados, pela observação da péssima condição de saúde bucal dos idosos, pelo contato íntimo com a boca e as próteses dentárias, pela sensação de não saber precisamente o que fazer, pela percepção de ineficiência das práticas, pela pouca valorização dos procedimentos e pela falta de demonstração de resultados positivos para o idoso. Os dados que circulam entre os participantes da pesquisa continuam, assim, revelando a convivência com o contraditório. O cuidado à saúde bucal, embora praticado para o bem do idoso, com competência técnica, enfim, para o seu benefício, também é capaz de provocar reações iradas, rispidez e até mesmo malefícios quando desagrada o idoso, prejudica seu conforto momentâneo, interfere na sua autonomia, causa-lhe dor ou é realizado contra a sua vontade, com as conseqüências que daí decorrem.

Os atores em cena: cuidadores de idosos, dirigentes de instituições de longa permanência e o Estado/Governo, na figura dos seus funcionários, sejam gestores e/ou profissionais da saúde, são todos agentes ativos do processo de cuidado à saúde bucal. Por meio da sua atuação, as práticas de cuidado à saúde bucal tornam-se reais, significativas e consistentes ou, ao revés, inconsistentes, sem sentido e inexistentes. Encerram no seu comportamento as circunstâncias e o propósito da ação ou da omissão. Ainda que a retórica desses atores corresponda ao discurso do “dever-ser”, nem sempre a prática lhe é correspondente. A omissão, a incompletude, a não-integralidade, a não-equidade das ações, a falta de acesso aos serviços, o desrespeito às diferenças e às necessidades especiais dos idosos, a perpetuação de estigmas e o mascaramento do problema ocorrem com freqüência e são faces nada glamorosas do processo de cuidar. É o contraditório do “dever-ser” com a dura realidade.

Cuidadores de idosos e outros profissionais da saúde não conseguem definir/decidir se o cuidado à saúde bucal incorpora elementos que o caracterizam como fácil ou de difícil execução. Considerar fácil a realização das práticas de cuidado à saúde bucal ao idoso é relacioná-las e compará-las a qualquer outro procedimento

básico de (auto)cuidado que preserve a vida e a saúde, excluindo a possibilidade de deixar de praticá-las transformando-as em ações cotidianas e reduzindo-as à simplicidade de outros procedimentos. Ainda que as técnicas de cuidado sejam simplificadas e portanto factíveis, são muitas as dificuldades que rodeiam o processo, em todos os níveis: interpessoal, intra e interinstitucional, o que frustra o acontecer do cuidado. O fácil e o difícil são propriedades concomitantes do cuidado à saúde bucal que, no seu antagonismo, representam um paradoxo próprio daquilo que condiciona as práticas tipicamente voltadas à população idosa, nas suas especificidades.

O cuidado à saúde bucal aqui estudado, quando realizado por terceiros, é praticado por profissionais de áreas da saúde, ou seja, por pessoas que em algum momento e em diferentes níveis de formação obtiveram conhecimentos acadêmicos formais para desenvolvimento de habilidades específicas de cuidado em suas esferas de competência. Esta formação quando analisada pelo ângulo dos profissionais de Enfermagem demonstra-se incompleta, não atendendo as necessidades cotidianas de cuidado à saúde bucal apresentadas pelos idosos. Interessante verificar que os conhecimentos utilizados como base para fundamentar suas práticas de cuidado à saúde bucal são mais de caráter empírico, popular, do que de caráter técnico-profissional, e têm origem na própria família e nos meios de comunicação, mais do que em espaços formais e acadêmicos, ou mesmo fruto de treinamento e capacitação específicos. Seguindo essa direção, também os profissionais da Odontologia ressentem-se de não possuírem sólidos conhecimentos acadêmicos sobre o contingente idoso e os cuidados a sua saúde bucal. Assim, aqui a contradição se estabelece ante a intervenção necessária do profissional e a sua sujeição à falta de conhecimentos específicos proclamados por evidências científicas, fato que diminui seu poder de ação e o valor dado ao cuidado à saúde bucal do idoso.

Não se pode afirmar serem inexistentes algumas atividades/atitudes internas das ILP para efetivar as práticas de cuidado à saúde bucal aos idosos residentes, principalmente por parte dos cuidadores auxiliares e técnicos de Enfermagem. No bojo das responsabilidades, aparece a dicotomia do fazer/não-fazer cotidiano, estando representada pelos esquecimentos, omissões, imprecisão na delegação das tarefas,

falta de materiais e instrumentos apropriados, falta de recursos e mesmo comportamentos negligentes e práticas ineficazes.

Assim, o cuidado à saúde bucal deveria ser praticado dentro de padrões de continuidade e constância, independente de fatores individuais ou coletivos, pessoais ou organizacionais, não sendo influenciado ou ficando vulnerável às circunstâncias ou contingências da vida dos próprios idosos, das instituições ou da organização dos serviços de saúde externos à instituição. Entretanto, a descontinuidade do cuidado é uma característica muito presente, embora considerada ruim e não desejada, é originada/justificada pelos comportamentos inconstantes dos idosos, pelas posturas e atitudes não padronizadas dos cuidadores e outros profissionais da saúde, pela falta de comprometimento das instituições e pela ausência da intervenção do poder público para além de ações/normas eventuais, quando existentes.

Os participantes confirmam ser necessárias e indispensáveis as práticas de cuidado à saúde bucal de idosos institucionalizados. Todavia, elas não ocupam lugar prioritário ou de destaque na pauta das atividades de higiene e conforto das instituições, da mesma forma que não é dada prioridade à resolução de problemas bucais, até o momento em que aparecem sintomas e queixas pelo idoso. As práticas de cuidado à saúde bucal podem ser dispensadas, substituídas ou deslocadas para o final do rol das prioridades.

O cuidado à saúde bucal em uma instituição de longa permanência ocorre entre a ordem e a desordem. Em uma instituição de vida coletiva costuma haver normas de convivência e certa ordem em prol da eficiência dos serviços. Isto implica limitações à liberdade individual, mas também assegura respeito aos direitos de cada um. Os procedimentos de cuidado à saúde, no ambiente coletivo de viver, requerem persistência, programação e ordenamento. Desse modo, cria-se um código de conduta pelo qual a pessoa cuidada e o cuidador sabem o momento em que cumprirão suas responsabilidades proporcionando ou recebendo cuidados. Se de um lado, programação e disciplina permitem aos cuidadores e demais empregados saberem o que fazer e quando, facilitando o seu trabalho, tornando-o mais eficiente, de outro tolhem a flexibilidade e a criatividade muitas vezes necessárias para que o cuidado, além de eficiente se torne eficaz. Programação e disciplina podem prenunciar que todos

os procedimentos básicos (alimentação, higiene, conforto e administração de medicamentos, por exemplo) sejam realizados a contento. Porém, os casos especiais, as diferenças são mais difíceis de serem percebidas e satisfeitas. No que se refere ao cuidado à saúde bucal, os dados revelam uma desorganização das práticas. Prevalece a inexistência de uma programação de trabalho de promoção da saúde. As normas são superficiais e não há protocolos de atuação em saúde bucal. Assim, embora os requisitos plano, ordenação e disciplina pudessem orientar as ações, estas resultam das circunstâncias e da mera repetição inconsciente. O modo particular de atuação de cada cuidador fora de um protocolo e de critérios que permitam avaliação não significa o protagonismo de uma ação flexível e adaptativa. Nesse caso, se trata de desorganização mesmo. Aqui nos referimos à contradição que se estabelece entre uma ação rotinizada tecnicamente e a necessidade de flexibilidade e adaptabilidade frente à diversidade de situações de cuidado com que o cuidador se defronta.

As instituições geralmente pré-estabelecem como procederão quando surgir a necessidade de buscar atenção odontológica na rede pública para um residente. Assim, supõem a disponibilidade de serviços públicos de saúde bucal, de suas estruturas e operações, quando se apresentam solicitando atendimento para o idoso. Aqui também se coloca a contradição. Ela se estabelece por conta da dificuldade de acesso, limitação de procedimentos, insuficiência de profissionais, baixa condição de resolutividade e poucas atitudes pró-ativas. As regras de funcionamento dos centros de saúde, ante os direitos dos idosos, são cosméticas. Quando muito ordenam filas, organizam agendas e ainda assim, há restrições de horários. Ao mesmo tempo em que as instituições de longa permanência têm o direito de bater às portas dos serviços de saúde bucal disponíveis na rede pública, não lhes é garantido o serviço no momento em que seus residentes necessitam. Ademais, a prestação de serviços públicos na atenção básica mostra-se inadequada às demandas dos idosos. Os procedimentos odontológicos disponíveis são limitados para a realidade epidemiológica da população idosa atual, que necessita de outros tipos de procedimentos, mais complexos, além daqueles minimamente oferecidos. Rompe-se com isso, os princípios da integralidade.

A garantia de acesso ao pronto atendimento, ou seja, a prioridade dos idosos, fixada em lei, esbarra na dificuldade real de atenção quando necessita de cuidado

integral à saúde bucal, que contemple as suas condições epidemiológicas. Os serviços públicos mostram-se despreparados para suprir esta demanda, juridicamente assegurada, mas não traduzida em acessibilidade e resolutividade. O acesso universal aos serviços, a garantia e a oportunidade de tratamentos, enfim, o efetivo atendimento à saúde bucal do idoso, ainda é dado no plano virtual. As contradições aparecem flagrantemente entre os planos jurídico-institucional e o plano das políticas públicas implementadas: há um abismo entre o plano normativo que assegura o direito à provisão de atenção à saúde bucal aos idosos e a sua efetiva oferta.

O cuidado à saúde bucal aos idosos ocorre nas esferas individuais e coletivas de ação/interação. Ele é individual por acontecer no momento em que a própria pessoa, ou por ação do cuidador ou outro profissional da saúde, realiza passo-a-passo, de modo singular e de acordo com as necessidades, os procedimentos de cuidado. Também é coletivo, na medida em que for planejado para a população de idosos como um todo, englobando todos nas suas mais diferentes condições de renda, vida e saúde, sendo universalmente abrangente. Pensar o cuidado à saúde bucal nas instituições de longa permanência para idosos é, também, aprender a conviver, lidar e integrar esse conflito entre a maximização do bem-estar individual *versus* a maximização do bem-estar coletivo. Contradição forte, pois o somatório da maximização do bem-estar de cada indivíduo não implica no máximo de bem-estar coletivo. A incongruência entre o singular e o plural, entre o um e os muitos que necessitam de tipologias de cuidado diferenciadas e ao mesmo tempo homogêneas, constitui um desafio permanente.

Percebe-se uma difusa noção de responsabilidade nas esferas individual, profissional, institucional e estatal/governamental com relação ao cuidado à saúde bucal. Todos se reconhecem como responsáveis, principalmente pela consciência de que o “não-fazer” e suas conseqüências negativas, trazem prejuízo para a saúde e vida do idoso. Entretanto, esse sentir a responsabilidade, nem sempre é capaz de promover ações transformadoras que resultem em práticas de cuidado dotadas de eficácia. O sentimento difuso de responsabilidade não carrega força suficiente para modificar as práticas inadequadas de cuidado à saúde bucal. Ainda assim, esse sentimento de responsabilidade é positivo, pois é indispensável para o florescimento de idéias que melhorem os procedimentos.

A saúde bucal e os cuidados de que dela emanam são interpretados como um direito dos cidadãos que deve ser garantido pelo Estado por meio de programas ou políticas públicas inclusivas e universais, que não diferenciem a população quanto à possibilidade de acesso e tipo/qualidade de cuidado/tratamento. Por outro lado, contrapõe-se um regime privado de provisão e produção de serviços odontológicos que disputa o segmento da demanda com capacidade de pagar o preço. Este outro universo é hoje ainda mais complexo devido à intermediação de organizações empresariais (planos de saúde). É evidente o modo como os cuidados à saúde bucal são vistos e tratados como uma mercadoria de consumo. Assim, só podem deles fazer uso, ou se beneficiar de suas tecnologias, aqueles idosos que podem pagar o preço privado dos serviços prestados. Os serviços públicos de saúde bucal, ao não oferecerem um plano de atenção individual, nem fornecerem uma gama mais ampla de procedimentos odontológicos (na atenção básica ou mesmo na média complexidade), como os reabilitadores, circunscreve/limita a prática da assistência odontológica, tornando-a pouco conservadora e até mesmo mutiladora. Vale dizer, essas restrições de atenção serão indutoras de uma constante demanda, cuja extração dentária é a única porta de saída. Pode-se questionar se o objetivo último desta prática é a qualidade de vida das pessoas ou a morte, pela incapacidade de responder em longo prazo às necessidades que demandarão a realização de procedimentos radicais, como a extração dentária. A ausência dentária pode acarretar graves conseqüências que se levadas ao extremo podem ser fatais, especialmente se considerarmos o contexto urbano de vida e saúde da pessoa idosa. Esse cenário no setor privado, não tanto pela limitação do rol de procedimentos, se apresenta mergulhado em estigmas e preconceitos sobre a pessoa idosa que contribuem para a perpetuação de práticas inadequadas.

O condicionamento aos três axiomas da lógica identitária (identidade, não-contradição, terceiro-excluído) produz um pensamento redutor, que esconde a diversidade, a incerteza, as solidariedades, as retroações, a complexidade das organizações, as emergências, os sistemas, as totalidades, suscitando concepções unidimensionais, compartimentalizadas da realidade. Logo, esta lógica articula-se perfeitamente com tudo o que é isolável, fragmentado, determinista. Ao não possibilitar a abertura para a compreensão do complexo, torna-se um instrumento a serviço de

uma “inteligibilidade utilitária”, correspondendo às nossas inclinações práticas de ultrapassar/desconsiderar o incerto e o ambíguo para produzir um diagnóstico inequívoco e preciso²⁰⁸.

Para resolver o paradoxo e lidar com os elementos contraditórios que eles representam, é necessário, segundo Morin (1992)²⁰⁸, tomar uma posição externa ao sistema estudado e estabelecer um metaponto de vista que ultrapasse o paradoxo. Assim, a contradição pode ser ultrapassada graças à introdução de um metaponto de vista complexo, ou seja, a certeza absoluta que pressupõe ser trazida pelo silogismo é agora substituída por uma plausibilidade ou pela probabilidade²⁰⁸.

A presença do pensamento complexo, não retilíneo, contribui para a apreensão não mutilante da realidade tornando visíveis as incertezas, as ambigüidades, as contradições e os paradoxos. Toda lógica que exclui a ambigüidade, expulsa a incerteza, ignora a contradição, é insuficiente, reducionista, e não dá conta da compreensão ampla do fenômeno.

Uma das tarefas do pensamento complexo é saber tratar, questionar, salvaguardar as contradições. Se de um lado a razão, o raciocínio, pede que desapareçamos com a contradição, de outro também pede que as salvaguardemos para escapar do pensamento estéril²⁰⁸.

Embora neste trabalho, em alguns momentos, formulam-se reflexões particularizadas sobre o cuidado à saúde bucal, por questões expositivas e metodológicas isso não significa abdicação da unicidade que envolve o conceito de cuidado. Ao contrário, entende-se imprescindível que as práticas de promoção da saúde bucal estejam incorporadas às ações individuais e coletivas de cuidado da saúde em geral. Assim, numa visão de promoção da saúde, não funcionalista, valoriza-se o cuidado tanto na sua dimensão técnica quanto teórico-filosófica e político-ética, integrando o todo nas partes e as partes no todo. Esta lógica também é assimilável no pensamento complexo do mesmo modo que este incorpora os elementos de contradição.

O todo tem qualidades/propriedades que não são encontradas nas partes, e certas qualidades/propriedades das partes podem ser inibidas pelas restrições provenientes do todo. A reunião de ambos é maior que a simples soma; o resultado

expande as relações no bojo da complexidade. Assim, no fenômeno complexo os elementos são diferentes mas inseparáveis, constitutivos do todo num tecido independente, interativo e inter-retroativo²⁰⁹. Saúde e saúde bucal circulam entre o todo e as partes, entre as partes e o todo, no fenômeno de cuidar na perspectiva do envelhecimento saudável. E, neste movimento circular permeado de contradições, nenhuma é mais importante ou sobressalente que a outra, mas estão intrinsecamente ligadas, estabelecendo relações mútuas e influências recíprocas.

A busca por melhores práticas como metaponto de vista a ser alcançado, indica transformações em direção a um novo estágio, construído a partir do reconhecimento das contradições passadas e presentes. A salvaguarda das contradições ajuda a evitar proposições infrutíferas, despidas de efetividade. Daí que as transformações por via da adoção de uma postura pró melhorias contínuas prometem um avanço sustentado na qualidade do cuidado.

As melhores práticas no cuidado à saúde bucal referem-se às decisões e escolhas planejadas, entendidas como desafio, considerando o todo do fenômeno, em uma postura de um melhor-fazer-melhor. Trata-se de percorrer um caminho que oferece riscos e incertezas, mas que direciona as energias para novos estágios. Segundo Morin (2002)²⁰⁹, assim que se empreende uma ação complexa, esta começa a distanciar-se da intenção inicial entrando em interação com o meio ambiente e tomando rumo incerto. Por isso, deve-se seguir as ações, corrigi-las e até eliminá-las, se necessário, pois carregam em si a complexidade, o aleatório, o acaso, o inesperado, o imprevisto, a derivação e as transformações. Portanto, implementar posturas de melhores práticas exige controle, avaliação e reprogramação.

No campo da saúde bucal a questão da apreciação da qualidade e melhoria contínua oferece dificuldades. É que se constata diferenças bastante acentuadas nas práticas de cuidado, tanto individuais como coletivas, determinadas por condições socioeconômicas e padrões culturais da população, pelo caráter e fundamento das políticas de saúde bucal, pelo acesso, espécie e natureza de serviço odontológico ofertado. Estas diferenças acarretam dificuldade para padronização de processos/procedimentos, bem como para estabelecimento de padrões e assim

requerem a adoção de adequado tratamento gerencial de modo a maximizar os benefícios para a população.

O cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado apresenta-se recheado/permeado de contradições, tanto nas condições em que se estabelece, como em suas potencialidades para construir uma saúde bucal condizente com um viver saudável. A partir dessa constatação, propõe-se uma transformação na base das concepções correntes de gerenciamento, de tal forma que se resgate e integre o valor do cuidado a saúde bucal nas suas dimensões teórico-filosófica e político-ética reforçando, conseqüentemente, sua dimensão técnica. A idéia de melhoria contínua, traduzida em melhores práticas de cuidado, deve permear as estruturas e os processos que compõem a promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos: um novo modo de gerir no qual a melhoria contínua das ações seja um atributo permanente.

Santana (2001)²¹⁰ afirma:

Há dois referenciais básicos para uma análise atual do aspecto gerencial na área da saúde em nosso país: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações.

A precariedade na promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos no país, constitui desafio adicional ao gerenciamento no setor saúde. Desafio para compreender e fechar a distância entre a realidade e outra melhor. O aperfeiçoamento vai exigir um olhar para dentro e outro para fora das organizações de saúde, reconhecer suas práticas internas atuais, trazer à luz deficiências, problemas escondidos, e perseguir operações num plano mais alto melhorando o equilíbrio entre recursos e demanda. Desafio para fazer mais e melhor, com um dado recurso, ou seja, perseguir melhores práticas com atributos de eficiência, eficácia e efetividade. Nesse sentido, a busca de melhores práticas é considerada uma promissora ferramenta para o setor e, também, para os gestores da prestação coletiva de serviços de saúde. Quanto mais sólida a democracia brasileira e mais consciente de sua condição cidadã, maior a cobrança da população e maior a possibilidade de respostas de melhor qualidade na alocação de recursos e no enfrentamento dos problemas.

Muito apropriada a observação de Castro; Westphal (2001)²¹¹ para profissionais da saúde que convivendo com os idosos sabem o quanto lhes é devido e quanto mais ainda se deve àqueles que nem acessam aos serviços.

A implantação do SUS, ao contrário do que acontece nos planos político-jurídico e institucional, requer mudanças no plano operativo, em particular quanto à forma de produção e distribuição de serviços de saúde numa relação direta e de reciprocidade com uma dada população concreta e definida, em termos de suas necessidades, problemas e demandas de atenção à saúde.

Seres humanos são seres de aprendizagem por natureza e estão sempre buscando conquistar o novo, superando seus limites. Esta inquietação, que traduz uma insatisfação permanente, nos faz refletir sobre as experiências vividas para promover um amanhã diferente, e quem sabe melhor. Hoje, a ação humana no campo da saúde se desenvolve no interior e por meio de organizações complexas, as organizações da saúde. Daí a necessidade de se contar com paradigmas gerenciais que dêem protagonismo à capacidade de aprendizagem das organizações. Isto tem apoio nos fundamentos formulados por Senge que afirma ser “a filosofia da melhoria contínua uma filosofia de aprendizagem”¹⁸⁹. Ressalta, em relação às organizações, o valor da compreensão do fenômeno, a importância de as pessoas ampliarem continuamente a capacidade de criar resultados desejáveis, bem como, o estímulo a formas de pensamento mais abrangentes.

A aprendizagem organizacional ocorre quando seus membros experimentam uma situação problema e a partir disso questionam, investigam e refletem em favor da organização¹⁹¹. Esta é a gênese organizacional para a adoção de uma postura de melhorias contínuas que se consubstanciem em melhores práticas como referencial teórico para a transformação da realidade.

Pode-se considerar que melhores práticas seriam aquelas que, em algum grau, colocar-se-iam acima das práticas correntes, sendo estas já previamente classificadas por algum parâmetro/indicador. Em saúde tradicionalmente os indicadores utilizados são quantitativos, o que permite padronização e comparação direta. Entretanto, acredita-se que melhores práticas em saúde seriam mais do que aquelas ações que promoveriam os melhores indicadores/índices com relação aos serviços oferecidos.

Parece que nem sempre os parâmetros quantitativos tradicionais conseguem dar conta de revelá-las.

O cuidado à saúde bucal, associado à responsabilidade que acompanha os seus deveres, vai muito além da usual atenção tópica, episódica, emergencial, e nos coloca diante de titulares de direito a uma atenção contínua, sistematizada e contextualizada.

Ao aproximar o conceito de busca da melhoria contínua nos diferentes espaços sociais, por um ideal de melhores práticas no cuidado à saúde bucal dos idosos, antevê-se a possibilidade de agregar planos que hoje estão distantes, compreendê-los e salvaguardá-los, vale dizer trabalhar com e sobre as contradições. Assim, respeitando os limites impostos pela própria teoria, entende-se ser possível fixar um metaponto de vista que direcione os conhecimentos, as ações, as pessoas e as instituições para o melhor fazer, continuamente.

O cuidado à saúde bucal fornecido à população idosa, representado por meio das ações que vem sendo (timidamente) implementadas, revela-se bastante precário no contexto da realidade brasileira. Por prevalecer o sentimento de que se trata de uma questão ainda restrita ao plano individual, ou de âmbito familiar e de responsabilidade pessoal, repleta de preconceitos e estigmas, a atenção e assistência à saúde bucal do idoso permanece fora das esferas de ação públicas, carecendo de uma maior visibilidade em todos os setores da sociedade.

Para promover alterações na realidade faz-se necessário criar novos canais, abrir novos caminhos, pensar saídas alternativas, construir estratégias diferenciadas e desenvolver senso crítico. As ações, reflexo das decisões e das escolhas que pessoas e instituições tomam e fazem, devem ser constituídas em diferentes espaços sociais para viabilizar a efetivação e garantir máxima cobertura e abrangência. Quanto mais espaços forem conquistados, quanto mais pessoas estiverem envolvidas e contagiadas pelos ares da mudança e maior o estímulo para o desenvolvimento de uma consciência cidadã, mais a população estará deliberando sobre políticas públicas saudáveis e inclusivas, especialmente com relação ao grupo dos idosos.

Os idosos ocupam determinados espaços sociais onde convivem com membros da sua comunidade, da sua família, com seus amigos e estabelecem e cultivam relações de toda ordem, nas mais diferentes situações de vida e saúde. Pensar e

incluir todos esses espaços nas ações de promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos é considerar o aumento da possibilidade de inserção de todos e tomar em conta a pseudo-aparência de homogeneidade desse grupo populacional.

Por certo, nos dias de hoje vivem-se tempos conturbados, muitos fatos desagradam aos olhos daqueles que conseguem enxergar analítica e reflexivamente sua realidade. Mas a expectativa do novo e a esperança de dias melhores florescem independentemente do nível de desgosto ou frustração. Busca-se uma nova ordem, a partir das contradições que alimentam o caos das nossas vidas. A compreensão deste momento, se faz a partir do entendimento de que existem várias formas de melhorar o cuidado à saúde bucal. Reconhecer que ainda há muito que fazer, que está tudo por ser construído, mas que não se está vivendo num “beco sem saída” e temos chances e possibilidades de transformação, é passo necessário para despertar uma nova consciência-ação para a promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos por meio de melhorias contínuas.

Dos dados recolhidos na pesquisa emerge a convicção da autora que a responsabilidade, ainda que difusa, assumida pelo conjunto de atores participantes, é reveladora do clima propício à introdução ordenada de melhorias. Um novo estágio é possível! Vive-se um estágio em que o processo de promoção da saúde bucal dos idosos denota contradições tão fortes que parecem insuperáveis. Não é assim: há esperança e muitas pessoas cultivam a utopia. Afinal, esse é um processo construído e determinado socialmente, portanto, admite a mudança. É possível corrigir sua direção, mudar o rumo.

Este processo é tão contraditório quanto um sistema elétrico em que de um lado há capacidade instalada de geração de energia e fontes abundantes de recursos hídricos enquanto, de outro lado, há indústrias carentes de suprimento de energia elétrica por falta de linhas de transmissão, frustrando a produção de riquezas. Faltou o elemento que transforma a energia em produção. Analogamente, a introdução da postura de melhores práticas é a “linha de transmissão” capaz de dar nova feição ao contraditório. Tratar os elementos que compõem a contradição, sem eliminá-los ou desconsiderá-los, ao contrário, tomando-os em conta, com eles trabalhando, buscando a melhoria de cada um, possibilita a superação da contradição contornando o

obstáculo que ela representa. Por esse caminho, a adoção da postura de melhores práticas pode ser considerada como um metaponto de vista externo ao sistema de cuidado à saúde bucal capaz de ultrapassar um estágio de contradição como o aqui revelado.

Examinado detidamente os dados levantados e os códigos deles emanados, a autora encontrou nesse rico manancial indicativos e sugestões de procedimentos com o atributo comum da melhoria possível. Entre eles há um fio condutor, isto é, um entendimento dos participantes que o *status* atual de determinadas práticas de cuidado pode ser diferente, melhor, e que é preciso agir logo e em múltiplas frentes.

A síntese dos indicativos e sugestões apontadas pelos participantes são a seguir elencados:

- Os diferentes profissionais que atuam na defesa do idoso, da área da saúde, assistência social, administração e outros devem participar ativamente na formulação e implementação de políticas públicas que garantam a efetiva inclusão da saúde bucal do idoso para além dos aspectos legais/burocráticos, trazendo para a prática cotidiana os direitos e prioridades já garantidos juridicamente.

- O sistema formal de ensino cumpre o papel fundamental de sensibilizar desde cedo as crianças sobre os temas relacionados à saúde e à saúde bucal. Deve contribuir com a disseminação de informações, agregar conhecimento, sustentar as práticas e hábitos saudáveis de cuidado a saúde bucal ao longo da vida. A escola pode contribuir correta e eficazmente se os professores receberem dos serviços de saúde o apoio e a capacitação de que necessitam para agir.

- Ainda na área da educação, agora profissional, as Universidades também devem constituir-se como espaços de mobilização, construção de conhecimentos e de derrubadas de estigmas e preconceitos que o envelhecimento humano possui no senso comum em nossa sociedade. Ao formar os profissionais que futuramente atuarão no mercado de trabalho, em diversos campos, tendo como alvo diferentes faixas etárias, a academia serve de mola propulsora da transformação.

- As Universidades, via Faculdades/Cursos de Odontologia, devem estabelecer parcerias duradouras com instituições que atendem idosos e com os

serviços públicos saúde e de apoio aos idosos, contribuindo com aporte teórico-científico para a fundamentação e melhoria de suas atividades. Os acadêmicos do curso de Odontologia além de terem contato com conteúdos sobre o cuidado à saúde bucal de idosos, devem ter a opção de fazer estágios supervisionados também em instituição de longa permanência ou outras entidades que atendem idosos. A formação do profissional dentista deve estar orientada pela visão integral de ser humano, independente da faixa etária.

- A população necessita ser estimulada e a ela devem ser oferecidos os meios para ocorrência de processos de ensino-aprendizagem voltados ao cultivo da saúde em detrimento do foco na doença. Este instrumento educativo permanente é mais efetivo e traz melhores resultados que as campanhas temáticas pontuais/eventuais patrocinadas pelo governo, em geral após o reconhecimento de suas falhas e limitações em lidar com os problemas de saúde da população de modo preventivo.

- É necessário trabalhar numa perspectiva sócio-cultural de inserção da saúde bucal na vida das pessoas para combater e desmistificar os temores que cercam o mundo imaginário da Odontologia, em especial do cirurgião-dentista. A informação e a orientação realista e de qualidade eliminam mitos e colaboram para uma aproximação mais humana da Odontologia, dos seus profissionais com as pessoas. A propagação de uma prática odontológica mais humanizada, distanciada de traumas, ameaças, dores, anseios, medos, frustrações,... beneficia enormemente o idoso, tanto os de hoje, como os do futuro, ao propiciar uma identificação positiva com o profissional e com sua atividade, desvelando o caráter preventivo e de promoção de saúde inerentes à profissão, porém escondidos sob o véu dos tratamentos radicais e da promessa da cura eterna.

- Os serviços de saúde devem preparar-se e adequar-se para o atendimento às necessidades de saúde bucal dos idosos. Para isso é urgente provocar um novo espírito no serviço de saúde, motivando e contando com a disposição dos profissionais que nele trabalham. Especialmente nos serviços públicos, é necessário que o idoso seja atendido de uma melhor forma pelo Sistema Único de Saúde e que

seja viabilizada a promoção do cuidado à saúde bucal do idoso de modo a garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações em saúde bucal.

- Considera-se necessário dotar as três esferas de governo de estruturas de gestão em saúde bucal, inclusive com a ampliação do número de pessoas especializadas. A gerontologia e a geriatria constituem áreas de ação muito recentes no âmbito dos serviços públicos de saúde, não estando estruturadas ainda de acordo com o volume de trabalho que a população idosa demanda nas questões de saúde.

- A criação de serviços especializados concentrados em Centros de Referência do Idoso é outra sugestão dos participantes. Nesses espaços poderiam ser contempladas ações de promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos, em vários níveis, educativo, preventivo, curativo e reabilitador, realizados por profissionais capacitados.

- De todo modo, os serviços de atenção básica, realizados nas unidades locais, devem estruturar-se criando um sistema lógico, que garanta o acesso, que possibilite o tratamento, consultas e retornos necessários e que não opere sob bases exclusivamente curativas. Embora as barreiras físicas também constituam empecilho para o acesso do idoso às instalações das unidades de saúde, não são somente estas que devem ser derrubadas, pois para alcançar com sucesso o serviço público de saúde bucal outros obstáculos se antepõem: são mais graves, porque dizem respeito à própria inexistência/indisponibilidade da prestação dos serviços. No que tange à esfera de ação do Estado essas barreiras devem ser rompidas.

- Os serviços de saúde devem também cumprir com seu papel educativo para com a população. A Odontologia deve estar presente e articulada com outras ações de educação em saúde tendo como alvo as mais diferentes faixas etárias, aproveitando o fluxo da população em busca dos serviços de saúde. A saúde bucal deve ocupar mais espaço dentro dos serviços de saúde resgatando sua importância e suas interconexões com outras áreas da saúde.

- O *gap* de informação é tão expressivo e evidente que o seu enfrentamento emergencial depende de fortes processos de comunicação social de cunho educativo-informativo sobre a temática da saúde bucal, dirigidas ao público idoso e também ao conjunto da população. Esforços devem ser empreendidos no sentido de produzir

conteúdo e forma de apresentação, bem como, escolha dos veículos de transmissão adequados às características da população idosa que se quer atingir. Como as “campanhas” têm o apelo de ações pontuais, essas iniciativas deveriam transformar-se em eventos ou programas permanentes, independentes de alocação especial/esporádica de recurso financeiro e alteração de vontades políticas.

- As estratégias de ação em saúde devem ser diferenciadas, ou seja, devem ser orientadas ao perfil demográfico e epidemiológico da população. Esse é o princípio norteador de qualquer proposta que se pretenda equânime e eficiente de reorganização de serviços públicos de saúde. O modelo assistencial e de organização de serviços públicos de saúde vigente no Brasil é o Programa de Saúde da Família. A esperança colocada no trabalho das equipes do PSF tem fundamento. O movimento de saída dos profissionais de saúde do interior dos seus consultórios, onde permaneciam esperando/recebendo os pacientes, deslocando-se para uma busca pró-ativa das pessoas na comunidade, proporciona uma ótima perspectiva de transformação das práticas e reorganização dos serviços, resgatando ferramentas de gestão e possibilitando a identificação da demanda e reestruturação dos serviços. Numa visão de promoção da saúde não só a população procura o serviço, mas o serviço de saúde também vai ao encontro da população. Reconhecer a demanda é fundamental para planejar o volume e o modo da provisão do serviço ante às possibilidades reais da oferta atual e futura, bem como para a fixação das prioridades. A população e os profissionais da saúde não desejam o mascaramento da demanda, das necessidades da população. Ter consciência da realidade é requisito essencial aos gestores e aos profissionais para desenvolver estratégias, planos, metas, implementar infra-estruturas, processos e contra-processos e mecanismos de avaliação para acompanhar a evolução dos seus trabalhos. O diagnóstico, por mais cruel o quadro epidemiológico dos idosos, não deve ser visto como um empecilho ou algo negativo frente à possibilidade de transformação. Pior é ficar enganando a si mesmo, aos serviços e à população.

- Mesmo não havendo dados precisos que detalhem as condições e descrevam as necessidades de saúde bucal dos idosos, tem-se uma noção de que para atender toda a demanda com tratamentos completos, precisar-se-ia aumentar

bastante o número de profissionais, principalmente de dentistas na rede pública. Essa possibilidade é remota. Portanto, a par do esforço para atender o déficit acumulado, desde logo é preciso lançar mão de alternativas que desviem o foco de atenção do profissional especializado, do atendimento individual, do consultório, inspirado no modelo biomédico de atenção à saúde, essencialmente curativo. O trabalho dos profissionais da saúde e da saúde bucal deve ser conscientemente voltado para diminuir a demanda por tratamentos. A demanda não diminuirá se a atuação se concentrar apenas sobre as conseqüências das doenças e, às vezes, somente sobre suas causas diretas. Vale lembrar que nesse particular foram medidas coletivas de saúde pública, como fluoretação das águas que proporcionaram fortes mudanças no quadro epidemiológico de saúde bucal.

- A criação das Equipes de Saúde Bucal, compostas de dentista, auxiliar e agente comunitário de saúde, deve dentro de uma estratégia de saúde da família e na linha de atuação do PSF, contribuir para a reorganização dos serviços de saúde bucal, direcionando-os para fazer valer os princípios do SUS de universalidade e eqüidade. Idealmente, cada equipe do PSF deve ter a sua ESB correspondente. Os municípios, por meio da intervenção de seus gestores e profissionais da saúde, devem lutar por isso. As iniciativas podem começar com a estruturação de alguns pólos com ESB para impulsionar o serviço e depois serem ampliados. As ESB estariam interligadas com o restante das equipes de saúde da família, interagindo, contribuindo com informações e orientações a outros profissionais, promovendo a integração da saúde bucal à saúde das pessoas, procurando não estar dissociada das ações de saúde e evitando assim tornar-se apenas um anexo, um serviço extra.

- A inserção do THD é uma reivindicação antiga dos dentistas que entendem ser mais produtivo o compartilhamento das funções dos profissionais de saúde bucal, visto que o THD tem a habilitação formal para realizar uma série de procedimentos que desafogariam a atividade e dariam mais resolutividade às suas ações. Tal providência encontra amparo na experiência de outros países e na lógica que preside a organização de serviços complexos. Basta verificar na estrutura de cargos da administração pública brasileira a multiplicidade de situações em que se estabelece a relação de um profissional graduado apoiado por um conjunto de

profissionais auxiliares. No âmbito dos serviços públicos de saúde bucal isto é incipiente. Dentro das competências estabelecidas para o profissional THD, muitas atividades e procedimentos poderiam ser delegados a ele no atendimento à saúde bucal dos idosos.

- Para atender o idoso na esfera da assistência clínica odontológica individual são necessárias adaptações na infra-estrutura (área física e equipamentos), nos processos e tecnologias, na preparação de recursos humanos e nos materiais utilizados. Todos esses aspectos devem ser adequados e disponibilizados pelos serviços em consonância com as características e necessidades de saúde bucal dos idosos.

- A criação e ampliação da oferta de procedimentos odontológicos de maior complexidade, que complementariam os oferecidos na atenção básica é uma necessidade urgente. Um sistema de referência e contra-referência para o atendimento clínico em saúde bucal dos idosos que funcione e seja resolutivo, respeitando uma das bases do SUS, é uma das carências graves de atenção que provoca frustrações, revolta e o sentimento de impotência dos atores envolvidos no processo de promover o cuidado à saúde bucal. Avalia-se a possibilidade de aumentar o rol de procedimentos integrantes da atenção básica, principalmente a confecção de próteses dentárias totais, em virtude da enorme quantidade de adultos e idosos que delas necessitam. A estruturação de centros de referência (ou de especialidades) e/ou a habilitação do município para receber os incentivos financeiros destinados à implantação dos CEOs deve, na atual circunstância, ser bandeira dos gestores e profissionais da Odontologia. A oferta de um leque maior de procedimentos odontológicos na rede pública, mais especializados, beneficia uma parcela da população tradicionalmente excluída dos serviços que, por não usufruir dos exíguos/limitados procedimentos oferecidos nos serviços de atenção básica, acabava não tendo garantida a possibilidade de atendimento integral à saúde bucal: os adultos e os idosos. Atenção deve ser dada a seguinte questão: a entrada da população no sistema continua sendo via Unidade Local, atenção básica. Os CEOs ou outros centros de referência servirão de suporte para dar continuidade aos tratamentos que demandem procedimentos de maior complexidade. Por isso, estes espaços não podem ser entendidos como verdadeiras

panacéias que ampliarão a capacidade de atendimento do serviço. Na verdade estão sendo implantados e devem cobrir uma imensa demanda acumulada por procedimentos de maior complexidade. Da estruturação planejada e organização e integração dos serviços vai depender o sucesso desta iniciativa recente, devendo-se estar alerta para que se evite a repetição de modelos arraigados que acabam por manter o *status quo*.

- Cabe tecer algumas considerações sobre a preparação e a adequação dos serviços de saúde para o atendimento do idoso. Especificamente com relação à população idosa que utiliza os serviços públicos de saúde bucal, é preciso mais que garantir a prioridade de atendimento ao indivíduo com mais de 60 anos. É necessário defender a aplicação de recursos financeiros na área da saúde bucal do idoso. Para justificar esse investimento, é imprescindível desmistificar o atendimento odontológico ao idoso no que se refere à possibilidade deste ser útil ou trazer melhoria para as condições de vida e saúde dos idosos. É importante reforçar que o idoso também se beneficia de aspectos preventivos da saúde bucal. Concomitantemente, é fundamental respaldar o idoso nas suas necessidades de reabilitação protética.

- Os profissionais da saúde e saúde bucal precisam exercer seu papel de orientadores, promotores de saúde, e esclarecer a população idosa sobre uma série de temas relacionados à saúde bucal. Todavia, para isso precisam estar preparados por meio de atualizações periódicas. Devem ser oferecidos cursos e seminários de capacitação que incluam conteúdos/noções de geriatria e gerontologia especialmente para os profissionais do serviço público: médicos generalistas, profissionais da Enfermagem, Psicólogos, Nutricionistas, Assistentes Sociais, entre outros. Também os cirurgiões-dentistas que trabalham na rede devem ser estimulados a qualificarem-se para abordar adequadamente o paciente idoso, principalmente com relação ao envelhecimento humano e suas repercussões na cavidade bucal, sentindo-se então mais seguros para agir.

- O agente comunitário de saúde deve também ser capacitado. O agente comunitário de saúde por meio do seu trabalho, exercido no seio da comunidade, pode ser peça-chave na interação das famílias e seus idosos, com o serviço de saúde, via Programa de Saúde da Família. Ao conhecer mais proximamente a realidade da

comunidade e entrar nas residências das pessoas, os agentes comunitários encontram os idosos e identificam suas necessidades de saúde. Assim, pode estabelecer uma ponte entre os serviços e o idoso, atuando como facilitador/mediador, estimulando o idoso, facilitando o acesso, divulgando os serviços, agendando consultas, repassando orientações, criando vínculos e principalmente ouvindo o idoso. Os agentes de saúde são figuras importantes no sistema, pois podem identificar novas demandas e cobrar ações, resultados dos serviços de saúde. Desse modo, estes profissionais podem constituir elemento útil e valioso para a divulgação de práticas de cuidado à saúde bucal para os idosos, hábitos e atitudes que colaborem para um processo de envelhecimento saudável. Em paralelo, é preciso reprimir a inserção dos agentes de saúde em modelos clientelistas de gestão, e no limite, o seu uso em projetos pessoais político-partidários, bem como a atribuição inapropriada de tarefas incompatíveis com o rol de competências profissionais do agente comunitário.

- Da mesma forma que outros idosos da comunidade, os institucionalizados têm os mesmos direitos e devem conquistar, na prática, as garantias de acesso aos serviços de saúde na sua integralidade. Ademais, como constituem um grupo de pessoas portadoras de algum grau de dependência e pouca autonomia, muitos estão com a capacidade funcional já comprometida e apresentam-se fragilizados em virtude de suas condições de saúde. Por isso, este coletivo deve ser alvo de ações específicas/especializadas e suas condições e vida e saúde monitoradas continuamente objetivando garantir a melhor qualidade de vida possível. Isto não pode depender somente das instituições em que vivem, mas de uma ação articulada com o poder público.

- Como regra geral deve haver estímulo e suporte social efetivo para que os idosos permaneçam em seus lares convivendo com seus familiares e amigos em harmonia e compartilhando seu tempo e suas experiências, participando de grupos, entidades ou associações que estimulem não só o lazer e o ócio, mas também a integração destas pessoas em torno de objetivos comuns. Os clubes, círculos e centros de convivência de idosos são frutíferos espaços de transformação e exercício da cidadania do idoso. Há um maior engajamento dos idosos em defesa de seus interesses, um despertar coletivo de consciência para a transformação, estímulo à

participação cidadã e realce do poder do voto quando atuam em coletividade. Os coordenadores de idosos devem estar conscientes da relevância do seu papel e serem capacitados para trabalhar da melhor forma todos os aspectos da vida e da saúde de um grupo de idosos.

- Outros espaços como os Conselhos dos Idosos, de Saúde e de Assistência Social e outras instâncias consultivas e deliberativas devem incluir em suas pautas o cuidado à saúde bucal dos idosos. As pessoas dedicadas à defesa dos direitos dos idosos devem procurar uma ação articulada e engajar-se na luta por mais espaço nessas e em outras instâncias decisórias, como o parlamento e nele, nas comissões de orçamento e saúde.

- Toda sociedade deve ser sensibilizada para valorizar a pessoa do idoso como um ser de experiência, com todo volume de bagagem que traz da vida, e considerá-lo capaz de ter sua existência enriquecida até o final de seus dias. Independente da idade, todos nós temos um potencial infinito de aprendizagem e de troca de experiências uns com os outros. As experiências vivenciadas pelos idosos ao longo de suas vidas, tanto positivas como negativas, poderiam ser aproveitadas e utilizadas como exemplos e contra-exemplos para gerações mais novas, servindo como elemento de transmissão de cultura e conhecimento popular bem direcionado à conscientização e construção de hábitos mais saudáveis de cuidado à saúde bucal.

- O despertar para uma consciência-ação sobre a promoção do cuidado à saúde bucal do idoso deve contar originalmente com a sua participação e também da criança, da mulher, da família, dos cuidadores, ao mesmo tempo, buscando incluir igualmente quem está ao seu lado, dando-lhe suporte. É preciso estimular uma nova compreensão da sociedade sobre as relações do envelhecimento com a saúde bucal.

- A capacitação e treinamento dos cuidadores formais ou leigos para o cuidado à saúde bucal do idoso e para o seu autocuidado à saúde bucal é uma ação estratégica. Os profissionais do cuidado domiciliar e os familiares devem receber orientações sobre como cuidar do seu idoso, como atender da melhor maneira possível as suas necessidades, especialmente se ele estiver com comprometimento progressivo da sua capacidade funcional. É necessário criar uma rede de suporte para proporcionar

a melhor atenção à saúde bucal que o idoso possa dispor naquele momento de sua vida.

- Particularmente para os cuidadores formais, auxiliares e técnicos de Enfermagem, é imprescindível acrescentar no conteúdo programático dos seus cursos de formação ensinamentos sobre o cuidado à saúde bucal incorporando as especificidades que o grupo idoso apresenta. Devem ser estudadas as condições de saúde bucal mais freqüentemente apresentadas pelos idosos, os procedimentos de higiene bucal, patologias mais freqüentes e técnicas específicas para lidar com as possíveis dificuldades que irão encontrar no dia-a-dia. Conteúdos sobre o cuidado à saúde bucal do idoso também deveriam ser incluídos em cursos de capacitação para cuidadores de idosos em instituições de longa permanência, sejam profissionais ou leigos.

- A Odontologia e o cuidado à saúde bucal do idoso devem estar presentes e as práticas de saúde bucal instituídas como norma no ambiente hospitalar e em outras formas de cuidado ao paciente acamado, como o domiciliar.

- Ao promover novas percepções, valores, atitudes e crenças sobre o cuidado à saúde bucal dos idosos, são edificadas as bases da transformação da forma de ver a saúde bucal, enxergando-a como um direito do ser humano. A consciência do valor da saúde bucal mais a consciência cidadã do direito à saúde são fortes alavancas para impulsionar a vontade política de mudanças e apostar no rumo a um novo estágio, diferente e melhor.

- Ao nível da retórica é consistente o aparato legal que suporta as políticas públicas que visam à proteção da população idosa. Entretanto, a viabilização das políticas de abrangência nacional nas esferas estaduais e municipais deve ser assegurada fazendo com que se tornem uma realidade mais presente no cotidiano dos idosos brasileiros. A sociedade, ao reconhecer os direitos dos idosos já garantidos em lei, deve estar atenta e manifestar-se quando esses direitos forem violados, ameaçados ou desconsiderados, ativando mecanismos de controle social e de defesa do cidadão, e em especial em relação à omissão de compromissos do Estado.

- O Estado deve manter atualizados os instrumentos de identificação das condições e das necessidades de saúde bucal dos idosos, por meio da realização de

levantamentos epidemiológicos periódicos nacionais discriminados para essa faixa etária, nos seus diferentes espaços de inserção, tomando em conta a adequabilidade de índices para a população idosa.

- Segundo os participantes, os profissionais da saúde, principalmente dentistas, devem apresentar-se disponíveis e interessados em participar de discussões para a melhor estruturação dos serviços de saúde e saúde bucal para os idosos, lutando por transformações no nível central. À Odontologia, como campo de conhecimento e prática, cabe a abertura de espaços, inserindo-se cada vez mais nas questões políticas da sua comunidade, para viabilizar conquistas para a população. Há a expectativa que os cirurgiões-dentistas, trabalhadores nos serviços públicos, tenham visão e compreendam o processo de cuidado à saúde bucal do idoso na sua área de abrangência, desde a gestão até o atendimento clínico propriamente dito. Espera-se que estejam mais envolvidos nas decisões, tomando uma postura mais ativa, reivindicativa e atuante na defesa da saúde bucal dos idosos. No campo da gestão pública, se considera conveniente contar com profissionais da saúde comprometidos com a causa da saúde coletiva e sensíveis à problemática da saúde da população idosa. Nas estruturas de saúde a figura de um “coordenador” para a área de saúde bucal, dotado de suporte administrativo, é imprescindível para o bom andamento dos trabalhos e a articulação com outras instâncias executivas e legislativas, propiciando a existência de um mediador válido. Liderança, competência técnica, capacidade de articulação e compromisso são alguns dos atributos de um bom coordenador.

- Algumas ferramentas de gestão pública são essenciais para o bom desempenho e qualidade do serviço de saúde bucal. É necessário incorporar conhecimentos de administração (gestão de pessoas, da qualidade, da informação,...), economia da saúde, epidemiologia para se atuar de modo inteligente e planejado e assim alcançar desempenhos produtivos, resolutivos e eficientes.

- Deve ser estimulada uma maior comunicação entre os profissionais e entre as instituições de saúde. A tão sonhada intersetorialidade deve ocorrer na prática por meio de intercâmbios e fluxos de informações e experiências entre profissionais e instituições.

- A participação de vários profissionais no cuidado à saúde do idoso e a saúde bucal só aumenta as chances de um bom atendimento, adequado às suas necessidades e resolutivo. A coleta de informações variadas sobre a saúde do paciente idoso pelos vários profissionais e o cruzamento dessas informações possibilitam que cada um conheça mais integralmente aquela pessoa e relacione o seu procedimento, e as conseqüências dele, a outros tratamentos/intervenções que estão sendo feitos. Outros profissionais, além dos médicos e enfermeiros, devem participar do processo de avaliação global do idoso incluindo as abordagens diagnósticas da Nutrição, da Psicologia, da Odontologia, do Serviço Social, e de outras áreas. Este diagnóstico de cunho gerontológico deve ser valorizado em prol dos serviços, dos profissionais que nele atuam e do próprio idoso.

- Mesmo que o idoso apresente algum comprometimento da sua capacidade funcional, devem-se proporcionar alternativas intermediárias antes da opção pela instituição de longa permanência. Devem ser estabelecidos mecanismos de suporte às famílias dos idosos, a implementação de um sistema de cuidado domiciliar, a criação de centros de estância diurna ou possibilidades de respiro familiar. Todas essas medidas objetivam fazer com que o idoso continue incluído socialmente e não perca o convívio com a sociedade.

- A abordagem dos problemas de saúde envolve, também, a formulação de políticas econômicas, previdenciárias, de educação, de saneamento básico, de segurança e habitação, enfim, de desenvolvimento sustentável e inclusivo da comunidade. Entretanto, não se pode perder o chão, o concreto e cair na armadilha de que para se ter saúde e saúde bucal é preciso primeiro (re)estabelecer toda uma série de requisitos que se colocam anteriores ao desejo e à necessidade de melhoria das condições de saúde da população. Não se pode esperar pelas transformações em outras áreas e suas supostas conseqüências positivas para a saúde dos cidadãos. É de notório saber que se precisa de outros cuidados, além dos de saúde, mas também precisamos de saúde para considerarmos a qualidade de nossas vidas. É evidente que, por via indireta, inúmeros fatores contribuem positivamente para a saúde, todavia, isso não é argumento bastante para que se abdique das ações próprias que atuam diretamente sobre o campo da saúde.

- O estabelecimento de ações de promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos que extrapolem o argumento cronológico proporcionará benefícios não somente aos idosos de hoje, mas principalmente, aos idosos do futuro. É assim que deveriam ser pensadas as políticas e intervenções que hoje estão sendo implantadas na área da saúde e saúde bucal.

- Os meios de comunicação podem contribuir para a inclusão social do idoso, derrubada de preconceitos e estigmas e disseminação de informações úteis para promoção de sua saúde. As programações regulares e as publicidades deveriam considerar algum papel formativo/educativo para faixa etária idosa e inserir para as demais idades o tema do idoso e da saúde bucal, contribuindo para a disseminação de boas práticas e conhecimentos aplicáveis no dia-a-dia das pessoas.

Especificamente em relação ao idoso institucionalizado são apontadas pelos participantes estratégias, iniciativas, que mobilizam todo o ambiente que envolve os idosos institucionalizados, numa visão realista, não ingênua, de ações concretas e viáveis, dentro das possibilidades atuais das instituições de longa permanência para idosos:

- A abertura das portas das instituições de longa permanência para a comunidade na qual está inserida, é o caminho para desmistificar imagens da vida vivida em um ambiente coletivo de atenção integral/residencial. As instituições de longa permanência necessitam estar em contato com as pessoas e outras instituições, trocando experiências, recarregando energia, aproximando-se cada vez mais do mundo real/externo, num intercâmbio contínuo estabelecendo relações e interações, podendo assim reorganizar-se e desenvolver-se em prol da melhoria do cuidado dos seus residentes. Especialmente, as organizações do terceiro setor, necessitam ter reconhecido o seu trabalho pela comunidade. Este é um importante fator motivacional para a continuidade dos seus trabalhos.

- Nesse movimento de integração a família deve, sempre que possível, manter-se vinculada ao seu parente idoso e à instituição, participando ativamente das decisões importantes para a sua vida e auxiliando no cuidado à sua saúde e saúde bucal.

- O idoso institucionalizado geralmente é esquecido quando da planificação das ações. Seu papel fica reduzido ao de objeto da ação. Ao idoso institucionalizado deve ser dada voz e oportunidade de expressar suas opiniões, dúvidas, inquietações, angústias e possibilidade de participar das decisões, bem como das atividades que possa realizar, resgatando sua autonomia e dignidade. Esse envolvimento não é limitado à instituição em que reside e deve contemplar os assuntos comunitários de seu interesse.

- É necessário realizar mudanças nas rotinas de cuidado que hoje são seguidas nas instituições. As práticas de cuidado à saúde bucal devem estar integradas a outras práticas já realizadas, individuais ou coletivas, constando no rol de tarefas e atividades do idoso residente e dos cuidados fornecidos a ele. Estas práticas devem ser ordenadas, normatizadas, discriminadas para que sua execução seja cobrada tanto pelos idosos como por aqueles que cuidam dele (cuidadores, voluntários, profissionais da saúde, dirigentes, e o próprio Estado). Isso formaria uma rede de vigilância às condições de saúde bucal dos idosos e à atenção e assistência a eles fornecidas. Todos colaborando como supervisores atentos aos problemas, às demandas e às soluções adequadas/correspondentes. A falta de controles e avaliações compromete a qualidade das práticas de cuidado à saúde bucal dos idosos, prejudicando-lhe, pois, está indefeso ou sem possibilidade de expressão. É vital, literalmente, a implantação de mecanismos de avaliação dos cuidados proporcionados aos idosos, tanto no âmbito das instituições de longa permanência como nas unidades de saúde como PSF/ESB. O desenho de um modelo de avaliação é requerido.

- Aos cuidadores (auxiliares ou técnicos de Enfermagem) cabe a realização consciente, responsável, atenta, organizada, orientada e efetiva dos procedimentos de higiene bucal continuamente aos idosos que estão sob seus cuidados. É indispensável que todos os cuidadores entendam as práticas de cuidado à saúde bucal como tão importantes quanto outras práticas de cuidado como a higiene corporal, a alimentação adequada ou a administração correta dos medicamentos, inserindo num plano de igualdade as conseqüências danosas que a falta ou a ineficácia do cuidado à saúde bucal pode causar na vida do idoso.

- Cabe à própria instituição, junto com seus idosos, cuidadores e dirigentes, definir quais são os procedimentos de higiene bucal mais adequados aos seus idosos, respeitando seu estado de saúde e saúde bucal, como serão feitos, por quem, quando e que materiais serão utilizados. Uma sugestão recolhida é incluir os procedimentos de cuidado à saúde bucal diários na escala de atividades que a Enfermagem habitualmente elabora e registra. As atribuições dos idosos, dos cuidadores e dos outros profissionais (ex. dentistas voluntários) ficariam detalhadas, sob forma de prontuário. Outra possibilidade seria a organização de um prontuário individual, específico, para assuntos da saúde bucal do idoso. Nesse prontuário constaria a evolução e as ocorrências relevantes da saúde bucal do idoso, podendo acompanhá-lo quando da realização de visitas ao médico ou ao dentista, no qual estes profissionais poderiam também registrar seus procedimentos e suas recomendações. Dessa forma, além de evitar a perda de informações sobre os eventos relativos à saúde bucal do idoso, garantir-se-ia a continuidade das práticas, principalmente aquelas derivadas da orientação de profissionais externos a casa.

- Sabendo da estreita relação entre a condição de saúde bucal dos idosos e sua alimentação (mastigação, deglutição e digestão) os cuidadores e outros profissionais da saúde devem interagir permanentemente com o(s) responsável(eis) pelas questões nutricionais dos idosos na instituição: definição do cardápio, seleção e preparo dos alimentos, apresentação, horários, hidratação, etc., para adequar da melhor forma possível às suas necessidades e garantir que o estado nutricional do idoso não seja prejudicado pelo seu estado de saúde bucal.

- Para que se realizem com eficácia as atividades e se possibilite a real incorporação de melhorias nas práticas de cuidado a saúde bucal, sem comprometimento das funções dos empregados da instituição de longa permanência, a quantidade de cuidadores deve ser compatível com a carga de trabalho. As instituições de longa permanência necessitam contratar pessoas em quantidade que suporte este tipo de serviço, reconhecido por sua carga elevada de trabalho. Outra possibilidade de reforço, seria a instituição de longa permanência contar com uma equipe especializada no cuidado a saúde bucal do idoso, contratada ou voluntária, diminuindo a carga dos cuidadores. Os voluntários inscritos para auxiliar nas instituições de longa permanência

filantrópicas poderiam ser treinados para a realização de higiene bucal diária. De qualquer modo por serem intensivas de mão de obra as organizações do setor demandam tratamento diferenciado da administração pública, sendo oportuna a eliminação dos encargos sociais e previdenciários.

- Os empregados precisam ser estimulados a realizar capacitações e treinamentos que os auxiliem a compreender e valorizar seus procedimentos e a superar as dificuldades inerentes ao manejo do idoso dependente. Os cuidadores precisam desenvolver uma visão ampliada do cuidado que prestam ao idoso e se tornarem receptivos a outros profissionais, que não somente o médico e a enfermeira, determinando o que devem ou não fazer pela saúde do idoso, executando a contento todas as prescrições.

- As instituições de longa permanência necessitam ser integradas aos serviços públicos de saúde disponíveis à população, bem como esses serviços devem abrir as portas para as instituições, visto que suas demandas são as demandas de saúde dos seus idosos. A troca de informações entre os serviços locais de saúde próximos à instituição, seja na área médica ou odontológica, deve ser constante e atualizada. Ao Estado é dado o dever de avaliar e rever periodicamente os indicadores de saúde/epidemiológicos dos idosos residentes, incluindo os de saúde bucal.

- O Programa de Saúde da Família, ao realizar o cadastramento da população e definir áreas de abrangência, não pode deixar de contabilizar e incluir para efeito de planificação e implementação de ações as instituições de longa permanência, seus funcionários e idosos residentes.

- Os serviços públicos de saúde bucal devem ter uma atenção especial aos idosos residentes em instituições de longa permanência, organizando um atendimento específico, vindo até a instituição ou viabilizando a ida do idoso ao posto de saúde. Deveriam planejar este atendimento específico, de cunho preventivo e curativo, e não deixar à mercê da procura do idoso, por livre demanda, geralmente em caso de dor ou infecção, quando a situação é tão grave que acaba por levar à extração dentária.

- Nas instituições de longa permanência que necessitam de profissionais ou pessoas leigas, trabalhando gratuitamente para oferecer serviços que a instituição não tem possibilidade de custear, os voluntários cumprem um papel importante e acabam

muitas vezes por suprir o papel do Estado nas demandas consideradas mais específicas ou mais difíceis de serem atendidas. Isso é muito evidente no caso da saúde bucal. A participação de dentistas voluntários na equipe de profissionais e cuidadores é sempre bem vinda e proporciona para a instituição uma segurança. Todavia, o regime de voluntariado não pode justificar a omissão do Estado em relação ao idoso institucionalizado. Ao contrário, é uma oportunidade para que o gestor local dos serviços de saúde estabeleça parceria produtiva com a instituição e seus voluntários.

- Atividades educativas complementarizam as ações para efetivar uma postura de melhoria contínua de cuidado à saúde bucal dos idosos nas instituições de longa permanência. Não somente pela formação e capacitação dos empregados, cuidadores e profissionais da saúde, mas envolvendo os próprios idosos. Acreditando nos métodos de educação continuada e desejo incontido de aprender, é sugerida a abordagem do autocuidado à saúde bucal como conteúdo transversal de outras atividades lúdicas e de lazer das quais o idoso participa, motivando-os. Alguns procedimentos simples são indicados, como a presença de profissionais da Odontologia realizando repasse do conhecimento/de informações úteis para o dia-a-dia das pessoas na instituição por meio de palestras, músicas, cartazes, vídeos temáticos, e interação nas datas comemorativas/festas são importantes no contexto de uma residência coletiva. Além disso maior criatividade no processo de ensino-aprendizagem para respaldar as práticas de cuidado à saúde bucal dos idosos.

Ante o estado letárgico atual, a falta de acesso a serviços e a pouca integração da instituição de longa permanência na comunidade, uma reação logo fará diferença. E se a reação implicar em ações continuamente melhores, uma revolução acontece. O que é inadmissível é continuar no mesmo passo. No formato atual, prosseguir-se-á muito tempo sem oferecer o que é necessário para a população idosa institucionalizada.

O vislumbrar de possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal no ambiente da instituição de longa permanência para idosos impulsiona um movimento de saída do estágio atual para um novo e diferente estágio de ações de melhoria contínua. Esse deslocamento é benéfico aos idosos e a todos os demais atores

envolvidos. A incorporação de uma postura de melhores práticas deve ajustar-se às circunstâncias de tempo e espaço. Essa incorporação supõe o amplo envolvimento das pessoas, contribuindo com suas vivências e conhecimentos, refletindo criticamente sobre as ações correntes, lidando com as contradições, buscando superá-las com vistas a sair, sustentadamente, do atual estágio em que se encontra o processo de promover o cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado.

Sob tais fundamentos, esse novo pacto de atuação, que incorpora posturas de melhorias contínuas, torna plausível esperar que o processo social básico da promoção do cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado alcançará um novo estágio no qual melhores práticas contribuirão para o viver e o envelhecer com saúde.

AS BASES ESTRUTURANTES DO MODELO TEÓRICO DE PROMOÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE BUCAL DE IDOSOS A PARTIR DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

A formulação deste **modelo teórico** é uma primeira aproximação para a abordagem do fenômeno do cuidado à saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência, na perspectiva do viver saudável.

O cenário do cuidado à saúde bucal é dinâmico, sendo influenciado por diferentes paradigmas que determinam/alteram pensamentos e práticas que estão em permanente construção-desconstrução-reconstrução. O significado dessas práticas está revelado na descrição das categorias emergentes, que no seu conjunto e nas suas inter-relações indicam um Processo Social Básico que abrange a promoção do cuidado à saúde bucal do idoso a partir do ambiente das instituições de longa permanência. Este PSB incorpora subprocessos que definem as estruturas, propriedades e dimensões do fenômeno, subprocessos esses que incluem **o significado da saúde bucal**, a **determinação social das condições de saúde bucal**, o **envelhecimento e sua relação com a saúde bucal**, as **interações que se estabelecem no cuidado à saúde bucal do idoso**, a **gestão do cuidado à saúde bucal em instituições de longa permanência para idosos**, a **inserção do cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional** e a **possibilidade de vislumbrar melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso**.

O modelo teórico formulado e seus elementos constituintes são representados graficamente na Figura 8. As sete categorias analíticas estão em inter-relação e a categoria central “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência” é a categoria integradora. São identificados dois estágios processuais que, numa visão evolutiva, constituem dois momentos distintos do fenômeno.

Entende-se que o PSB “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência” respeita a condição, como categoria central, de estar relacionado a todas as sete categorias encontradas, mostrando-se aparente durante toda a análise dos dados e sendo recorrentemente apontado pelos indicadores e incidentes relatados pelos participantes.

A “Promoção do cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência” é um processo de construção social que se desenvolve a partir das inter-relações entre as categorias, resultando em uma categoria central dotada de lógica, consistência e realmente emergente dos dados.

Considera-se a expressão eleita para descrever esta categoria central suficientemente abstrata, permitindo sua utilização em outras áreas substantivas de investigação, que podem apropriar-se desse conceito para propiciar maior detalhamento e aprofundamento analítico, integração de novos conceitos e aumento do poder de explicação do fenômeno. Acredita-se que o conceito intrínseco/inerente à “Promoção do cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência”, elaborado neste modelo teórico, seja capaz de explicar as variações de condições das estruturas e processos/subprocessos, e ser apropriado/ajustado para a compreensão do significado das práticas de cuidado à saúde bucal direcionada aos idosos residentes em instituições de longa permanência.

O modelo teórico para a abordagem do processo de promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos institucionalizados resultante deste estudo, é dotado dos atributos de variabilidade e difusão. As bases estruturantes do modelo teórico suportam cada uma das categorias de análise. Constituem um guia para a adentrar no mundo do cuidado à saúde bucal dirigido a idosos que residem em instituições de longa permanência ou são assistidos por instituições, como hospitais e centros de dia.

As bases estruturantes do modelo teórico contribuem para a construção e orientação de trabalhos que abordem o cuidado à saúde bucal de idosos e são a seguir apresentadas em forma de indagações que estimulam a análise reflexiva sobre a realidade.

Atribuindo significado à saúde bucal

O significado que a saúde bucal possui para indivíduos e grupos determina e molda o tipo e o direcionamento das ações de cuidado à saúde bucal que praticam no seu dia-a-dia.

Ao se acreditar na força do significado que as coisas e os fatos têm para os seres humanos, procura-se compreender a partir de seus construtos o cuidado à saúde bucal, em especial aquele dirigido a pessoas idosas. Refletir sobre o significado da saúde bucal é buscar compreender o comportamento das pessoas, seus atos e direcionamentos oriundos da interação que estabelecem consigo e com outros indivíduos por meio da realização de práticas de cuidado à saúde bucal.

O significado da saúde bucal é construído à medida que as pessoas percebem/conhecem a sua própria condição e observam/conhecem a condição do outro. Dessa forma, a saúde bucal não tem o seu significado elaborado organicamente/intrinsecamente, mas percebido por meio das potencialidades, tanto objetivas quanto subjetivas, de ações e interações que são possíveis de serem realizadas na presença ou ausência de determinadas condições. A saúde bucal passa a fazer algum sentido para as pessoas quando, por processos de ação/interação, se relaciona a outros elementos trazidos de suas vivências e experiências pessoais e desencadeia sentimentos, emoções, valores, e direitos.

As bases estruturantes da categoria de análise associada ao significado da saúde bucal estão compreendidas nas seguintes questões:

Qual o sentido da saúde bucal para as pessoas?

Qual é a abrangência do conceito de saúde bucal?

Que aspectos da vida humana estão relacionados à saúde bucal?

De que modo saúde e doença bucal se relacionam e se diferenciam?

Como se estabelecem as relações entre saúde bucal e saúde?

Qual o valor atribuído à saúde bucal?

Quais são as potencialidades pessoais que podem ser exercidas e demonstradas a partir da saúde bucal?

Quais são as limitações provocadas pelas patologias bucais e quais são as repercussões do edentulismo?

Como as pessoas percebem ou observam a sua saúde bucal e a do outro?

Como as pessoas convivem ou conviveram com patologias bucais?

Como a experiência com patologias bucais no passado se projeta nos comportamentos atuais das pessoas?

Quais são as influências na saúde bucal das respectivas práticas de (auto)cuidado?

Por que pessoas deixam de praticar o (auto)cuidado?

De que modo o mundo imaginário interfere nas atitudes e comportamentos das pessoas em relação às práticas de cuidado à saúde bucal?

De que modo o mundo imaginário interfere nas atitudes e comportamentos das pessoas em relação a sua saúde bucal?

Como as pessoas associam a saúde bucal à sensação de dor e desconforto?

Qual a prioridade dada à saúde bucal pelas pessoas e instituições?

De que modo a saúde bucal é pensada como elemento estruturante para a construção da dignidade humana e cidadania?

De que modo a saúde bucal pode contribuir para o resgate da cidadania?

Determinando as condições de saúde bucal

Apontar as causas dos fenômenos relacionados às condições de saúde bucal, a partir da enumeração de seus fatores determinantes, é um exercício que auxilia na compreensão de conceitos, estruturas e processos, quando revelados em eventos sequenciais e interdependentes. Os atributos de qualidade do conjunto de práticas de cuidado à saúde bucal estabelecem uma relação ampla de causa-efeito, devido aos resultados que desequilibram estados de saúde bucal. A influência desses determinantes pode desequilibrar negativamente, piorando a condição de saúde, como desequilibrar positivamente, mantendo ou melhorando a condição de saúde, caminho pelo qual floresce o conceito de prevenção.

A relação de causalidade se processa na interação dos planos individual e coletivo, pessoal e institucional, considerando diferentes contextos temporais, espaciais e culturais.

Analisando os determinantes das condições de saúde bucal nas suas ilimitadas possibilidades de inter-relação, percebe-se nebulosa a definição de papéis de causa e efeito, de ação e reação, no processo saúde-doença bucal. Segundo Gortari (1979)²¹² os conceitos de causa e efeito têm validade quando aplicados a casos concretos e isolados, pois, quando se considera suas conexões e articulações com o conjunto do universo, então, causa e efeito mudam constantemente de posição.

O conjunto de práticas de cuidado e a disponibilidade de serviços de atenção à saúde bucal estão associados aos hábitos apreendidos no seio da família e ao recolhimento de informações no âmbito da educação formal. A escassez de recursos financeiros é fator limitante de boas práticas não apenas no lar, mas igualmente na escola e no ambiente das instituições de longa permanência para idosos.

As bases estruturantes da categoria de análise associada aos determinantes das condições de saúde bucal estão compreendidas nas seguintes questões:

Quais são os elementos causadores de patologias bucais?

Quais são as práticas que previnem as doenças bucais?

Como as ações pessoais de cuidado à saúde bucal podem ser determinantes das condições de saúde bucal das pessoas?

Qual é o papel da educação, da informação e das orientações recebidas/adquiridas sobre saúde bucal ao longo da vida nas condições de saúde bucal das pessoas?

Qual o papel da família e da educação formal na formação de hábitos de cuidado à saúde bucal?

De que modo a produção, a estruturação/operacionalização e oferta dos serviços de saúde atuam como determinantes das condições de saúde bucal das pessoas?

De que modo sentimentos como medo, dor e sofrimento interferem na relação das pessoas com o profissional dentista e com os serviços de saúde bucal?

Quais são as vivências das pessoas capazes de determinar as condições de saúde bucal das pessoas?

Que papel a condição econômica familiar (renda) exerce no estado de saúde bucal das pessoas?

Como se davam as práticas de saúde bucal no passado e que transformações ocorreram no curso do tempo?

De que modo o cotidiano das pessoas está relacionado às condições de saúde bucal?

De que modo as referências temporais contextualizam as condições de saúde bucal das pessoas?

Que mudanças foram experienciadas nas condições de saúde bucal das pessoas no decorrer do tempo?

Que mudanças ocorreram nas organizações da saúde que influenciaram as condições de saúde bucal?

Qual a evolução e o papel da formação dos profissionais cuidadores de idosos?

Qual a evolução e o papel da formação dos profissionais em saúde bucal?

Que papel a legislação desempenha na promoção da saúde bucal?

A saúde bucal e o processo de envelhecimento

O envelhecimento humano como objeto do saber científico, estudado em indivíduos ou em populações, requer análises multidimensionais na tentativa de apreensão/compreensão dos fenômenos e sub-fenômenos que compõem a sua integralidade.

O processo de envelhecimento é das poucas certezas da vida. Todos envelhecemos. O modo como esse processo se desenrola durante a existência é que se diferencia pelas várias inserções que cada qual possui na vida em sociedade. Geralmente, as conseqüências tangíveis do processo de envelhecimento na condição de vida e saúde das pessoas são colocadas num plano de responsabilização individual, e quando estas conseqüências apresentam-se como negativas, são associadas à falta

de atenção e cuidado, ou seja, a aquilo que se deixou de fazer por si para evitar a chegada de estados mórbidos e de dependência.

A velhice é tratada como problema, e assim acaba por orientar as práticas de cuidado à saúde que são produzidas imersas nessa imagem negativa. As imagens coletivas elaboradas sobre o ser idoso estabelecem o tipo de relação entre sujeitos (idoso), objetos (saúde bucal) e processos (cuidado à saúde bucal). No campo da saúde bucal as idéias correntes sobre envelhecimento/pessoa idosa estão identificadas com a figura do ser edêntulo. A perda de dentes e a utilização de próteses fazem parte do imaginário, construído sob forte razão real, do mundo da velhice. O perfil do idoso desdentado acaba por justificar as práticas de cuidado à saúde bucal dirigidas ao idoso e a própria relação deste com a sua saúde bucal, expressados por meio de atitudes e hábitos praticados no curso de suas vidas. Nesse sentido, ante a pretensa inexorabilidade da perda dentária, as pessoas ao longo vida negligenciam suas práticas de cuidado à saúde bucal. De outra parte cuidadores de idosos, e mesmo profissionais da saúde, deixam de cumprir os protocolos de boas práticas quando confrontados com o estigma da velhice.

Os cuidados à saúde bucal necessitam acompanhar o curso de vida das pessoas, sem cortes ou interrupções, até os últimos momentos da existência. Entretanto, se ao longo da vida as práticas de cuidado sofrerem cortes, interrupções, atrasos, adaptações prejudiciais, lançarão conseqüência maléfica sobre as condições de saúde e saúde bucal na velhice.

A saúde bucal, quando estudada sob a óptica do processo de viver e envelhecer saudável, constitui um fenômeno complexo à medida que a análise das relações que se estabelecem estão vinculadas a outros processos/fenômenos sociais relevantes que não podem/devem ser desconsiderados.

As bases estruturantes das relações entre a saúde bucal e o processo de envelhecimento humano estão compreendidas nas seguintes questões:

Quais são as relações estabelecidas entre a saúde bucal e o processo de envelhecimento humano?

Qual é a compreensão existente sobre o ser idoso?

O que define e caracteriza a pessoa idosa?

Como é tratado o corpo e a saúde do idoso?

De que modo o idoso se cuida ou é cuidado, com relação a sua saúde?

Qual é o quadro epidemiológico da saúde bucal dos idosos?

Quais são as especificidades da saúde bucal do idoso?

Quais são as especificidades do cuidado à saúde bucal do idoso?

Quais são as dificuldades no cuidado à saúde bucal do idoso?

Como ocorre o cuidado à saúde e a saúde bucal dos idosos institucionalizados?

Que fatores orientam as práticas de cuidado à saúde bucal aos idosos?

Como são entendidas as práticas de cuidado à saúde bucal dos idosos na perspectiva do curso da vida e do envelhecimento?

Como o idoso se comporta em relação a sua saúde bucal?

Quais são os sentimentos e atitudes do idoso para com a sua saúde bucal?

Qual é a relação entre ser idoso e as opções de tratamentos reabilitadores e estéticos?

Qual é a relação entre saúde bucal e sexualidade na pessoa idosa?

Quais são as relações entre a capacidade funcional do idoso e as necessidades de cuidado à saúde bucal?

Como o idoso e as instituições de longa permanência agem frente a um problema de saúde bucal?

O que significa ser um idoso residente em uma instituição de longa permanência? Como é viver em uma instituição de longa permanência?

De que modo a condição de idoso institucionalizado interfere nas condições de saúde bucal ?

De que modo a condição de idoso institucionalizado interfere nas práticas de autocuidado à saúde bucal?

De que modo o processo de envelhecimento populacional influencia a organização dos serviços de saúde e de saúde bucal?

De que modo o processo de envelhecimento populacional influencia a provisão dos serviços de saúde e de saúde bucal prestados a idosos?

Entendendo as interações que se estabelecem no cuidado à saúde bucal do idoso

Individual ou coletivamente, as pessoas estão preparadas para atuar em função do significado que os objetos do seu mundo possuem. Este significado é edificado por meio de processos de interação entre seres humanos.

A vida associada é um processo no qual as pessoas sinalizam linhas de ação às demais e interpretam indicações que as outras lhes fazem. Assim, seu comportamento é elaborado tomando em conta a ação das pessoas com quem interagem. Esta adequação dos próprios atos aos atos alheios se dá não somente ao nível das relações entre indivíduos mas também entre coletividades. O processo de cuidado à saúde bucal dos idosos revela um conjunto de interações individuais e coletivas desde um contato entre duas pessoas, o idoso e o cuidador, até uma visita de trabalho do dirigente da instituição de longa permanência ao gestor local de saúde. Tais relações são ampliadas e mais complexas quando observadas no contexto de uma instituição de longa permanência. A instituição de longa permanência é a representação concentrada da multiplicidade de relações possíveis e que foram indicadas nas sete categorias que emergiram no presente estudo.

No plano individual, tanto idoso como cuidador organizam sua ação e seus comportamentos à medida que elaboram significados de cuidado à saúde bucal e ajustam seus atos em função destes significados e das linhas de ação produzidas pelo outro. Ambos comparecem com suas respectivas bagagens, seus sentimentos, suas formações pessoais, seus pré-conceitos, suas experiências, seu modo de ver/entender o mundo e a partir daí interagem para alcançar um objetivo comum.

No plano coletivo, as ações/interações derivadas das práticas de cuidado à saúde bucal do idoso estão intrinsecamente relacionadas às imagens do envelhecimento, à elaboração de conceito(s) de cuidado, às posturas disciplinares da Enfermagem e da Odontologia, às influências institucionais/organizacionais e às significações de saúde e saúde bucal, inclusive no plano político.

As bases estruturantes para entender as interações que se estabelecem no processo de cuidado à saúde bucal do idoso estão compreendidas nas seguintes questões:

Quem são os atores envolvidos no cuidado à saúde bucal dos idosos?

Como os atores envolvidos no cuidado à saúde bucal dos idosos percebem sua responsabilidade nesse processo?

Que interações são evidenciadas no cuidado à saúde bucal do idoso?

Qual é o papel da Enfermagem e de seus profissionais no cuidado à saúde bucal do idoso em diferentes espaços?

De que modo a condição de dependência do idoso determina as práticas de cuidado à saúde bucal dirigidas a ele?

Qual é o valor dado ao trabalho de Enfermagem no cuidado do idoso?

Como é construído o relacionamento entre cuidadores e idosos nas instituições de longa permanência?

De que modo o cuidado que o cuidador tem consigo influencia no cuidado que fornecerá ao idoso?

Como o cuidador de idosos é tocado pelo processo de envelhecimento humano?

Como os cuidadores experienciam a realização de práticas de cuidado à saúde bucal nos idosos?

Como os cuidadores avaliam a execução de suas práticas de cuidado à saúde bucal aos idosos?

Quais são os requisitos para que uma pessoa seja considerada um bom cuidador de idosos?

Que sentimentos são revelados a partir das interações estabelecidas entre cuidador e idosos no processo de cuidar?

Que elementos o cuidador utiliza para definir as práticas de cuidado à saúde bucal dos idosos de quem cuida?

Quais são as queixas que os idosos apresentam aos cuidadores em relação a sua saúde bucal?

Como se dá a formação dos profissionais de Enfermagem na temática da saúde bucal?

Qual o papel da atuação interdisciplinar no cuidado à saúde bucal dos idosos?

Qual o papel do dentista no cuidado à saúde bucal dos idosos institucionalizados?

Quais são as dificuldades dos cuidadores ao realizar os procedimentos de cuidado à saúde bucal dos idosos?

Que estratégias são utilizadas para superar as dificuldades dos cuidadores ao realizar os procedimentos de cuidado à saúde bucal dos idosos?

Gerindo o cuidado à saúde bucal do idoso em uma instituição de longa permanência

As instituições de longa permanência para idosos, independente da natureza jurídica, são organizações formadas para atender pessoas na fase idosa da vida que por diferentes razões, não conseguem/podem viver em seus lares sem o apoio governamental ou familiar. Por isso oferecem, sob regime integral, os cuidados necessários para manter a dignidade, vida e saúde dos seus residentes. Essas instituições, ao abraçarem essa missão, passam a gerenciar todos os aspectos que envolvem a vida de um coletivo de pessoas, com graus de dependência variados e ao disponibilizar um rol de serviços/cuidados substituem o fazer pessoal, individual e independente do idoso. Assim, o que é necessidade do idoso transforma-se na necessidade da instituição.

Para compreender como a instituição de longa permanência lida com os temas referentes à saúde bucal dos seus idosos residentes é necessário saber como e em que condições ela constrói e define suas operações, sua estrutura, como financia suas atividades e aplica seus recursos financeiros, como seleciona e orienta seus recursos humanos, enfim, que meios ela utiliza para sobreviver enquanto organização prestadora de serviços. A especificação dos objetivos, da missão, da visão e dos valores organizacionais indica a identidade da instituição que se dedica a cuidar de idosos,

diferenciando-a a partir daí das demais congêneres. Faz-se necessário avaliar também como se dá a inserção destas instituições nos serviços de saúde e assistência social, na comunidade e em toda a sociedade.

O cuidado à saúde bucal dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência é função também da própria vida institucional/organizacional; estes são fenômenos que não podem/devem ser entendidos sem o esclarecimento dos vínculos estabelecidos entre idoso e a instituição.

As bases estruturantes da gestão do cuidado à saúde bucal nas instituições de longa permanência para idosos estão compreendidas nas seguintes questões:

Quais são os valores, inclusive religiosos, visão, missão e objetivos da instituição? Como se relacionam com o cuidado ao idoso?

Qual a estrutura e quais processos relevantes na instituição associados à saúde dos residentes?

Como ocorre a gestão do cuidado à saúde bucal no ambiente da instituição?

Como foram construídas, historicamente, as práticas de cuidado à saúde bucal na instituição?

Que procedimentos de cuidado à saúde bucal são fornecidos aos idosos na instituição?

Que hábitos de cuidado à saúde bucal são cultivados na instituição?

Como e quando são feitos os procedimentos de higiene bucal nos idosos residentes?

Que materiais são utilizados para a higiene bucal dos idosos e como são geridos na instituição?

Qual é a infra-estrutura que a instituição possui para realizar o cuidado à saúde bucal dos seus idosos?

Quais são as rotinas existentes na instituição para o cuidado à saúde bucal dos idosos?

De que modo o cuidado à saúde bucal se relaciona com outros procedimentos de cuidado, inclusive em termos de prioridade?

Quais são as dificuldades operacionais da instituição para fornecer o cuidado à saúde bucal aos idosos?

Como a instituição financia suas operações e como aplica seus recursos?

De que modo as condições de saúde bucal dos idosos interfere nas rotinas da instituição?

Como se relacionam/interagem a instituição e os serviços locais de saúde públicos e privados?

Qual é o papel da família no cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado?

Como a instituição resolve as demandas/necessidades de saúde bucal dos idosos residentes?

Como a instituição financia ou providencia a cobertura do cuidado à saúde bucal dos idosos em seus diversos momentos?

Como é avaliado o desempenho dos empregados na instituição?

Como está modelado o sistema de avaliação da saúde e saúde bucal dos idosos na instituição?

Qual é o papel dos voluntários na instituição?

Como a instituição lida com a questão da profissionalização dos seus empregados e do cuidado à saúde?

Inserindo o cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional

Os participantes geraram dados que indicam uma categoria de análise associada ao ambiente em que se desenrola o processo de cuidar da saúde bucal dos idosos institucionalizados. Trata-se de uma dimensão mais abrangente para análise do cuidado à saúde das populações.

Nessa dimensão, localiza-se: o papel do Estado em face da saúde do povo, os processos de decisão social que levam a escolhas de políticas públicas, a distribuição de competências entre as três esferas de governo, a provisão e produção de serviços pelos governos, a atenção proporcionada pelos serviços locais e sua articulação com as instituições de longa permanência e outros componentes mais, como o sistema

formal de educação. Todos são essenciais nas suas relações, influências e respostas à promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos institucionalizados.

Os poderes do Estado, legislativo, executivo e judiciário, compõem este cenário e cumprem, bem ou mal, seu papel na execução do cuidado à saúde bucal aos idosos. Embora as camadas mais pobres da população percebam com mais clareza o dever do Estado em assisti-las em suas necessidades de saúde (p. ex. imunizações, partos, pronto-socorro), a percepção do direito a uma assistência integral à saúde bucal ainda não é corrente. Por exemplo, a reabilitação em Odontologia é percebida como serviço privado ao qual tem acesso quem enriqueceu ou quem recebe “prebenda” de políticos oportunistas.

Assim, tem sido muito incipiente, até recentemente, a formulação e implementação de políticas públicas que, em última análise, expressam o grau de comprometimento público-estatal-governamental com o tema da saúde bucal. As garantias legais, a alocação de recursos financeiros e a organização/estruturação dos serviços de saúde públicos são perspectivas cruciais para analisar e compreender o estado atual da condição de saúde bucal da população. A falta de respostas nas ações públicas às pautas reivindicativas dos idosos institucionalizados tem gerado insatisfação coletiva, ainda que identificada uma certa apatia entre os atores envolvidos.

Salva-se o esforço de segmentos comunitários, principalmente religiosos, os quais não conseguem superar as dificuldades para prover integralmente cuidados à saúde bucal dos idosos residentes. O Estado, distante, ainda não incluiu com efetividade o segmento idoso em suas políticas.

As bases estruturantes da inserção do cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional estão compreendidas nas seguintes questões:

Quais são as interações que se estabelecem entre a instituição de longa permanência e os serviços públicos de saúde?

O que significa ter direito assegurado à saúde? Como a população percebe o direito à saúde bucal?

Qual é o papel de cada esfera de governo na provisão e produção de serviços de atenção à saúde bucal dos idosos?

Como a saúde influencia e é influenciada por outros setores da sociedade?

Qual é o papel do Estado em relação à saúde e a saúde bucal das pessoas?

De que modo encontra-se respaldado juridicamente o cuidado à saúde bucal do idoso?

Como as questões de fundo econômico interferem no cuidado à saúde bucal das pessoas?

Como se processa a alocação de recursos públicos para a saúde e para o cuidado à saúde bucal da população?

Qual é o papel das organizações de saúde no cuidado à saúde bucal do idoso?

Como opera a estrutura dos serviços públicos de saúde em relação ao cuidado à saúde bucal da população?

Como os serviços públicos de saúde bucal estão organizados para atender a população idosa? E os idosos institucionalizados?

Quais são as deficiências dos serviços públicos de saúde bucal?

Como se dá o relacionamento entre os profissionais de saúde do serviço público e os idosos?

Como é garantido o acesso e a continuidade do tratamento à saúde bucal dos idosos nos serviços públicos?

Como são geridos os serviços públicos de saúde?

Quais são as associações possíveis entre saúde bucal e os poderes da República?

Qual é o papel das políticas públicas no cuidado à saúde bucal dos idosos?

Qual é a relação entre o plano jurídico e as políticas públicas com vistas à promoção da saúde bucal dos idosos?

De que modo as políticas públicas se materializam em ações de cuidado à saúde bucal que alcancem a população idosa, inclusive a institucionalizada?

Como se localizam os problemas de saúde bucal em relação a outros problemas de saúde pública?

Qual é o papel do poder público nas questões de saúde bucal?

Qual é o papel dos profissionais da saúde na formulação de políticas públicas?

Qual é a relação entre as diretrizes curriculares de formação dos profissionais da saúde e o cuidado à saúde bucal dos idosos?

Qual é a contribuição das Universidades públicas e privadas no campo do cuidado à saúde bucal do idoso?

Vislumbrando possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso

No interior das instituições que possuem algum vínculo participativo com o cuidado à saúde bucal dos idosos, sejam públicas, privadas ou do terceiro setor, denota-se um sentimento de responsabilidade e de desejo de ir a busca de transformações. Move este sentimento o quadro epidemiológico presente e futuro, as imposições legais recentes de proteção ao idoso e a dificuldade progressiva de convivência com a falta de equidade no acesso aos avanços tecnológicos de cuidado à saúde bucal.

O novo caminho implica em mudanças gerenciais que incorporem na ação/decisão uma atitude de fazer continuamente melhor. Assim, o planejamento e implementação das ações devem estar embasados/reforçados por uma postura empreendedora, criativa, participativa, dinâmica e continuada de incorporação de melhores práticas com o intuito de atingir melhores resultados em relação à prestação de serviços, à satisfação do idoso e, principalmente, à melhoria do estado de saúde bucal da população na perspectiva do envelhecimento saudável.

As pessoas, individualmente ou representando organizações de saúde e particularmente dos setores de saúde bucal ou que nelas trabalham, são portadoras de uma série de idéias e vislumbram várias possibilidades de modificação da realidade sobre o cuidado à saúde bucal do idoso. Deixar que as pessoas reflitam sobre as

condições e práticas em que o cuidado à saúde bucal do idoso se desenvolve e estimular a exteriorização das suas sugestões é requisito para a adoção de uma postura de melhores práticas. Essas manifestações devem ser ouvidas e seus pontos de vista considerados no esforço de transformações.

A motivação para a mudança, a transformação rumo à organização que aprende, o exame interdisciplinar das questões e o conhecimento das boas práticas dirigidas à saúde bucal aos idosos são também requisitos essenciais para a incorporação de melhores práticas.

A participação de todos os atores na reflexão, seu envolvimento nas decisões, e sua contribuição para gerar pactos de melhorias, torna-os responsáveis efetivos pela implementação das ações e respectivas avaliações, ampliando deste modo a probabilidade de êxito no rumo de um novo estágio no processo de cuidar da saúde bucal dos idosos institucionalizados na perspectiva do viver e envelhecer com saúde.

As bases estruturantes das possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso estão compreendidas nas seguintes questões:

Qual o desejo dos atores envolvidos em participar das mudanças? Como se sentem responsáveis pela saúde bucal do idoso institucionalizado?

Qual a visão de futuro que os atores envolvidos possuem sobre o cuidado à saúde bucal de idosos?

Quais são as possibilidades de melhorias nas práticas atuais de cuidado à saúde bucal dos idosos?

Quais são as possibilidades de melhorias nas práticas de cuidado à saúde bucal dos idosos residentes em instituições de longa permanência?

Quais são os possíveis espaços de transformação da realidade atual?

Que parcerias podem ser efetivadas para implementação de melhores práticas no cuidado à saúde bucal dos idosos?

Como despertar as pessoas, os profissionais da saúde e as instituições para um melhor fazer contínuo no cuidado à saúde bucal dos idosos?

Quais são as estratégias adequadas para a adoção de melhorias contínuas nas práticas de cuidado à saúde bucal ao longo da vida?

Quais são os canais difusores de melhores práticas e como utilizá-los?

Como incorporar à gestão das organizações de saúde uma postura de melhoria contínua que aplique referenciais teóricos de melhores práticas?

Como as restrições financeiras e orçamentárias operam para dificultar a implementação de melhores práticas? Como superar essa dificuldade?

Como se constroem os argumentos de avaliação benefício/custo decorrentes da adoção de melhores práticas de cuidado à saúde bucal ante os custos resultantes do não-fazer?

Que novos paradigmas da teoria das organizações podem contribuir para mudanças organizacionais que permitam a incorporação de posturas de melhorias contínuas?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ao tratar do cuidado à saúde bucal, embora particularizando um dos aspectos do cuidado a saúde, parte da premissa de que a vida humana é cuidado; assim, o cuidado enquanto preocupação com a vida irradia-se e, simultaneamente, integra-se por todas as disciplinas que compõe o campo da saúde e estabelece fortes relações com o ambiente. Numa visão sistêmica em que os múltiplos elementos interagem para produzir um resultado, o cuidado à saúde bucal é compreendido como um dos componentes essenciais do sistema de cuidado à saúde. A saúde bucal deve ser vista como um dos elementos estruturais do cuidado integral, abrangente, e não segmentado a que deve estar submetida à saúde das pessoas.

A precariedade do quadro epidemiológico de saúde bucal dos idosos que vivem em residências coletivas, extensamente reportada na literatura, foi vivenciada pela autora nas suas experiências profissionais e acadêmicas. Seu sentimento era de que a compreensão dos elementos que envolvem este cenário pedia um estudo de natureza qualitativa capaz de abranger a multiplicidade de relações que aí se estabelecem. A realização do curso de Doutorado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e no seu interior o Estágio de Doutorando na Universidade de Granada, Espanha, foram oportunidades especiais para que a autora avançasse em seus estudos acadêmicos na área do cuidado à saúde bucal.

A Tese ora apresentada procurou dar resposta a essas inquietações pessoais e nesse sentido o desejo era encontrar uma via, um método pelo qual pudesse identificar um instrumento (modelo) capaz de ajudar no exame dessa realidade. Durante os estudos do doutoramento, entendeu que a formulação metodológica de Glaser e Strauss, difundida como Teoria Fundamentada nos Dados, poderia constituir uma opção preciosa, com potencial para abraçar a complexidade que o fenômeno apresenta.

O objetivo da Tese, então, foi elaborar um modelo teórico para a abordagem do fenômeno do cuidado à saúde bucal de idosos, a partir do contexto das instituições de longa permanência, suportado pelo referencial da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*). A observação de que o tema se desenrola em múltiplas dimensões, exigiu defini-las. Em conseqüência, tendo por critério o papel dos atores envolvidos no fenômeno, optou-se por delimitar o estudo nas seguintes dimensões: o indivíduo idoso enquanto ser cuidado; os cuidadores de idosos e demais profissionais que intervêm no cuidado à saúde bucal de idosos; as instituições que se dedicam a cuidar do público idoso em regime de residência permanente; e a esfera das organizações estatais enquanto reguladoras, provedoras e executoras de serviços de saúde para a população idosa.

Tais dimensões: individual, profissional, institucional e político-organizacional, não são estanques. Ao contrário, há um intenso e complexo intercâmbio de relações recíprocas e interdependentes.

O olhar aproximado da pesquisadora sobre essas interações permitiu a compreensão do significado que as práticas de cuidado à saúde bucal dirigidas aos idosos institucionalizados possuem para os atores aí presentes. Isto só foi possível com a adoção plena e criteriosa da metodologia eleita.

A Teoria Fundamentada nos Dados possibilitou uma produção extensa e rica de códigos informacionais, oriundos dos dados, e na seqüência submetidos a um processo permanente de análise comparativa. Essa imersão na visão subjetiva e particular dos atores envolvidos, por meio das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa e da sensibilidade teórica da pesquisadora, também propiciada pelo caráter aberto e flexível do método, criou condições para a formulação de categorias de análise suficientemente abrangentes.

A descrição dessas categorias emergentes, no seu conjunto e nas suas inter-relações, levou a pesquisadora a encontrar a categoria central, integradora das demais: “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência”. Essa categoria coincide com aquilo que Glaser define como Processo Social Básico, justamente por que é capaz de contemplar a ação na sua integralidade e evidenciar as relações entre as múltiplas categorias de análise.

Assim, a categoria central “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência” incorpora sete categorias que definem as estruturas, propriedades e dimensões do fenômeno. Essas categorias, endógenas com relação aos dados, são:

- Atribuindo significado à saúde bucal
- Determinando as condições de saúde bucal
- A saúde bucal e o processo de envelhecimento
- Entendendo as interações que se estabelecem no cuidado à saúde bucal do idoso
- Gerindo o cuidado à saúde bucal do idoso em uma instituição de longa permanência
- Inserindo o cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional
- Vislumbrando possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso

A categoria central, como Processo Social Básico que é, apresenta-se com dois estágios em uma ordem crescente de evolução. A promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos institucionalizados contém um estágio que representa o estado de apatia frente às contradições no processo de cuidar e suas conseqüências maléficas para a saúde bucal deste grupo. Esse estágio parece corresponder à situação prevalente em boa parte da realidade local brasileira, o que pode ser constatado com as lentes do modelo teórico de análise produto desta pesquisa. O outro estágio, considerado qualitativamente superior, melhor, deriva do anterior porque salvaguarda as contradições originais. Esse novo estágio incorpora posturas de melhorias contínuas, correspondendo a uma forma diferenciada de gestão, elaborada sobre os elementos contraditórios do estágio que lhe antecede. Esses elementos não são eliminados ou desconsiderados, mas trabalhados, enfrentados, com o ânimo de superar as contradições e afastar a letargia, a inação, por meio da adoção de uma nova tomada de consciência-ação, traduzida na implementação de melhores práticas de cuidado.

Para tanto há que se vislumbrar essas melhores práticas de cuidado como um metaponto de vista a alcançar, de modo que contribuam para o avanço sustentado na

qualidade do cuidado e, conseqüentemente, promovam uma transformação nas condições de saúde e saúde bucal ao longo a vida. Essa visão procura resgatar os idosos do abandono em que se encontram com relação à atenção à saúde bucal, por motivo de respeito à dignidade humana, reconhecimento de direitos e conquista efetiva da cidadania.

Fruto desta Tese, o fenômeno do processo de promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos institucionalizados pode ser examinado com a lente do modelo teórico aqui construído, cuja representação gráfica consta da Figura 8. Ressalta-se que o modelo teórico apresentado não é o modelo do fenômeno em estudo, e sim um modelo teórico para a abordagem do fenômeno.

Nesse sentido, o modelo possui propriedades tais que: é passível de aplicação em outras circunstâncias de tempo e espaço referentes à saúde bucal do idoso, uma vez que alcança um suficiente nível de abstração; é capaz de adaptar-se às condições de variabilidade do fenômeno “cuidado à saúde bucal” sem prejuízo de sua arquitetura; é capaz de captar os movimentos de transformação do processo; admite modificação, pela incorporação de novos elementos teóricos, com vistas ao seu aprimoramento e sua aplicação induz à reflexão crítica sobre a promoção do cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado.

As bases estruturantes deste modelo teórico objetivam, então, o rastreamento das estruturas e propriedades do processo de cuidado à saúde bucal do idoso no contexto das instituições de longa permanência. Estão formuladas separadamente em cada uma das categorias de análise, sob forma de questões/indagações. Este formato facilita o reconhecimento exploratório e a apreensão das complexas relações que se instalam quando idosos, cuidadores, profissionais, instituições e Estado estão/não estão em sinergia no cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado. Essas bases também são reveladoras das possíveis contradições no processo de cuidado da saúde bucal do idoso. Sob outro ângulo, muitas dessas indagações norteadoras dão margem à ampliação de novos horizontes de pesquisa, servindo para indicar possibilidades de estudos no âmbito das organizações e da academia. Vale lembrar que, no Brasil, diante dos primórdios da atenção à saúde bucal dispensada aos idosos e da relativa escassez de produção científica nessa área, tudo está por pesquisar e melhorar.

A aplicação do modelo teórico induz a uma reflexão crítica sobre cada um e todos os aspectos que podem estar relacionados em uma circunstância estudada. Evita-se com isso visões reducionistas, segmentadas ou descoladas da realidade. Em última análise, recolhem-se elementos para diagnósticos, planos e ações mais consistentes, sustentáveis, duradouros e facilitadores do manejo e superação das contradições.

O modelo teórico formulado é entendido e visualizado como uma fase ainda inicial e não completamente madura, fruto da abstração da pesquisadora sobre os dados apurados nesta pesquisa. Sem embargo, novos elementos teóricos podem ser no futuro incorporados com o intuito de tornar o modelo mais denso, abrangente e melhor definido. A pesquisadora espera também ser possível prosseguir com estudos que experimentem a implementação de melhores práticas no cuidado à saúde bucal dos idosos em ambientes de relações complexas como os sistemas locais de saúde, abrangendo os serviços públicos, as instituições de longa permanência para idosos, o contexto familiar, grupos comunitários de idosos e outras organizações que lhes fornecem cuidados.

Ao abraçar a promoção do cuidado à saúde bucal dos idosos em uma perspectiva de melhores práticas, de aprimoramento sistemático e continuado, a pesquisadora desejou contribuir para a construção de referenciais teóricos que sustentem as boas práticas de cuidado no interior e no entorno das instituições de longa permanência para idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. **World population prospects: the 2002 revision.** Disponível em:

<<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTSrev1.PDF>> Acesso em: 5 de março de 2004.

² INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil em síntese.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm> Acesso em: 4 de agosto de 2004.

³ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano da ação internacional sobre o envelhecimento - 2002.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. 49p. (Série Institucional em Direitos Humanos).

⁴ FERNANDES, M.G.M. Avaliação da capacidade funcional em idosos. **Nursing**, São Paulo, v.2, n.13, p.26-29, jun. 1999.

⁵ HOFHECKER, G. The physiology and pathophysiology of ageing. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.33, n.3, p.251-161, Sept. 1983.

⁶ GRABOWISKI, M.; BERTRAM, U. Oral health status and need of dental treatment in the elderly Danish population. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.3, n.3, p.108-114, May. 1975.

⁷ HUGOSON, A. et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden in 1973 and 1983 II. A review of a clinical and radiographic findings. **Swed. Dent. J.**, Jönköping, v.10, n.5, p.175-94, 1986.

⁸ VIGILD, M. Dental caries and need for treatment among institutionalized elderly. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.17, p.102-105, 1989.

⁹ PADILHA, D.M.P. **A saúde bucal de pacientes idosos.** Aspectos clínicos de um grupo de idosos ingleses e clínicos-radiográficos de um grupo de idosos brasileiros.

1997. 258p. Tese (Doutorado em Estomatologia) - Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

¹⁰ MELLO, A.L.S.F. **Cuidado à saúde bucal provido a idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre- RS: a retórica, a prática e os resultados.** 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

¹¹ SHIP, J.A. Improving oral health in older people. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.50, n.8, p.1454-1455, Aug. 2002.

¹² BRINK, J.J. Biologia e fisiologia celular do envelhecimento. In: REICHEL, W. **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento.** 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001. 635p.

¹³ LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. **Estudos Interdisc. sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.7-35, 1999.

¹⁴ HAUGEN, L.K. Biological and physical changes in the ageing individual. **Int. Dent .J.**, Guildford, v.42, n.5, p.339-348, Oct. 1992.

¹⁵ CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D.B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Publ.**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-460, out. 1999.

¹⁶ WARDH, I.; ANDERSSON, L.; SÖRENSEN, S. Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. **Gerodontology**, v.14, n.1, p.28-32, Jul. 1997.

¹⁷ LOGAN, H.L. et al. Common misconceptions about oral health in the older adult: nursing practices. **Spec. Care Dent.**, Chicago v.11, n.6, p. 243-247, 1991.

¹⁸ CHALMERS, J. et al. Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents. **Spec. Care Dent.**, Chicago, v. 16, n.2, p.71-79, Mar/Apr.1996.

¹⁹ VIEIRA, E.B. **Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso?** Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 99p.

²⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The oral health report 2003.** Geneva, 2003.

-
- ²¹ PETERSEN, P.E.; YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen , v.33, n.2, p.81-92. Apr. 2005.
- ²² JORGENSEN, J.E. A dentist's social responsibility to diagnose elder abuse. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.12, n.3, p.112-115, May/June 1992.
- ²³ SIMONS, D.; KIDD, E.A.; BEIGHTON, D. Oral health of elderly occupants in residential homes. **Lancet**, London, v.353, n.9166, p.1761, May 1999.
- ²⁴ MELLO, A.L.F.M.; PADILHA, D.M.P. Instituições geriátricas e negligência odontológica. **Rev. Fac. Odontologia**, Porto Alegre, v.41, n.1, p. 44-48. 2000.
- ²⁵ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Informe de la Segunda Asamblea mundial sobre el envejecimiento**. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Disponível em: <<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm>> Acesso em: 5 de dezembro de 2003.
- ²⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a police framework**. Geneva, 2002.
- ²⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília, 2004.
- ²⁸ BRASIL. Senado Federal. Lei 10.741, de 10 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003.
- ²⁹ BRASIL. Senado Federal. Lei 8,842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1997.
- ³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília, 1999.
- ³¹ BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 73 de 10 de maio de 2001. **Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil**. Brasília, 2001.
- ³² BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamento Técnico que define normas**

de funcionamento para Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. DOU de 27 de setembro de 2005.

³³ CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução 25 de 25 de maio de 2002. **Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatría; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e dá outras providências.** DOU, seção I, 28 de maio de 2002, p.148-149. Brasília, 2002.

³⁴ STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación qualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.** Medellín: Ed. Universidad de Antioquia, 2002. 339p.

³⁵ GLASER, B.G; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.** New York: Aldine de Gruyter, 1967. 271p.

³⁶ GLASER, B.G. **Theoretical sensitivity.** Chicago: Sociology Press, 1978.164p.

³⁷ CHENITZ, W.C.; SWANSON, J.M. **From practice to grounded theory.** Menlo Park: Addison-Wesley,1986. 255p.

³⁸ GLASER, B. **Grounded theory perspective III: theoretical coding.** Chicago: Sociology Press, 2005. 160p.

³⁹ SANTOS, S.R.; NÓBREGA, M.M.L. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em Enfermagem: enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, v.12, n.3, p.460-468, mai/jun. 2004.

⁴⁰ DUCHSCHER, J.E.B., MORGAN, D. Grounded theory: reflections on the emergence vs. forced debate. **J. Adv. Nursing**, v.48, n.6, p.605-612, 2004.

⁴¹ JEON, Y.H. The application of grounded theory and symbolic interactionism. **Scand. J. Caring Sci.**, v.18, p.249-256, 2004.

⁴² MCCALLIN, M.C. Designing a grounded theory study: some practicalities. **Nursing Critical Care**, v.8, n.5, p.203-208, 2003.

⁴³ CUTCLIFFE, J.R. Methodological issues in grounded theory. **J. Adv. Nursing**, v.31, n.6, p.1476-1484, 2000.

-
- ⁴⁴ BACKMAN, K.; KYNGAS, H.A. Challenges of the grounded theory approach to a novice researcher. **Nursing and Health Sciences**, v.1, p.147-153, 1999.
- ⁴⁵ GLASER, B.; HOLTON, J. Remodeling grounded theory. **The Grounded Theory Review**, v.4, n.1, p.1-24, 2004.
- ⁴⁶ STRAUSS, A.L. **Qualitative analyses for social scientists**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. 318p.
- ⁴⁷ KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.21, n.3, p.200-210, jun.1987.
- ⁴⁸ CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte: Posgraduate, 1998. 92p.
- ⁴⁹ RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.21, n.3, p.211-24, jun.1987.
- ⁵⁰ BRASIL. DATASUS. Dados demográficos e socioeconômicos do Estado de Santa Catarina. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popSC.def> Acesso em 4 de agosto de 2004.
- ⁵¹ HAYFLICK, L. Definindo o envelhecimento. In: _____ **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- ⁵² DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: EDUSP, 2004. 266p.
- ⁵³ NERI, A.L. Biomedicalização da velhice: distorções cognitivas relacionadas ao uso do modelo biomédico na pesquisa gerontológica. In: DIOGO, M.J.D.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2004.
- ⁵⁴ ASSIS, M. O envelhecimento e suas conseqüências. In: CALDAS, C.P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.
- ⁵⁵ GOMES, G.C.; DIOGO, M.J.D. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: DIOGO, M.J.D., NERI, A.L., CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2004.
- ⁵⁶ PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

-
- ⁵⁷ KARSCH, U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública.** v.19, n.3, mai/jun, 2003. p.861-866.
- ⁵⁸ CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública.** v.19, n.3, p.773-781, mai/jun, 2003.
- ⁵⁹ GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SANTOS, S.M.A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo:Atheneu, 2000.
- ⁶⁰ SANTOS, S.M.A. O cuidado a idosos fragilizados no âmbito da família. In:_____ **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador.** Campinas: Alínea, 2003.
- ⁶¹ CARLETTI, S.M.M.; REJANI, M.I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996.
- ⁶² TEIXEIRA, M.H. Relação interpessoal: cuidador-idoso dependente/cuidador-família. In: CALDAS, C.P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.
- ⁶³ BRAVO, G. et al. Correlates of care quality in long term care facilities: a multilevel analysis. **J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.**, Washington, v. 54, n.3, p.180-188, May 1999.
- ⁶⁴ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Planificación y organización de los servicios geriátricos.** Ginebra: OMS, 1974. 51p. (Informes Tecnicos, 548).
- ⁶⁵ SCHNEIDER, E. L.; GURALNIK, J.M. The aging of America: impact on health care costs. **JAMA**, Chicago, v.263, n.17, p.2335-2340, May 1990.
- ⁶⁶ WALDOW, V.R. Determinação do nível de dependência em Enfermagem junto a idosos institucionalizados de Porto Alegre/RS. **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v.8, n.1, p.46-73, 1987.
- ⁶⁷ VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.21, n.3, p.225-33, jun. 1987.
- ⁶⁸ LOUZÃ NETO, M.R. et al. O idoso, as instituições totais e a institucionalização. **Rev. Paul. Hosp.**, São Paulo, v.36, n 7-9, p. 135-143, 1986.

-
- ⁶⁹ BASTIAN, E.M. **Estudo sobre a acreditação de internatos para pessoas idosas na área metropolitana de Porto Alegre – RS**. 1979. 182p. Tese (Livre Docência em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1979.
- ⁷⁰ BASTIAN, E.M. **Estudo do aspecto da assistência à saúde da pessoa idosa em instituições não hospitalares do município de São Paulo**. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública, 1976.
- ⁷¹ MELLO, A.L.S.F.; PADILHA, D.M.P.; ROSA, M.A.C. **Casas geriátricas do município de Porto Alegre** – manual de orientação aos usuários. Porto Alegre: UFRGS, Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Odontologia, nov. 2000.
- ⁷² BACIERO, G.R.; GANDARIAS, F.J.G.; PÉREZ, L.M. **Oral health in the elderly in Spain**. Bilbao: Eguía, 1998.
- ⁷³ CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Nursing homes residents 65 years of age and over according to age, sex, and race: United States, 1973-74, 1985, 1995, and 1997**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchswww/data/hus99.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2001.
- ⁷⁴ MORENO, A.B.; VERAS, R. O idosos e as instituições asilares no município do Rio de Janeiro. **Gerontologia**, São Paulo, v.7, n.4, p.167-177, 1999.
- ⁷⁵ BENEDETTI, T. R. B.; PETROSKI, E. L. Levantamento das instituições do Estado de Santa Catarina. SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 20., São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1996, p. 86.
- ⁷⁶ CREUTZBERG, M. **A instituição de longa permanência para idosos e a sua relação com o sistema societal**: uma análise na perspectiva da teoria de sistemas de Niklas Luhmann. 2005. 211p. Tese (Doutorado em Gerontologia). Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- ⁷⁷ VERAS, R. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio De Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 2002. 188p.

-
- ⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no Brasil**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/Bucal/inicial.htm>> Acesso em: 25 de maio de 2001.
- ⁷⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal e Fundação Serviços de Saúde Pública, 1998. 137 p. (Estudos e Projetos, 4).
- ⁸⁰ NADANOVSKI, P.; SHEIHAM, A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.23, n.6, p.331-339, 1995.
- ⁸¹ FREITAS, S.F.T. **História social da cárie dentária**. Bauru: EDUSC, 2001.124p.
- ⁸² CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeção e alternativas. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.31, n.2, p. 184-200, jan.1997.
- ⁸³ STIGLITZ, J.E. **A globalização e seus malefícios**. São Paulo: Futura, 2002. 327p.
- ⁸⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The oral health report 2003**. Geneva, 2003.
- ⁸⁵ BERKEY, D.B. et al. Research review of oral health status and services use among institutionalized older adults in the United States and Canada. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.11, n.4, p.131-136, July/Aug. 1991.
- ⁸⁶ DOLAN, T.A.; ATCHISON, K.A. Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. **J. Dent. Educ.**, Washington, v.57, n.12, p.876-878, Dec. 1993.
- ⁸⁷ HEGELSON, M.J.; SMITH, B.J. Dental care in nursing homes: guidelines for mobile and on site care. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v. 16, n.4, p.153-64, July/Aug. 1996.
- ⁸⁸ STRAYER, M. Oral health for homebound and institutionalized elderly. **J. Calif. Dent. Assoc.**, Sacramento, v.27, n.9, p.703-708, Sept. 1999.
- ⁸⁹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por amostra domiciliar, 1998. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/aceso_utilizacao.shtm> Acesso em: 17 de agosto de 2003.

-
- ⁹⁰ BENEDETTI, T.; PETROSKI, E.L.; GONÇALVES, L.H.T. **Perfil do idoso do município de Florianópolis**: relatório final. Florianópolis: Pallotti, 2004. 88p.
- ⁹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**: Resultados Principais. Brasília, 2003.
- ⁹² PETERSSON, G.H. et al. Comparing caries risk factors and risk profiles between children and elderly. **Swed. Dent. J.**, Jönköping, v. 28, n.3, p.119-128, 2004.
- ⁹³ BREUSTEDT, A. Age-induced in the oral mucosa and their therapeutic consequences. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.33, n.3, p.272-280, Sept. 1983.
- ⁹⁴ SHAY, K.; JONATHAN, A.S. The importance of oral health in the older patient. **J. Am.Geriatric. Soc.**, Baltimore, v.43, n.12, p.1414-1422, Dec. 1995.
- ⁹⁵ DAVIDSON, P.N. Survey of the dental state and needs of a group of elderly army pensioners in England. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.7, n.6, p.311-314, 1979.
- ⁹⁶ SMITH, J.M.; SHEIHAM, A. How dental conditions handicap the elderly. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.7, n.6, p.305-310, 1979.
- ⁹⁷ SMITH, J.M.; SHEIHAM, A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.8, n.7, p.360-364, Oct. 1980.
- ⁹⁸ KIYAK, H.A.; MILLER, R.R. Age differences in oral health and dental service utilization. **J. Publ. Health Dent.**, Raleigh, v.42, n.1, p.29-41, Winter 1982.
- ⁹⁹ EKELUND, R. The dental and oral conditions and the need for dental treatment among the residents of municipal old people's homes in Finland. **Proc. Finn. Dent. Soc.**, Copenhagen, v.80, n.1, p.43-52, 1984.
- ¹⁰⁰ HUGOSON, A. et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden in 1973 and 1983 II. A review of a clinical and radiographic findings. **Swed. Dent. J.**, Jönköping, v.10, n.5, p.175-94, 1986.
- ¹⁰¹ STUCK, A.E. et al. Dental treatment needs in an elderly population referred to a geriatric hospital in Switzerland. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 17, n.5, p.267-272, Oct. 1989.

-
- ¹⁰² JOKSTAD, A.; AMBJORNSSEN, E.; EIDE, K.E. Oral health in institutionalized elderly people in 1993 compared with in 1980. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v.54, n.5, p.303-308, Oct. 1996.
- ¹⁰³ NEVALAINEN, M.J.; NÄRHI, T.O.; AINAMO, A. Oral mucosa lesions and oral hygiene habits in home-living elderly. **J. Oral Rehabil.**, v.24, n.5, p.332-337, May.1997.
- ¹⁰⁴ COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1313-1320, out. 2002.
- ¹⁰⁵ WYATT, C.C. Elderly Canadians residing in long-term care hospitals: part I. Medical and dental status, **J. Can. Dent. Assoc.**, v.68, n.6, p.353-358, Jun. 2002.
- ¹⁰⁶ COLUSSI, C.F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M.C.M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.7, n.1, p.88-97. Mar. 2004.
- ¹⁰⁷ REIS, S.C.G.B. et al. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia, GO, 2003. **Rev. Brás. de Epidemiologia**, v.8, n.1,p.67-73, 2005.
- ¹⁰⁸ AMBJORNSSEN, E. Decayed, missing and filled teeth among elderly people in a Norwegian municipality. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v.44, n.2, p.123-130, Apr. 1986.
- ¹⁰⁹ AINAMO, A.; ÖSTERBERG, T. Changing demographic and oral disease patterns and treatment needs in the Scandinavian populations of old people. **Int Dent J** v.42, n.5, p.311-22, Oct .1992.
- ¹¹⁰ MARIÑO, R. Oral health of the elderly: reality, myth, and perspective. **Bull. Pan Am. Health Organ.**, Washington, v.28, n.4, p.202-210, Sept. 1994.
- ¹¹¹ KALK, W.; BAAT, C.; MEEUWISSEN, J.H. Is there a need for gerodontology? **Int. Dent. J.**, Guildford, v.42, n.4, p.209-16, Ago. 1992.
- ¹¹² VIGILD, M. Oral health care programs for elderly in Scandinavia. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.42, n.5, p.323-29, Oct. 1992.
- ¹¹³ SHAY, K.; JONATHAN, A.S. The importance of oral health in the older patient. **J. Am. Geriatric. Soc.**, Baltimore, v.43, n.12, p.1414-1422, Dec. 1995.
- ¹¹⁴ HEATH, R.M. The dental health of elderly people in Britain, 1968 to 1988. **Int. Dent. J.**, Guilford, v.42, n.5, p.399-402, Oct. 1992.

-
- ¹¹⁵ PINTO, V.G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIEGER, L. (org). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
- ¹¹⁶ MANDERSON, R.D.; ETTINGER, R.L. Dental status of the institutionalized elderly population of Edinburgh. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.3, p.100-107, 1975.
- ¹¹⁷ SMITH, J.M.; SHEIHAM, A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.8, n.7, p.360-364, Oct. 1980.
- ¹¹⁸ FLOYSTRAND, F. et al. Oral status and acceptance of dental services among some elderly persons in Oslo. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v. 40, n.1, p.1-8, Feb.1982.
- ¹¹⁹ PIETROKOVSKI, J. et al. Oral findings in elderly nursing home residents in selected countries I. **Gerodontology**, Mount Desert, v.9, n.3, p.67-73, Autumn 1990.
- ¹²⁰ KNABE, C.; KRAM, P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.24, n.12, p.909-912, Dec. 1997.
- ¹²¹ BACIERO, G.R.; GANDARIAS, F.J.G.; PÉREZ, L.M. **Oral health in the elderly in Spain**. Bilbao: Eguía, 1998.
- ¹²² OLEINISKI, J. C. **Estudio de la saliva por sialometría em personas de la tercera edad institucionalizadas, con y sin xerostomía**. 1999. 323f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madri, Madri, 1999.
- ¹²³ SIMONS, D.; KIDD, E.A.; BEIGHTON, D. Oral health of elderly occupants in residential homes. **Lancet**. London, v.22, n.353, p.1761. May 1999.
- ¹²⁴ VELASCO, E.; BULLON, P. Periodontal status and treatment needs among Spanish hospitalized psychiatric patients. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.19, n.6, p.254-258. Nov/Dec. 1999.
- ¹²⁵ US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Oral health in America: A report of the Surgeon General – Executive Summary**. Rockville, MD US Department and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of health, 2000. Disponível em: <<http://www.nidcr.nih.gov/sgr/execsumm.htm>> Acesso em: 19 de janeiro de 2001.

-
- ¹²⁶ SIMONS, D.; BRAILSFORD, S.; KIDD, E.A. Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v.29, n.6, p. 464-470. Dec. 2001.
- ¹²⁷ SPANISH GERIATRIC ORAL HEALTH RESEARCH GROUP. Oral health issues of Spanish adults aged 65 and over. The Spanish Geriatric Oral Health Research Group. **Int. Dent. J.**, v. 51, n.3 (Suppl.), p.228-34. Jun. 2001.
- ¹²⁸ CHALMERS, J.M. et al. The prevalence and experience of oral diseases in Adelaide nursing home residents. **Aust. Dent. J.** v.47,n.2, p.123-130, 2002.
- ¹²⁹ CHALMERS, J.M. et al Caries experience in existing and new nursing home residents in Adelaide, Austrália. **Gerodontology**, v.19, n.1, p.30-40, 2002.
- ¹³⁰ ISAKSSON, R.; SODERFELDT, B.; NEDERFORS, T. Oral treatment need and oral treatment intention in a population enrolled in long-term care in nursing homes and home care. **Acta Odontol. Scand.**, v.61, n.1, p.11-18, Feb. 2003.
- ¹³¹ SHIMAZAKI, Y. et al. Risk factors for tooth loss in the institutionalized elderly: a six-year cohort study. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v.20, n.2, p. 123-127, Jun. 2003.
- ¹³² HENRIKSEN, B.M. et al. Oral hygiene and oral symptoms among the elderly in long-term care. **Spec. Care Dentist.**, v.24, n.5, p.254-259. Sep/Oct. 2004.
- ¹³³ HAMALAINEN, P. et al. Changes in dental status over 10 years in 80-year-old people: a prospective cohort study. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v.32, n.5, p. 374-384, Oct. 2004.
- ¹³⁴ PEREIRA, A.C. et al. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. **Braz. Dent. J.**, São Paulo, v.7, n.2, p.97-102, 1996.
- ¹³⁵ MELLO, A.L.S.F.; CARCERERI, D.L.; AMANTE, C.J. Odontogeriatria: perfil das condições de saúde buco-dental de um grupo de pacientes idosos, em Florianópolis – SC. **Alcance**, Itajaí, ano V, n. 4, p.33-37, 1998.
- ¹³⁶ MARTINS NETO, M.; PADILHA, D.M.P. Avaliação clínica da saúde bucal e do uso de fumo de três grupos de idosos. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.3, n.31, p.53-71, dez. 2000.

-
- ¹³⁷ SILVA, S.R.C.; VALSECKI JÚNIOR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev. Panam. Salud Públ.**, Washington, v.8, n.4, p.268-271, Oct. 2000.
- ¹³⁸ SALIBA, N.A.; MARCELINO, G.; SALIBA, C.A. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. In: REUNIÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 14, 1997, Águas de São Pedro. **Anais...** São Paulo: SBPqO, 1997. p.203.
- ¹³⁹ LOCKER, D. Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of anelderly institutionalized population. **Spec. Care Dentist.** v.23, n.3, p.86-93. 2003.
- ¹⁴⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A life course perspective of maintaining independence in older age.** Genebra: WHO, 1999.
- ¹⁴¹ CHALMERS, J. Oral health promotion for our ageing Australian population. **Austr. Dent. J.**, v.48, n.1, p.2-9, 2003.
- ¹⁴² MCNALLY, M.; KENNY, N. Ethics in an aging society: challenges for oral health care. **J. Can. Dent. Assoc.**, v.65, n.11, 623-6. Dec.1999.
- ¹⁴³ ASSIS, M., HARTZ, Z.M.A., VALLA, V.V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.557-581. set. 2004.
- ¹⁴⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa charter for health promotion.** Geneva, 1986.
- ¹⁴⁵ LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção da saúde: a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira&Lent, 2004. 166p.
- ¹⁴⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century.** Geneva,1997.
- ¹⁴⁷ BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.
- ¹⁴⁸ CARTA DE OURO PRETO. **Desigualdades sociais e de gênero e saúde dos idosos no Brasil.** Ouro Preto. 2002.

-
- ¹⁴⁹ PETERSEN, P.E.; YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v.33, n.2, p.81-92. Apr. 2005.
- ¹⁵⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência nacional de saúde bucal**. Brasília. 2004.
- ¹⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004. 16p.
- ¹⁵² SANTIN, S. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a Enfermagem desenvolvido Segundo o costume dos filósofos. **Texto Contexto Enf.**, v.7, n.2, p.111-132, mai/ago. 1998.
- ¹⁵³ MARRINER-TOMEY, A. **Modelos y teorías en enfermería**. 3.ed. Madrid: Harcourt Brace, 1994. 530p.
- ¹⁵⁴ WATSON, J. **Jean Watson and the theory of human caring**. Disponível em: <<http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/>> Acesso em 28 de agosto de 2005.
- ¹⁵⁵ PATRÍCIO, Z.M. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo**: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. Tese (Doutorado em Enfermagem). 1995. 215p. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.
- ¹⁵⁶ LACERDA, M.R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar**: vivência do cuidado da enfermeira. Tese (Doutorado em Enfermagem). 2000. 222p. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- ¹⁵⁷ POLAK, Y.N.S. **A corporeidade como resgate do humano na Enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem). 1996. 131p. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.
- ¹⁵⁸ CARVALHO, R.M.A. **Despertando a equipe de Enfermagem e a família para a importância do cuidado-presença ao recém nascido de alto risco através de um processo de educar para o cuidado**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2000. 160p. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

-
- ¹⁵⁹ SILVA, A.L. **Cuidado transdimensional**: um paradigma emergente. Tese (Doutorado em Enfermagem). 1997. 177p. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.
- ¹⁶⁰ ERDMANN, A.L. **Sistemas de cuidados de Enfermagem**. Pelotas: Editora Universitária/UFPel, 1996. 148p. (Série Teses em Enfermagem).
- ¹⁶¹ BETTINELLI, L.; ERDMANN, A.L. Relações solidárias nos serviços de saúde: uma utopia? **Rev. Gaúcha Enf.**, v.21, n.2, p.19-36, jul.2000.
- ¹⁶² JONAS, H. **El principio de la responsabilidad**: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder, 1995.
- ¹⁶³ ETTINGER, R.L. Oral health needs of the elderly: an international review. **Int. Dent. J.**, v.43, n.4, p.348-54, Ago. 1993.
- ¹⁶⁴ DAVIES, R.; BEDI, R.; SCULLY, C. ABC of oral health: oral health care for patients with special needs. **Br. Med. J.**, London, v.321, n.7259, p.495-498, Aug. 2000.
- ¹⁶⁵ EKELUND, R. National survey of oral health care in Finnish private old people's homes. **Gerodontology**, v.17, 1989, 158-61.
- ¹⁶⁶ KAMBHU, P.P.; LEVY, S.M. Oral hygiene care levels in Iowa intermediate care facilities. **Spec. Care Dentist.**, v.13, n.5, p.209-214. Sep/Oct. 1993.
- ¹⁶⁷ HOAD-REDDICK, G.; HEATH, J.R. Identification of elderly in particular need: results of a survey undertaken in residential homes in the Manchester area. **J. Dent.**, Guilford, v.23, n.5, p. 273-279, Oct. 1995.
- ¹⁶⁸ BLANK, L.W.; ARVIDSON-BUFANO, U.B.; YELLOWITZ, J.A. The effect of nurses' background on performance of oral health nursing home assessments pre and post-training. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v. 16, n.2, p.65-70, Mar./Apr. 1996.
- ¹⁶⁹ CHALMERS, J. et al. Problems encountered with the organization and provision of dental care for Adelaide nursing home residents. In: ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH DENTISTRY, 62, 1999. **Annals...**Honolulu: American Association of Public Health, 1999. p.37.
- ¹⁷⁰ CHUNG, J.P.; MOJON, P.; BUDTZ-JORGENSEN, E. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses and physicians. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.20, n.1, p.12-17, Jan./Feb. 2000.

-
- ¹⁷¹ RITOLI, E.; KATZ, R.V.; STOKES, E. Oral hygiene versus other body care services: a comparison of nurse's aides beliefs and attitudes. **J. Dent. Res.**, Alexandria, v.69, Sp.Is, p.331, 1990.
- ¹⁷² ARVIDSON-BUFANO, U.B.; BLANK, L.W.; YELLOWITZ, J.A. Nurses' oral health assessments of nursing home residents pre and post-training: a pilot study. **Spec. Care Dent.**, v. 16, n.2, p.58-64, 1996.
- ¹⁷³ ISAKSSON, R. et al. Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for elderly. Part II: Clinical aspects. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.20, n.3, p.109-113, May/June 2000.
- ¹⁷⁴ WARREN, J.J.; KAMBHU, P.P.; HAND, J.S. Factors related to acceptance of dental treatment services in a nursing home population. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.14, n.1, p.15-20, Jan./Feb. 1994.
- ¹⁷⁵ FRENKEL, H.; HARVEY, I.; NEWCOMBE, R.G. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v.29, n.4, p.289-297, Aug. 2001.
- ¹⁷⁶ FITZPATRICK, J. Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff. **J. Adv. Nurs.**, v.32, n.6, p.1325-1332, 2000.
- ¹⁷⁷ SUMI, Y. et al. Attitudes to oral care among caregivers in Japanese nursing homes. **Gerodontology.**, v.18, n.1, p.2-6, Jul. 2001.
- ¹⁷⁸ PAULSSON, G. et al. Nursing personnel's views on oral health from a health promotion perspective: a grounded theory analysis. **Acta Odontol. Scand.**, v. 60, n.1, p.42-49. Jan, 2002.
- ¹⁷⁹ MACENTEE, M.I. Oral care for successful aging in long-term care. **J. Publ. Health Dent.**, Raleigh, v.60, n.4, p.326-329, Spring 2000.
- ¹⁸⁰ SUSIN, C.; RÖSING, C. **Praticando odontologia baseada em evidências**. Canoas: EdULBRA:, 1999. 181p.
- ¹⁸¹ RESTREPO, J.F.P. Medicina basada en evidencias. **Rev. Acad. Nac. de Medicina de Colômbia**, Bogotá, v.21, n.2, julio, 1999.
- ¹⁸² ISMAIL, A.I.; BADER, J.D. Evidence-based dentistry in clinical practice. **JADA**, v.135, n.1, p.78-83, 2004.

-
- ¹⁸³ NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.5, p.547-559, 2000.
- ¹⁸⁴ LONGO, R.M.J. **Gestão da qualidade**: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação. Seminário de Gestão da Qualidade na Educação: em busca da excelência. (Mimeo) Brasília, 1996.
- ¹⁸⁵ CAMPOS, V.F. **TQC**: Controle da qualidade total (no estilo japonês). 2.ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1992. 220p.
- ¹⁸⁶ MALIK, A.M. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. v.3, São Paulo: Petrópolis, 1998. (Coleção Saúde & Cidadania).
- ¹⁸⁷ GURGEL JUNIOR, G.D.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.325-334, 2002.
- ¹⁸⁸ LOBO, A. **Qualidade e produtividade**. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/infotec/artigos/docs/36.pdf> Acesso em: 25 de janeiro de 2004.
- ¹⁸⁹ SENGE, P. **A quinta disciplina**. São Paulo: Best Seller, 1990. 443p.
- ¹⁹⁰ GARVIN, D.A. **Construindo a organização que aprende**. In: _____ Gestão do conhecimento: on knowledge management. 5.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2002. 205p.
- ¹⁹¹ SILVA, S.L. Informação e competitividade: a contextualização da gestão do conhecimento nos processo organizacionais. **Ci. Inf.**, v.31, n.2, p.142-151, mai/ago. 2002.
- ¹⁹² GROTO, D. Um olhar sobre a gestão do conhecimento. **Rev. Ciências Adm.**, v.3,n.6, p.31-37, set. 2001.
- ¹⁹³ GREEN, L.W. From research to “best practices” in other settings and populations. **Am. J. Health Behav.**, v.25, n.3, p.165-178, May/Jun. 2001.
- ¹⁹⁴ KEEHLEY, P. et al. **Benchmarking for best practices in the public sector**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996. 251p.
- ¹⁹⁵ JANÉ-LLOPIS, E. **Ensuring good practice in health promotion from research to action a shared responsibility**: the example of mental health. (Mimeo, s.d.).
- ¹⁹⁶ KAHAN, B., GOODSTADT, M. **The IDM Manual**: Basics. 3.ed. Centre for Health Promotion, University of Toronto, May 2005.

¹⁹⁷ NOVA SCOTIA HEALTH DEPARTMENT. CANADA. **Best practice approach to health promotion.** Disponível em:

<http://www.hpclearinghouse.ca/best_practices.htm> Acesso em: 21 de agosto de 2003.

¹⁹⁸ ASSOCIATION OF STATE AND TERRITORIAL DENTAL DIRECTORS. **Best Practices Project.** Disponível em:

<http://www.astdd.org/?template=bp_home.html&shell=best> Acesso em: 17 de março de 2004.

¹⁹⁹ DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND ENVIRONMENT OF COLORADO STATE-USA. **The community guide.** Disponível em:

<<http://thecommunityguide.org/oral/default.htm>> Acesso em: 17 de março de 2004.

²⁰⁰ NATIONAL GOVERNORS ASSOCIATION . **Center for Best Practices.** Disponível em: <<http://www.nga.org/cda/files/cbpbrochure.pdf>> Acesso em: 17 de março de 2004.

²⁰¹ NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH AIDS INSTITUTE. **Promoting oral health care for people with HIV infection.** January, 2004. Disponível em: <http://www.hivguidelines.org/public_html/oralh-bp/oralh-bp.pdf> Acesso em: 18 de março de 2004.

²⁰² TEXAS DEPARTMENT ON AGING. **Best Practice in Oral Hygiene and Dental Care:** Dental Care at Heritage Duval Gardens, Austin, TX. Disponível em: <http://www.dads.state.tx.us/news_info/volunteer/ombudsman/bestpractices/oral_hygein_e.html> Acesso em fevereiro de 2004.

²⁰³ BLUMER, H. **El Interacionismo Simbólico:** perspectiva y método. Barcelona: Hora, 1982. 160p.

²⁰⁴ BENZIES, K.M.; ALLEN, M.N. Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research. **J. Adv. Nurs.**, v.33, n.4, p.541-547, 2001.

²⁰⁵ HAGUETTE, T.M.F. A interação simbólica. In:_____ **Metodologias qualitativas na sociologia.** 8.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

²⁰⁶ DENZIN, N. **The interactionist perspective and the process of theory construction.** In:_____ The research act: a theoretical introduction to sociological methods. 2.ed. New York: McGraw-Hill, 1978.

-
- ²⁰⁷ MORIN, E. **La cabeza bien puesta**: repensar a reformar, reformar o pensamiento. Uenos Aires: Nueva Visión, 1999.
- ²⁰⁸ MORIN, E. **O método IV: as idéias...** Mira-Sintra: Publ. Europa América, 1992.
- ²⁰⁹ MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 6.ed São Paulo: Cortez, 2002.118p.
- ²¹⁰ SANTANA, J.P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão municipal de saúde**. Rio de Janeiro, 2001 (Textos Básicos).
- ²¹¹ CASTRO, C.G.J.; WESTPHAL, M.F. **Modelo de atenção**. In:_____Gestão dos serviços de saúde. São Paulo: Edusp, 2001.
- ²¹² GORTARI, E. **La ciencia de la lógica**. Grijalbo: Ciudad de México, 1979.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Estagiando na Espanha: uma experiência para a formação pessoal e acadêmica

A doutoranda cumpriu um denso programa de estágio no exterior, sob os auspícios da CAPES-MEC e estímulo de sua Orientadora, Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann. Ter estagiado na Faculdade de Odontologia da Universidade de Granada, Espanha, foi um privilégio que enriqueceu sua formação acadêmica e pessoal, durante seis meses, no período de 01.09.2004 a 28.02.2005.

Naquela Instituição, o Professor Dr. José Gil Montoya, do Departamento de Estomatologia, foi responsável pela co-orientação do estágio. Por ser de justiça, cabe registrar o reconhecimento por sua disponibilidade, competência e oportunidades que proporcionou. A doutoranda estagiária muito além de uma visita para conhecer, foi observadora participante, plenamente integrada nas atividades de extensão e pesquisa da UGR conduzidas pelo Prof. Montoya no campo da atenção à saúde bucal de idosos. Na ocasião também contribuiu nas lides docentes, concluiu a elaboração de um manual técnico em saúde bucal dirigido especificamente a cuidadores de idosos e participou da elaboração e aplicação de um projeto de pesquisa junto a residências geriátricas da Andalúcia, reproduzido depois em Santa Catarina.

O convívio e o cuidado dos 250 idosos do Residencial de Armilla, as visitas aos 50 idosos dependentes em regime de atenção/suporte domiciliar, o exame dos idosos hospitalizados, constituíram vivências inestimáveis e contribuíram para o desenvolvimento dos trabalhos de investigação e de confecção desta Tese. De tudo, formou a convicção que a atenção à saúde bucal de idosos, por sua complexidade e interações, constitui um processo social e como tal pode ser estudado e modelado. E mais, que podemos e devemos sair da letargia em que floresce a iniquidade e evoluir na direção de outro estágio desse processo, diferente, inclusivo, numa atitude coletiva e continuada de melhor fazer o cuidado à saúde bucal de nossos idosos.

Adiante se faz uma síntese dos pontos mais relevantes das atividades de cunho docente, investigativo e de observação que viveu.

Vivendo melhores práticas impulsionadas pela Universidade de Granada

- Assistência às aulas das disciplinas “*Gerodontología*” e “*Clínica Odontológica Integral en Pacientes Especiales*” conduzidas pelo Prof. Dr. Gil Montoya. Ressalta-se o caráter inovador do método de ensino na cadeira de “*Gerodontología*” por se tratar de uma disciplina semi-presencial gerenciada pela plataforma WebCT da Universidade de Granada. Envolvimento nas demais responsabilidades das disciplinas, e em especial auxílio nas atividades docentes de organização, supervisão das práticas assistenciais dos alunos em domicílios de pessoas idosas assistidas.
- Acompanhamento da assistência clínica-odontológica a idosos participantes do “*Programa de asistencia dental domiciliaria en la Residencia de Pensionistas de Armilla*”, financiado pela *Consejería de Asuntos Sociales da Junta de Andalucía*. O programa abrange a Residência localizada em Armilla, vizinha de Granada, disponibilizando atendimento a 250 residentes. Destes, aproximadamente 40 necessitavam de terceiros para a realização de procedimentos de cuidado a saúde bucal. Os trabalhos incluíram a programação e execução das tarefas de cuidado à saúde bucal, inclusive a higienização de dentes e próteses, limpeza de mucosa oral, orientação e motivação, outros procedimentos de prevenção que podiam ser realizados *on site* e encaminhamento/acompanhamento ao serviço odontológico especializado do programa. Armilla é um residencial público mantido e operado por organismo do sistema de suporte social e previdência. É dotada de boas condições de infra-estrutura e conta com pessoal suficiente e capacitado. Proporciona um ambiente acolhedor e seguro aos idosos. É um bom exemplo de integração de esforços entre o pessoal de Enfermagem e de Odontologia e outros profissionais da saúde. A UGR, através do programa conduzido pelo Prof. Montoya, cujo convênio com Armilla foi recentemente renovado, tem a

responsabilidade de orientação e supervisão dos cuidados, prestação de atenção básica odontológica e encaminhamento de referência. As tarefas do programa são regulares, sistematizadas e não apenas eventuais/pontuais. Não se verifica entre os idosos um déficit relevante de tratamentos reabilitadores a executar, e a prestação ocorre em fluxo contínuo, sem demora. Há reconhecimento de que a presença da Universidade tem contribuído para elevar o nível de qualificação dos cuidadores nas práticas de cuidado a saúde bucal.

- Acompanhamento do programa *"Asistencia buco dental domiciliaria dirigido a mayores que viven en sus domicilios, con dificultad de movimientos y escasos recursos económicos"*. O Programa conta com a colaboração do *Exmo. Ayuntamiento de Granada* e da empresa prestadora de serviços de suporte social contratada para tal pela municipalidade, a *Abenzoar*. Os cuidados diários a esses idosos dependentes é prestado nos respectivos domicílios pelos cuidadores da *Abenzoar* os quais se integram com a universidade para melhor qualificar as práticas de cuidado odontológico, complementadas com a atuação dos alunos da graduação. Os alunos visitam e intervêm nos idosos sempre sob orientação de um profissional dentista.

- Participação no planejamento da expansão do *"Programa de Asistencia Bucodental Domiciliaria"* levando-o a idosos freqüentadores dos *"Centros Dia"* da Província de Granada conveniados com a Junta de Andalucía. Esses centros, alguns visitados pela doutoranda estagiária em função do plano em elaboração, são ambientes que acolhem os idosos durante o período diurno, facilitando e liberando os seus familiares para o trabalho fora da residência. Esses centros são vistos não só como espaços de convivência, mas também como oportunidade para viabilizar a oferta de melhores cuidados à saúde dos idosos.

- Participação como professora convidada em duas oportunidades. Uma na disciplina *"Estágio Supervisionado"* no curso de Graduação em Terapia Ocupacional com o tema: *"Cuidado a la salud oral de mayores: la integración Odontología y Terapia Ocupacional"*. Outra na formação

complementar de Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiros do Hospital Universitário San Rafael com o tema: *“Cuidado a salud buco dental de pacientes ingresados: presentación del protocolo de actuación”*.

- Durante o estágio a doutoranda finalizou a elaboração, que havia iniciado no Brasil, de um manual técnico que aproxima saberes entre a Odontologia e a Enfermagem. O manual “Melhores Práticas no Cuidado a Saúde Bucal de Idosos” está dirigido especialmente aos cuidadores de idosos. O trabalho de autoria da Doutoranda com o apoio acadêmico da Profa. Alacoque Lorenzini Erdmann e do Prof. Gil Montoya foi editado com o patrocínio do Programa PROEXTENSÃO da UFSC e contou com a contribuição do CCS-UFSC e da Secretaria de Estado da Saúde para a sua distribuição.
- Acompanhamento e participação nas atividades de investigação desenvolvidas pelo Prof. Gil Montoya e sua equipe, nos seguintes projetos de pesquisa que já estavam em andamento: *“Rehabilitación de mayores discapacitados en las tareas de higiene oral diaria por los terapeutas ocupacionales”* e *“Ensayo clínico: intervención de higiene oral semanal por higienista dental en residencias geriátricas”*. Neste último a doutoranda estagiária colaborou na coleta de dados clínicos mediante exame nos grupos teste e controle. Durante todo período de estágio colaborou na realização semanal da intervenção (higiene bucal profissional de acordo com protocolo do projeto de pesquisa) em um grupo de idosos com alto grau de dependência para a realização das atividades de vida diária.
- Participação no desenho e aplicação de um protocolo de cuidados a saúde bucal para o *Hospital Universitario San Rafael*. O hospital é gerenciado pela *Orden San Juan de Dios* e está situado na cidade de Granada. Possui aproximadamente 160 leitos divididos em Unidades de Reabilitação, Cuidados Paliativos e outras. Atende a um público em sua maioria composto por pessoas idosas. Para o desenvolvimento do protocolo foi realizado inicialmente um diagnóstico organizacional por meio de questionário aplicado a 55 Auxiliares de Enfermagem e

Enfermeiros e um diagnóstico epidemiológico das condições de saúde bucal dos pacientes, atividades que contaram com o trabalho da doutoranda estagiária. Para apresentação e discussão do protocolo foi organizada uma Jornada de Saúde Bucal, momento em que a doutoranda estagiária participou como palestrante. Contou-se com a efetiva colaboração da Diretoria de Enfermagem, e de toda sua equipe, que proporcionaram informações e infra-estrutura.

- Concepção, desenvolvimento e execução de um projeto de investigação, especialmente desenhado para esse período do estágio, com o tema *“Encuesta sobre la asistencia de salud buco dental en residencias de ancianos de la Comunidad Autónoma de Andalucía”*, cujo detalhamento e resultados estão relatados adiante.

A realização do Estágio, além de contribuir para a sua formação e preparação docente, está refletido, ainda que de modo difuso, na confecção deste trabalho. O estágio proporcionou o contato com diferentes realidades e experiências no seu campo de investigação e o profícuo relacionamento com outras pessoas que também vêm desenvolvendo atividades docentes e de investigação no campo do cuidado a saúde bucal da pessoa idosa.

Importante destacar a oportunidade de ter vivido de perto a integração e a parceria de docentes, profissionais e acadêmicos da enfermagem, odontologia, e terapia ocupacional na construção e aplicação de saberes interdisciplinares.

Investigando a assistência em saúde bucal aos idosos residentes no universo das instituições de longa permanência andaluzas e catarinenses

Contextualização e objetivo

Neste projeto, sob o título “Levantamento da assistência em saúde bucal em instituições de longa permanência para idosos da Comunidade Autônoma de Andalucía e do Estado de Santa Catarina” a doutoranda estagiária pretendeu, com a orientação do Prof. Gil Montoya e apoio de sua equipe, levantar aspectos gerais da assistência à saúde bucal nas residências

geriátricas da Comunidade Autónoma da Andalucía e do Estado de Santa Catarina. Após a construção do instrumento de coleta e dos contatos institucionais necessários, enviaram-se os questionários, do tipo fechado, aos diretores de 570 casas, constantes do cadastro oficial da *Junta de Andalucía*.

Para o desenvolvimento da pesquisa contou-se com o apoio logístico e de infra-estrutura do Departamento de Estomatologia e do Grupo de Investigação em Gerodontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Granada. Contou-se ainda com a participação institucional da *Consejería para la Igualdad y Bienestar Social da Junta de Andalucía* que apoiou formalmente a pesquisa e facilitou o envio dos questionários. Posteriormente, a mesma pesquisa foi aplicada nas instituições (78) de longa permanência do Estado de Santa Catarina, por ocasião do retorno da doutoranda estagiária ao Brasil.

Suporte social, saúde e o processo de envelhecimento populacional na Espanha¹

O contingente de espanhóis idosos é formado por 7.276.620 pessoas com 65 anos ou mais, representando 17% da população. A Espanha ocupa o quinto lugar na União Européia quanto ao número absoluto de idosos. Na Andalucía, as pessoas com 65 anos ou mais representam 14,8% da população.

Os dois fenômenos que explicam o envelhecimento populacional espanhol são a queda das taxas de fecundidade, que hoje é de 1,3 filhos por mulher, e o aumento da expectativa de vida, que hoje é de 78,7 anos no momento do nascimento (82,1 anos para as mulheres e 75,2 para homens). Para aqueles que alcançam a idade de 65 anos, a expectativa de vida é de 83,2 anos (81,1 para homens e 85,0 para mulheres), aspecto que merece destaque.

Nos últimos 30 anos, a população de idosos duplicou e voltará a duplicar nos próximos cinquenta. Outro dado impressionante é o crescimento da quantidade de pessoas com mais de 80 anos (octogenários), indicando um

¹ Dados extraídos do documento “*Las personas mayores en España – Informe 2004*”, publicado em julho de 2005 e disponível em:

<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/index.html>

processo de envelhecimento daqueles que já são considerados “velhos”. Atualmente os octogenários representam 4,1% da população idosa espanhola e em 2050 alcançarão 10%.

O estado de saúde dos idosos espanhóis é auto-referido como bom por 32,5%. O tipo de enfermidade (auto-declarada) de que mais padecem os idosos é de ordem osteomuscular (artrose, reumatismo). Dos idosos que necessitaram sofrer internação hospitalar 23% são atendidos por doenças do aparelho circulatório (primeira causa de morte), 12,5% por doenças do aparelho digestivo, 12,4% do respiratório e 11% para tratamento de câncer (segunda causa de morte).

Um de cada três idosos apresenta algum tipo de incapacidade (32,2%) e dois de cada três no grupo de idosos 80 anos ou mais (63,3%). Entre os 65 e os 79 anos, 20,9% das pessoas apresentam alguma dificuldade para realizar as atividades da vida diária (básicas e instrumentais), já no grupo dos 80 anos ou mais a porcentagem se eleva para 59,8%. As dificuldades mais freqüentes referem-se à mobilidade do corpo e de membros superiores e inferiores.

As mulheres dependentes são cuidadas principalmente por suas filhas em 36,7% dos casos, por outros parentes em 19,7%, pelo próprio marido em 14,9%, por um filho em 6,3% e por empregados, profissionais de empresas ou de serviços sociais apenas em 3,7%. Os homens dependentes são cuidados por suas mulheres em 44,6%, por uma filha em 21,3% e por outros familiares em 12%.

Por conseqüência da oferta universal, pública e gratuita de serviços de saúde, 99,7% da população espanhola está coberta pelo sistema público, e um pouco mais de 10% possui também algum tipo de seguro de saúde privado. A universalização da cobertura pública e o financiamento dos seguros privados consolidaram-se nos últimos anos.

A utilização dos serviços odontológicos tem forte relação com fatores sociais e familiares. Em 1997, 16% dos idosos manifestaram ter visitado o dentista nos últimos seis meses e mais de 40% destes visitaram mais de uma vez nesse período. As mulheres e os mais jovens são os grupos que mais procuram a atenção odontológica.

Os serviços de suporte social dirigidos aos idosos compreendem os Serviços de Atenção ao Domicílio, os Serviços de Atenção Diurna (centros dia) e os Serviços Residenciais. O índice de cobertura das duas primeiras modalidades

é de 5,19%. Os serviços residenciais oferecem uma cobertura de 3,6 vagas por 100 pessoas com 65 anos ou mais.

Existem 4.888 instituições do tipo residências geriátricas na Espanha (1.002 públicas) fornecendo 266.392 vagas (65.560 públicas). Sessenta por cento das vagas são destinadas a idosos dependentes. A maioria dos centros residenciais dispõe de menos de 50 vagas (60%) e entre 50 e 100 vagas (25%).

Deve-se considerar a relevante participação do setor privado, tanto na oferta de vagas como no financiamento: de cada 100 centros residenciais, 80 são privados e 20 são públicos.

Com relação à gestão e financiamento das vagas, 75 de cada 100 são gerenciadas por entidades privadas, que oferecem vagas financiadas integralmente pelo usuário (57 de cada 100) ou em regime de convênio (18 de cada 100), que se financiam com contribuições do setor público e participação do usuário. O restante das vagas (25 de cada 100) são gerenciadas pelo setor público e financiadas em regime de co-pagamento (com contribuição do usuário). Das 3,6 vagas por 100 idosos, duas são financiadas pelo usuário mediante preço de mercado e 1,6 tem financiamento misto (público ou conveniado).

Alguns procedimentos metodológicos

Depois de uma fase de demonstração do propósito da investigação, foi obtido o apoio da *Consejería para la Igualdad y Bienstar Social da Junta de Andalucía* que forneceu a listagem com nome e endereço de Residências Geriátricas de seu cadastro. Em Santa Catarina há deficiência de cadastramento e foi utilizada uma listagem fornecida pelo Ministério Público Estadual.

Para cada uma das instituições foi enviado por correio um envelope contendo: uma carta de apresentação, o questionário a ser preenchido e um envelope selado para que o questionário pudesse ser devolvido aos pesquisadores. As cartas de apresentação foram firmadas, em Granada pela *Consejeria* e em Santa Catarina pela Direção do Centro de Ciências da Saúde da UFSC. O questionário deveria ser respondido pelo dirigente ou por enfermeiro ou por profissional da saúde responsável pela instituição.

Os questionários eram compostos de duas seções: a primeira referente a dados gerais da instituição (natureza, perfil dos residentes e recursos humanos) e a segunda referente à assistência em saúde bucal realizada na instituição. A versão em espanhol (Apêndice 4), a primeira a ser confeccionada e aplicada, depois foi traduzida para o português (Apêndice 5). Na tradução foram feitas adaptações nas questões relativas à natureza das instituições e recursos humanos, respeitando as particularidades brasileiras.

Resultados da pesquisa: uma síntese

A taxa de resposta foi considerada baixa. Nas instituições andaluzas, obteve-se um percentual de resposta de 27% (152 questionários devolvidos) e em Santa Catarina 37% (29 questionários devolvidos).

a) Em Santa Catarina das 29 instituições respondentes, 5 eram de natureza “privada não filantrópica” e 24 de natureza “filantrópica” (privada sem fins lucrativos) e nenhuma pública. Das instituições respondentes da Andalucía, 31 eram públicas, 66 privadas sem vagas conveniadas com o setor público e 55 privadas com vagas conveniadas com o setor público. O número médio de vagas conveniadas por instituição é 13.

b) O perfil dos idosos residentes nas instituições está resumido nos quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Características dos idosos residentes nas instituições de longa permanência (n=29). Santa Catarina, 2005

	mínimo	máximo	média
Número de residentes	5	100	37,2
Número de homens	0	40	12,4
Número de mulheres	2	75	24,8
Idosos independentes	0	60	12,5
Idosos parcialmente dependentes	0	45	13,0
Idosos totalmente dependentes	0	35	11,7

**Quadro 2 - Características dos idosos residentes em residências geriátricas (n=152).
Andalucía, 2005**

	mínimo	máximo	média
Número de residentes	9	433	57,3
Número de homens	0	174	21,7
Número de mulheres	0	259	35,6
Idosos independentes	0	120	15,0
Idosos parcialmente dependentes	0	114	20,3
Idosos totalmente dependentes	0	273	22,0

c) Os dados sobre os recursos humanos disponíveis nas instituições encontram-se resumidos nos quadros 3 e 4.

Quadro 3 - Recursos humanos contratados nas instituições de longa permanência (n=29). Santa Catarina, 2005.

	mínimo	máximo	média
Auxiliares de Enfermagem	0	9	1,59
Técnicos de Enfermagem	0	11	2,14
Assistentes Sociais	0	3	0,7
Enfermeiros	0	2	0,6
Médicos	0	2	0,6
Fisioterapeutas	0	2	0,7
Terapeuta ocupacional	0	1	0,5
Dentistas	0	1	0,3
Psicólogos	0	1	0,4

Quadro 4 - Recursos Humanos contratados nas residências geriátricas (n=152). Andaluçia, 2005.

	mínimo	máximo	média
Auxiliares de Enfermagem	0	121	13,0
Enfermeiros	0	26	2,1
Médicos	0	5	0,8
Assistentes Sociais	0	3	0,7
Terapeuta ocupacional	0	3	0,5
Psicólogos	0	2	0,6
Podólogos	0	2	0,5
Higienistas dentais	0	2	0,1
Dentistas	0	1	0,2

d) O percentual de instituições que faz avaliação e registro das condições de saúde bucal dos seus residentes e em que circunstâncias efetua a reavaliação encontra-se nos quadros 5 a 8.

Quadro 5 - Registro das condições de saúde bucal dos idosos residentes em instituições de longa permanência (n=29). Santa Catarina, 2005.

	n	%
Sim	8	27,6
Não	14	48,3
Às vezes	7	24,1

Quadro 6 - Circunstância de avaliação das condições de saúde bucal dos idosos residentes em instituições de longa permanência (n=17) (58,6%). Santa Catarina, 2005.

	n	%
Periodicamente	3	17,6
Quando existe problema/necessidade	13	76,5
Outra circunstância*	1	5,9

* visita de alunos do curso de Odontologia

Quadro 7 - Registro das condições de saúde bucal dos idosos residentes em residências geriátricas (n=150). Andalucía, 2005.

	n	%
Sim	52	34,9
Não	58	38,9
Às vezes	39	26,2

Quadro 8 - Circunstância de avaliação das condições de saúde bucal dos idosos de residências geriátricas (n=112) (73,7%). Andalucía, 2005.

	n	%
No momento da admissão	3	2,7
Periodicamente	15	13,4
Quando existe problema/necessidade	89	79,5
Outra circunstância	5	4,4

e) A modalidade da assistência odontológica prestada encontra-se nos quadros 9 e 10.

Quadro 1 - Modalidade da assistência odontológica (n=29). Santa Catarina, 2005.

	n*	%
Encaminha ao centro de saúde	14	48,3
Encaminha ao dentista privado	11	37,9
É atendido na instituição	5	17,2
Avisa ao familiar	4	13,8

*alguns responderam mais de uma alternativa

Quadro 10 - Modalidade de assistência odontológica (n=152). Andalucía, 2005.

	n*	%
Encaminha ao centro de saúde	102	67,1
Encaminha ao dentista privado	75	49,3
É atendido na instituição	2	1,3
Avisa ao familiar	44	28,9

*alguns responderam mais de uma alternativa

f) De 28 instituições respondentes em Santa Catarina, 15 (53,6%) consideram a assistência em saúde bucal suficiente/adequada às demandas dos idosos. Na Andalucía, das 149 instituições que se manifestaram, 45 responderam ser suficiente a assistência à saúde bucal em suas instituições (30,2%).

g) Dados sobre a realização de higiene bucal sistemática nos idosos residentes e tipo de procedimentos executados encontram-se nos quadros 11 a 16.

Quadro 11 - Instituições que realizam higiene bucal sistemática (n=29). Santa Catarina, 2005.

	n	%
Sim	21	72,4
Somente em alguns casos	7	24,1
Não	1	3,4

Quadro 12 - Residências geripatricas que realizam higiene bucal sistemática (n=148). Andalucía, 2005.

	n	%
Sim	99	66,9
Somente em alguns casos	42	28,4
Não	7	4,7

Quadro 13 - Procedimentos de higiene bucal realizados sistematicamente nas instituições (n=29). Santa Catarina, 2005.

	n*	%
Escovação de dentes	24	82,8
Escovação da língua	14	48,3
Escovação das próteses	27	93,1
Limpeza com gaze	11	37,9
Enxágüe das próteses	16	55,2
Bochechos com soluções	13	44,8
Bochechos com água	14	48,3
Uso do fio dental	6	20,7

*alguns responderam mais de uma alternativa

Quadro 14 - Procedimentos de higiene bucal realizados sistematicamente nas residências geriátricas (n=143). Andalucia, 2005.

	n*	%
Escovação de dentes	96	67,1
Escovação das próteses	92	64,3
Limpeza com gaze	38	26,6
Enxágüe das próteses	81	56,6
Bochechos com soluções	106	74,1
Bochechos com água	17	11,9
Uso do fio dental	1	0,7

*alguns responderam mais de uma alternativa

h) Os motivos que levam as instituições a não realizar a higiene bucal dos idosos residentes encontram-se expostos nos quadros 18 e 19.

Quadro 15 - Motivos para não fazer higiene bucal sistemática (n=14). Santa Catarina, 2005

	n*	%
Falta de tempo	7	50,0
Falta de material	4	28,5
Falta de conhecimento dos cuidadores	4	28,5
Falta de treinamento dos cuidadores	6	42,8
Não ter dentista na instituição	9	64,3
Falta de cooperação do idoso	11	78,5

*alguns responderam mais de uma alternativa

Quadro 16 - Motivos para não fazer higiene bucal sistemática (n=72). Andalucía, 2005.

	n*	%
Falta de tempo	28	38,9
Falta de material	26	36,1
Falta de conhecimento dos cuidadores	21	29,2
Falta de treinamento dos cuidadores	26	35,6
Não ter dentista na instituição	24	33,3
Falta de cooperação do idoso	49	67,1

*alguns responderam mais de uma alternativa

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Ana Lucia Ferreira de Mello e estou desenvolvendo a pesquisa “*A SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA PERSPECTIVA DO PROCESSO DE VIVER E ENVELHECER SAUDÁVEL: a busca dos significados das práticas de cuidado*”, com o objetivo de construir uma teoria sobre os significados das práticas de cuidado a saúde bucal de idosos residentes em instituições geriátricas. Este estudo é necessário para elaboração da minha tese de Doutorado em Enfermagem e será realizado por meio de uma entrevista. Isto não trará riscos e desconfortos para o senhor/senhora, mas esperamos que traga benefícios no que diz respeito ao entendimento/compreensão do significado do cuidado a saúde bucal e conseqüentemente melhorias nas práticas de cuidado. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato comigo pelo telefone **234-5406**. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.



Pesquisador principal: Ana Lúcia Ferreira de Mello



Pesquisador responsável: Prof. Alacoque Lorenzini Erdmann

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa “*A SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA PERSPECTIVA DO PROCESSO DE VIVER E ENVELHECER SAUDÁVEL: a busca dos significados das práticas de cuidado*” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

_____, ____/____/____.

Assinatura: _____ RG: _____

APÊNDICE 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PESSOAL DE ENFERMAGEM

DATA	
INSTITUIÇÃO	
NOME	
CODINOME	
PROFISSÃO	
IDADE	
SEXO	
TEMPO EXPERIÊNCIA	
TERMO DE CONSENTIMENTO	

ROTEIRO

- O que significa saúde bucal para você?
- O que significa cuidar/cuidado à saúde bucal?
- O que significa cuidar/cuidado a saúde bucal dos idosos que estão ao seu cargo?
- Como acontecem as relações de cuidado à saúde bucal dos idosos no seu cotidiano?
- Que práticas são evidenciadas por essas relações/interações?
- Qual o significado destas práticas?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
IDOSOS

DATA	
INSTITUIÇÃO	
NOME	
CODINOME	
PROFISSÃO	
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	
IDADE	
SEXO	
TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO	
PRINCIPAIS ENFERMIDADES	
TERMO DE CONSENTIMENTO	

ROTEIRO

- O que significa saúde bucal para você?
- O que significa cuidar/cuidado à saúde bucal?
- Como o senhor(a) cuida da sua saúde bucal/boca/dentes (práticas e hábitos)?
- Quem auxilia/ajuda nesse cuidado? O que/Como faz?
- O que significa cuidar da sua saúde bucal/boca/dentes?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
DEMAIS GRUPOS

DATA	
INSTITUIÇÃO	
NOME	
CODINOME	
PROFISSÃO	
IDADE	
SEXO	
TEMPO EXPERIÊNCIA	
TERMO DE CONSENTIMENTO	

ROTEIRO

- O que significa cuidar /cuidado a saúde bucal dos idosos?
- Como acontecem as relações do serviço de saúde bucal em relação a população idosa?
- Que práticas são evidenciadas por essas relações/interações?
- De que modo as políticas públicas interferem ou estão interferindo na atenção a saúde bucal do idoso?
- Quais as melhorias que poderiam ser implementadas?

APÊNDICE 4

Categorias, Subcategorias e Componentes de Análise

Categoria Central: “Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência”

Categoria: “Atribuindo significado à saúde bucal”

- *Reconhecendo a amplitude do conceito de saúde bucal*
- *Contrastando a doença e a saúde bucal*
- *Atribuindo valor à saúde bucal*
- *Exercendo/demonstrando potencialidades com a saúde bucal*
 - Exercendo/demonstrando potencialidades fisiológicas
 - Exercendo/demonstrando potencialidades sensoriais
 - Exercendo/demonstrando potencialidades estéticas
 - Demonstrando potencialidades emocionais
- *Percebendo/observando a saúde bucal do outro*
- *Associando saúde bucal às estruturas bucais*
- *Percebendo a sua saúde bucal*
 - Convivendo com patologias bucais
 - Limitando-se pelas condições de saúde bucal
 - Expondo a sua condição de saúde bucal atual
- *Integrando a saúde bucal na saúde*
 - Relacionando saúde bucal à saúde
 - Relacionando saúde à saúde bucal
- *Relacionando saúde bucal às práticas de cuidado*
- *O imaginário e a saúde bucal*
- *Sentindo dor/desconforto*
- *A atenção à saúde bucal: prioridades e valores*
- *Compreendendo a saúde bucal como fundamento para dignidade humana e cidadania*

Categoria: “Determinando as condições de saúde bucal”

- *Cuidando de sua saúde bucal*
 - Revelando práticas de autocuidado
 - Seguindo as orientações de cuidado fornecidas pelo dentista

- *Demonstrando a importância da informação/orientação/educação na saúde bucal*
 - Não possuindo informação suficiente sobre saúde bucal
 - Buscando informação sobre saúde bucal
- *Relacionando as condições de saúde bucal com serviços de saúde*
- *Revelando medo do dentista*
- *Relacionando a saúde bucal a vivências e ao cotidiano*
 - Relacionando a saúde bucal ao estilo de vida
 - Relacionando a saúde bucal à situação de renda pessoal
 - Relacionando a saúde bucal ao contexto familiar
 - Relacionando a saúde bucal a hábitos alimentares
- *Vivendo o ontem e o hoje na saúde bucal e na Odontologia*
 - Percebendo mudanças no quadro epidemiológico
 - Disseminando informações e surgindo o debate sobre saúde bucal
 - Alterando o comportamento com relação às práticas de cuidado à saúde bucal
 - Percebendo mudanças na postura e na formação do profissional dentista
 - Percebendo mudanças na relação profissional-paciente

Categoria: “A saúde bucal e o processo de envelhecimento”

- *Conhecendo e descrevendo o ser idoso*
 - (Re)vivendo o passado
 - Definindo o ser idoso
 - Percebendo o corpo e a saúde do idoso
 - Percebendo a saúde bucal do idoso
 - Tornando-se idoso dependente
- *Cuidando da saúde/sendo cuidado (o idoso)*
 - Realizando práticas de cuidado à saúde
 - Ações educativas como um modo de cuidar
- *Caracterizando a saúde bucal do idoso*
 - Perdendo dentes
 - Substituindo dentes por próteses
 - Especificidades da saúde bucal do idoso
- *Cuidando da saúde bucal do idoso*
 - As especificidades do cuidado à saúde bucal do idoso
 - As dificuldades do idoso para cuidar da saúde bucal
- *Cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado*
 - Fazendo a higiene bucal dos idosos
 - Auxiliando os idosos na higiene bucal
 - Motivando/estimulando os idosos para o autocuidado à saúde bucal
- *Continuidade do cuidado à saúde ao longo da vida*

- Cuidando da saúde e pensando no envelhecimento
- Continuidade do cuidado à saúde bucal ao longo da vida
- *O comportamento do idoso em relação à sua saúde bucal*
 - Revelando sentimentos e atitudes do idoso para com a sua saúde bucal
 - Revelando o comportamento do idoso em relação à higiene bucal
 - Revelando o comportamento do idoso em relação à busca por tratamento odontológico
- *Vivendo em uma instituição de longa permanência*
 - Passando a viver em uma instituição de longa permanência
 - Sendo idoso institucionalizado
 - A condição de saúde bucal do idoso institucionalizado
 - Determinantes da saúde bucal do idoso institucionalizado
 - Vivendo a instituição e suas regras
- *Observando o impacto do envelhecimento*
 - O impacto do envelhecimento na sociedade
 - O impacto do envelhecimento nos serviços de saúde
 - O impacto do envelhecimento nos serviços de saúde bucal
 - O impacto do envelhecimento na saúde bucal do idoso institucionalizado

Categoria: “Revelando as interações que se estabelecem no cuidado à saúde bucal do idoso”

- *Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado*
 - Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado do idoso
 - Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado à saúde bucal
 - Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado
 - Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado do idoso dependente
 - Estabelecendo o papel da Enfermagem no cuidado do idoso independente
- *Valorizando o trabalho da Enfermagem*
- *Estreitando o relacionamento cuidador – idoso*
 - Percebendo o cuidar de si - cuidar do outro
 - Colocando-se (o cuidador) no lugar do idoso
 - Fazendo a higiene bucal pelo idoso e pensando no resultado da sua ação
 - Praticando com deficiência a higiene bucal dos idosos
- *Enumerando requisitos para ser um cuidador de idosos*
- *Revelando sentimentos derivados da relação de cuidado*

- *Cuidando da saúde bucal do idoso a sua maneira*
- *Recebendo as queixas e registrando problemas de saúde bucal dos idosos*
- *Formando o profissional de Enfermagem na temática da saúde bucal*
- *Necessitando interdisciplinaridade no cuidado à saúde bucal*
- *Definindo o papel do dentista no cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado*
- *Convivendo com as dificuldades de se cuidar da saúde bucal do idoso institucionalizado*
 - Pontuando as dificuldades do cuidador ao realizar práticas de cuidado à saúde bucal
 - Superando dificuldades (o cuidador) ao realizar práticas de cuidado à saúde bucal

Categoria: “Gerindo o cuidado à saúde bucal em uma instituição de longa permanência para idosos”

- *Historiando o cuidado à saúde bucal na instituição*
- *Identificando hábitos e práticas de cuidado à saúde bucal na instituição*
 - Inserir o cuidado à saúde bucal na instituição
 - Fazendo a higiene bucal dos idosos institucionalizados: o que e como
 - Fazendo a higiene bucal dos idosos institucionalizados: quando
 - Fazendo a higiene bucal dos idosos institucionalizados: os materiais utilizados
 - Vivendo o conflito de prioridades
- *Identificando dificuldades operacionais/gerenciais na instituição*
 - Pontuando as dificuldades da instituição de longa permanência no cuidado do idoso
 - Identificando dificuldades da instituição de longa permanência no cuidado à saúde bucal do idoso
- *Gerindo as finanças da instituição*
- *Modificando rotinas em virtude das condições de saúde bucal dos idosos*
- *Expondo o relacionamento com os serviços de saúde*
- *Localizando a participação da família no processo de cuidar do idoso institucionalizado*
 - Identificando o papel da família no cuidado do idoso institucionalizado
 - Identificando o papel da família no cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado
- *Buscando atendimento às necessidades de saúde bucal dos idosos institucionalizados*
 - Administrando a execução do atendimento
 - Administrando a provisão do atendimento
- *Mostrando o desempenho dos empregados e voluntários na instituição*
- *Profissionalizando o cuidado no âmbito das instituições de longa permanência para idosos*
- *Determinando a função da instituição de longa permanência para idosos*

- *Respeitando os valores da entidade mantenedora*

Categoria: “Inserindo o cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional”

- *Considerando questões do cuidado à saúde bucal no âmbito jurídico*
 - Percebendo a saúde como direito
 - Reafirmando o papel do Estado no campo da saúde
- *Considerando questões econômicas relacionadas ao cuidado à saúde bucal*
- *Considerando o papel das organizações de saúde*
 - Analisando a estrutura e a operação dos serviços públicos de saúde
 - Analisando a estrutura e operação dos serviços públicos de saúde bucal
 - Analisando a estrutura e operação dos serviços públicos de saúde voltados para o idoso
 - Apontando faltas e deficiências dos serviços públicos de saúde
 - O relacionamento do serviço de saúde e saúde bucal e seus profissionais com o idoso
 - Reconhecendo a necessidade da aplicação de ferramentas apropriadas de gestão
 - Gerindo os serviços de saúde bucal
- *Considerando as políticas públicas relacionadas à saúde e ao idoso*
 - Refletindo sobre políticas públicas
 - Identificando a saúde bucal como problema de saúde pública
 - Apontando a ausência do poder público
 - Reconhecendo a necessidade da participação do dentista na formulação de políticas públicas
 - Formando o cirurgião-dentista para o atendimento do idoso

Categoria: “Vislumbrando possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso”

- *Vislumbrando possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso*
- *Vislumbrando possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal no ambiente da instituição de longa permanência para idosos*
- *Construindo espaços de transformação*

APÉNDICE 5

UNIVERSIDAD DE GRANADA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL JUNTA DE ANDALUCÍA
 ugr Universidad de Granada Fundada en 1531	

Por favor responda las cuestiones completando los campos o rodee con un círculo la respuesta elegida:

¿Cuál es la naturaleza de la Residencia?

1. pública
 2. privada SIN plazas concertadas
 3. privada CON plazas concertadas
- ¿Cuántas plazas concertadas? _____

¿Cuántos mayores viven en su Residencia?

Total _____
Hombres _____
Mujeres _____

Con relación al nivel de dependencia, ¿cuántos mayores son realmente...?

Independientes _____
Parcialmente dependientes _____
Totalmente dependientes _____

Sobre los Recursos Humanos en Salud, ¿cuántos profesionales trabajan en su Residencia?

Auxiliares de enfermería _____	Asistentes sociales _____
Auxiliares de clínica/Higienista dental _____	Terapeutas ocupacionales _____
Enfermeros/as _____	Dentistas _____
Médicos/as _____	Podólogo _____
Psicólogos/as _____	Otros _____

En el momento de la admisión de los mayores en su Residencia, ¿son registradas las condiciones de salud bucodental?

1. si
2. no
3. a veces

En caso afirmativo ¿en que circunstancia se evalúa la salud bucodental de los residentes?

1. solamente en el momento de la admisión
2. periódicamente, por lo menos una vez al año
3. cuando existe algún problema/necesidad
4. otra _____

¿Cómo actúan ante un problema/necesidad de salud bucodental presentado por los mayores?

1. Se derivan a los Centros de Salud correspondientes
2. Se derivan a un dentista privado
3. Se atienden en el servicio odontológico de la Residencia
4. Se avisa a un familiar para que soluciones el problema.

¿Cree usted que las vías de asistencia dental anteriormente comentadas son suficientes para cubrir las necesidades de sus mayores?

1. si
2. no

¿Cree usted que sería conveniente introducir en las prestaciones de la Residencia un servicio permanente de Odontología?

1. si
2. no

¿Los cuidadores del centro realizan una higiene sistemática de dientes y prótesis dentales a los mayores que sean dependientes para los cuidados personales?

1. si
2. sólo en algunos casos
3. no

En caso afirmativo, ¿Cómo lo hacen? (puedes poner más de un ítem)

1. cepillando los dientes con cepillo normal o eléctrico
2. cepillando las prótesis con cepillo normal o eléctrico
3. limpiando dientes o prótesis con gasas estériles
4. enjuagando las prótesis
5. facilitando enjuagues bucales con antisépticos
6. facilitando enjuagues bucales solo con agua
7. usando el hilo dental
8. motivando o supervisando los mayores para realizar su propia higiene bucal
9. otros _____

En caso negativo o si solo se hace la higiene en algunos mayores

¿Cuáles son las razones para que no realicen una higiene sistemática en todos? (puedes poner más de un ítem)

1. por no tener un dentista periódicamente en la residencia
2. falta de tiempo de los profesionales cuidadores
3. falta de materiales o equipamientos odontológicos
4. falta de conocimientos sobre cuidados de salud bucodental de los mayores

5. falta de entrenamiento practico en cuidados de salud bucodental de los mayores
6. poca cooperación de los mayores
7. otras_____

APÊNDICE 6



Por favor, responda completando os campos ou circulando a resposta selecionada:

Qual a natureza de sua Residência?

1. pública
2. privada
3. filantrópica

Quantos idosos (pessoas com mais de 60 anos) moram em sua Residência?

Total _____
 Homens _____
 Mulheres _____

Com relação ao nível de dependência quantos idosos são:

Independentes _____
 Parcialmente dependentes _____
 Totalmente dependentes _____

Sobre os Recursos Humanos em Saúde, quantos profissionais trabalham em sua Residência?

Categoria	Contratados	Voluntários
Auxiliar de Enfermagem		
Técnico/a de Enfermagem		
Enfermeiro/a		
Médico/a		
Psicólogo/a		
Assistente social		
Fisioterapeuta		
Dentista		
Terapeuta ocupacional		
Outros:		

Por ocasião da admissão do idoso na Residência, as suas condições de saúde bucal são registradas?

1. Sim
2. Não
3. Às vezes

Apenas em caso afirmativo (pergunta V), por favor indique em que circunstâncias são avaliadas as condições de saúde bucal dos residentes?

1. Somente no momento da admissão
2. Periodicamente pelo menos uma vez ao ano
3. Quando existe algum problema/necessidade
4. Outra (mencione): _____

Qual o procedimento mais comum quando surge um problema/necessidade de saúde bucal apresentado/a pelos idosos?

1. Encaminha-se à Unidade (Centro, Posto) de Saúde correspondente
2. Encaminha-se a um dentista (ou clínica) particular
3. É providenciado o atendimento pelo serviço odontológico da Residência
4. Avisa-se a um familiar para que solucione o problema
5. Outro (mencione): _____

O(A) Senhor(a) julga que a assistência odontológica disponível é suficiente para cobrir as demandas/necessidades dos seus idosos?

1. Sim
2. Não

Os Cuidadores na sua Residência realizam uma higiene sistemática de dentes e próteses dentais dos idosos dependentes para os cuidados pessoais?

1. Sim
2. Somente em alguns casos
3. Não

Em caso afirmativo (pergunta X), o que fazem os Cuidadores? (pode marcar mais de um item)

1. Escovação de dentes
2. Escovação da língua
3. Escovação de próteses
4. Limpeza dos dentes ou próteses com gaze
5. Enxágües das próteses
6. Bochechos com soluções orais anti-sépticas
7. Bochechos com água
8. Uso do fio dental
9. Outros (mencione): _____

Em caso negativo ou se “somente em alguns casos” (pergunta X), quais as razões para que não seja realizada uma higiene bucal sistemática em todos os idosos dependentes para este cuidado pessoal? (pode marcar mais de um item)

1. Por não dispor de um dentista periodicamente na residência
2. Falta de tempo dos profissionais cuidadores
3. Falta de materiais ou equipamentos odontológicos
4. Falta de conhecimentos sobre cuidados de saúde bucal de idosos
5. Falta de treinamento pratico em cuidados de saúde bucal de idosos
6. Pouca cooperação dos idosos
7. Outras (mencione): _____

Cargo ou atividade do(a) Respondente na Instituição: _____

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
 Parecer Consubstanciado Projeto nº 183/2004

I - Identificação

Data de entrada no CEP: 07/05/2004

Título do Projeto: A SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA PERSPECTIVA DO PROCESSO DE VIVER E ENVELHECER SAUDÁVEL: A BUSCA DOS SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DE CUIDADO.

Pesquisador Responsável: Pro^{fa} Alacoque Lorenzini Erdmann

Pesquisador Principal: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Propósito: Doutorado.

Instituição onde se realizará: Sociedade Espírita de Recuperação, Trabalho e Educação -- SERTE.

II- Objetivos: Geral: Construir uma teoria substantiva sobre a expressão dos significados das práticas de cuidado a saúde em que vivem e do Estado/Governo, com destaque para a promoção da saúde na responsabilidade individual, profissional, institucional, familiar e estatal/governamental na perspectiva do processo de viver e envelhecer saudável.

III- Sumário do Projeto: Este projeto pretende atingir seus objetivos através de "uma pesquisa qualitativa que utilizará os referenciais teóricos/metodológicos, do interacionismo Simbólico e a metodologia da Teoria fundamentada nos dados (Grounded Theory)." O número inicial de sujeitos é 37, distribuídos entre idosos, familiares, cuidadores das instituições, dirigentes de instituições e gestores públicos de saúde.

IV- Comentários: Trata-se de uma pesquisa com um tema social e cientificamente relevante, é um projeto bem elaborado e fundamentado e seus autores possuem a qualificação necessária. O projeto está adequadamente instruído com toda documentação necessária.

V- Parecer: Pelo exposto, somos de parecer que este Comitê aprove o presente projeto, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aprovado (x)

Aprovado "ad referendum" ()

Aprovado e encaminhado ao CONEP ()

Com pendências ()

Reprovado ()

VI- Data da Reunião

Florianópolis, 28 de junho de 2004

Vera Lúcia Bosco
 Vera Lúcia Bosco
 Coordenadora

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.