

Trabalho de Conclusão de Curso

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS RESIDENTES EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

Graziela Mayra Vieira Medaglia



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Graziela Mayra Vieira Medaglia

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS RESIDENTES
EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

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

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

Florianópolis

2013

Graziela Mayra Vieira Medaglia

**EUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS RESIDENTES
EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

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

Florianópolis, 15 de abril de 2013.

Banca Examinadora:

Prof^a., Dr^a. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Claudio José Amante
Universidade Federal de Santa Catarina

Dr^a. Renata Goulart Castro
Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Florianópolis

Aos meus pais por todo o apoio nesta
jornada.

AGRADECIMENTOS

A todos que viabilizaram a produção deste trabalho.

À minha orientadora Ana Lúcia S. Ferreira de Mello pela paciência, disposição e atenção dados a mim nestes últimos dois anos, lembrarei de você com muito carinho pelo resto da vida.

Aos idosos colaboradores de Antônio Carlos, SC que se dispuseram para a realização desta pesquisa e às coordenadoras dos Grupos de Idosos de Antônio Carlos, SC.

Ao Claudio Kinach Loureiro pelo apoio incondicional em todos os meus passos e por estes sete anos inesquecíveis de convivência.

Agradeço pelo carinho da minha avó materna Nilza Rocha Vieira que apesar da distância está sempre presente em minha vida.

Aos meus padrinhos Orlando Roberto Medaglia e Eliane Santini Medaglia que estão sempre em minha memória e no meu coração.

Agradeço acima de tudo aos meus pais, Maria do Rosário R. Vieira Medaglia e Nilton Sérgio B. Medaglia simplesmente por existirem.

Ao CNPq pela oportunidade da bolsa PIBIC/UFSC de iniciação científica.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina pelos 5 anos incríveis de graduação.

“Se a educação sozinha não pode transformar a sociedade, tampouco sem ela a sociedade muda.”

Paulo Freire

RESUMO

Objetivo: Construir melhores práticas de educação em saúde bucal orientadas aos idosos. **Método:** Pesquisa-ação realizada em grupos de convivência para idosos. Os grupos foram divididos em Não-Intervenção (G-NI) e Intervenção (G-I), aleatoriamente. Participaram, no total, 69 idosos: 33 do G-I e 36 do G-NI. Em ambos, foram coletados dados sobre uso de serviços odontológicos, hábitos de higiene bucal e conhecimento em saúde bucal, utilizando-se um questionário fechado. Os idosos dos G-NI realizaram suas atividades de modo rotineiro. Os idosos do G-I participaram de uma série de 3 encontros nos quais foram realizadas atividades educativas em saúde bucal, com metodologias ativas fundamentadas na construção compartilhada do conhecimento. Para a identificação e construção das melhores práticas, foram considerados parâmetros quantitativos e qualitativos. Na dimensão quantitativa dois aspectos foram analisados: conhecimento sobre saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. Para análise do conhecimento adquirido pelos idosos, utilizou-se o instrumento REALD-30, com 30 palavras relacionadas à saúde bucal/odontologia. Foi aplicada análise estatística descritiva e inferencial. A dimensão qualitativa foi realizada por meio de entrevista aberta individual com 10 idosos. Os dados foram gravados, transcritos e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** As palavras com maior quantidade de acertos foram gengiva, escova e fumo; as com menor foram braquetes, bruxismo, maloclusão, hipoplasia, celulite facial e apicectomia. No *baseline*, o G-NI obteve média de acerto de $8,3 \pm 3,2$ palavras e o G-I $11,7 \pm 3,2$. Após a intervenção, a média de acertos no G-I alcançou $16,3 \pm 4,5$ palavras; o G-NI alcançou $10,4 \pm 3,3$. Houve diferença estatisticamente significativa em relação aos acertos dos idosos nos G-I e G-NI ($p < 0,001$), analisados separadamente e quando comparados entre si. A análise dos dados qualitativos resultou na elaboração de cinco categorias: Atividades de educação em saúde como possibilidade de aprendizado para o idoso; Atividades educativas em saúde no contexto dos grupos de convivência para idosos; O valor da saúde bucal na expressão dos idosos; Educação em saúde bucal para idosos: abordagem e seleção das temáticas; Mudança de hábitos e compartilhamento do conhecimento. **Conclusões:** A realização de práticas educativas em saúde bucal pode contribuir para agregar conhecimento em saúde bucal aos idosos em grupos de convivência.

Devem ser planejadas de modo compartilhado e participativo, e os temas devem ter relação com a condição de saúde do idoso e não devem ser tratados isoladamente, mas sim num contexto mais amplo. Compreendeu-se ainda que, as ações educativas não se encerram no grupo, mas tem efeito multiplicador entre familiares e pessoas próximas aos idosos.

Palavras chave: Saúde Bucal, Idosos, Educação em Saúde Bucal.

ABSTRACT

Objective: To develop best practices on oral health education for the elderly. **Methods:** Action research conducted in seniors groups. The groups were divided into Non-Intervention (NI-G) and Intervention (I-G), randomly. The participants were 69 seniors: 33 on the I-G and 36 on the NI-G. In both groups, data were collected regarding utilization of dental services, oral hygiene and oral health knowledge, using a questionnaire. The NI-G performed their activities routinely. The I-G group participated in a set of three meetings, in which were carried out activities in oral health, using methodologies based on construction of shared knowledge. To identify and construct best practices were considered quantitative and qualitative parameters. In quantitative parameter, the oral health education was analyzed in two aspects: knowledge about oral health and use of dental services. To analyze the post-intervention acquired knowledge by elders, it was used the REALD-30 instrument, with 30 words related to oral health/dentistry. The descriptive and inferential statistical analysis was applied. The qualitative parameter was performed with ten seniors through individual interviews. Data were recorded, transcribed and analyzed using the Content Analysis technique. **Results:** The words with the highest number of correct answers were: gum, brush and tobacco; those with lower were: brackets, bruxism, malocclusion, hypoplasia, facial cellulitis and apicectomy. At baseline, the NI-G had a word right answer average of 8.3 ± 3.2 and the I-G 11.7 ± 3.2 . After the intervention, the mean score on the I-G reached 16.3 ± 4.5 words and the NI-G reached 10.4 ± 3.3 . There was statistically significant differences in relation to right answers of the I-G and NI-G ($p < 0.001$), when analyzed separately and compared among themselves. The qualitative data analysis resulted in the five categories: Health education activities as an elderly learning possibility; Health education activities in the context of senior groups, The oral health value for the elderly; Oral health education for seniors: approach and selection of themes; Changing habits and knowledge sharing. **Conclusions:** The implementation of oral health educational practices may contribute to aggregate knowledge in oral health for seniors groups. It should be planned in shared and participatory way, and the themes should be related to the elderly health condition and

should not be treated like an isolated case, but in a wider context. It was also understood that education is not limited on the group activities, but it has a multiplier effect between family and people that are close to the elders.

Keywords: Oral Health, Seniors, Oral Health Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Número de acertos pré e pós-intervenção no G-I. Antônio Carlos, 2011.	44
Figura 2: Número de acertos pré e pós-intervenção no G-NI. Antônio Carlos, 2011.	44
Figura 3: Número de acertos por palavras pré-intervenção (G-I). Antônio Carlos, 2011.	46
Figura 4: Número de acertos por palavras pós-intervenção (G-I). Antônio Carlos, 2011.	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil dos idosos em relação à última visita ao dentista, Antônio Carlos, 2011. (n=69).	38
Tabela 2: Últimos procedimentos realizados pelos idosos nos serviços odontológicos, Antonio Carlos, 2011 (n=69).	39
Tabela 3: Produtos utilizados pelos idosos entrevistados para higienizar a língua, Antônio Carlos, 2011 (n=51).	40
Tabela 4: Produtos e materiais utilizados pelos idosos para higienização das próteses dentárias, Antônio Carlos, 2011 (n=62).	41
Tabela 5: Produtos utilizados para a imersão das próteses dos idosos entrevistados, Antônio Carlos, 2011 (n=22).	41
Tabela 6: Produtos utilizados nos lábios pelos idosos entrevistados. Antonio Carlos, 2011 (n=69).	42
Tabela 7: Perfil dos idosos do G-I em relação à última visita ao dentista, pré e pós-intervenção, Antônio Carlos, 2011. (n=32)	42
Tabela 8: Perfil dos idosos do G-NI em relação à última visita ao dentista, pré e pós período de intervenção, Antônio Carlos, 2011. (n=26)	43
Tabela 9: Necessidade de tratamento odontológico pré e pós-intervenção, G-I (n=26) e G-NI (n=32). Antônio Carlos, 2011.	43
Tabela 10: Análise estatística comparativa da média de acertos das palavras nos grupos G-I e GNI pré e pós-intervenção. Antônio Carlos, 2011.	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BBO - Bibliografia Brasileira de Odontologia
BIREME - Biblioteca Virtual em Saúde
CEP – Comissão de Ética e Pesquisa
CPO-D – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados por cárie
DP – Desvio Padrão
G-I – Grupo Intervenção
G-NI – Grupo Não-Intervenção
GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PUBMED - *National Library of Medicine*
REALD-30 - *Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry*
SciELO - *Scientific Electronic Library Online*
SPSS- *Statistical Package for Social Sciences*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
2 REVISÃO DA LITERATURA	26
3 OBJETIVOS.....	31
3.1 OBJETIVO GERAL.....	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4 MÉTODO.....	32
4.1 O LOCAL DA PESQUISA	32
4.2 DESENHO DO ESTUDO	33
4.3 PARTICIPANTES.....	33
4.4 PROCEDIMENTOS.....	34
4.5 PARÂMETROS AVALIADOS	35
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	36
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA : MOMENTO PRÉ- INTERVENÇÃO.....	38
5.2 ANÁLISE QUANTITATIVA: MOMENTO PRÉ E PÓS- INTERVENÇÃO.....	42
5.3 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS	48
5.3.1 Atividades de educação em saúde como possibilidade de aprendizado para o idoso	48
5.3.2 Atividades educativas em saúde no contexto dos grupos de convivência para idosos.....	49
5.3.3 Educação em saúde bucal para idosos: abordagens e temática..	50
5.3.4 O valor da saúde bucal na expressão dos idosos	52
5.3.5 Mudança de hábitos e compartilhamento do conhecimento	53
6 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO	63
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA	69
ANEXO 1 - PARECER DO CEP.....	70

1 INTRODUÇÃO

As ações produzidas pelo setor saúde, ainda centradas em práticas assistenciais clínico-individuais, de resposta à demanda espontânea, não se mostram suficientes para dar conta das amplas necessidades da população idosa. A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ em 2006, enfatizando a alta prevalência e gravidade das morbidades bucais, apontou as principais barreiras que impedem ou dificultam uma atenção à saúde bucal equitativa, ao alcance de todas as populações: a falta de apoio a políticas e legislação; os custos crescentes da assistência; a conscientização limitada da população sobre a importância da saúde bucal; o acesso desigual a serviços, principalmente para grupos vulneráveis; barreiras culturais, de gênero e outras barreiras sociais e a qualidade precária da atenção à saúde bucal.

Os males que afetam a saúde bucal, e particularmente, a saúde bucal do idoso, decorrem de determinantes socioeconômicos, culturais, ambientais, comportamentais e institucionais, que definem o tipo, os níveis e a gravidade das doenças bucais, ou seja, o respectivo padrão epidemiológico. Neste sentido, a literatura em saúde bucal traz à tona alguns questionamentos e dúvidas sobre a atual prática do cuidado à saúde bucal do idoso^{2,3,4,5} na expectativa de que se amplie a acessibilidade, a resolubilidade e a qualidade do mesmo. É neste contexto que se problematiza a saúde bucal da população idosa.

Apesar do notável desenvolvimento científico e tecnológico que repercute na esfera do cuidado com idosos, relativamente poucos são os beneficiários reais. O contingente de pessoas idosas se expande aceleradamente e o seu cuidado tem sido negligenciado⁶. Além disso, a saúde bucal nem sempre constituiu prioridade nas ações de saúde.

Em 2006, a Portaria 648 que editou a nova Política Nacional da Atenção Básica definiu a saúde bucal como uma das áreas estratégicas para a atuação em saúde em todo o país. Também em 2006, o Ministério da Saúde lançou, na série Cadernos de Atenção Básica, um volume temático sobre a Saúde Bucal. Este documento orienta a organização das ações educativas em saúde bucal como instrumento para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. As ações de educação em saúde devem almejar a difusão de elementos que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos, respeitando a cultura local, e tornando-os capazes de autogerirem seus processos saúde-doença, enfim, sua vida. O

planejamento e organização das práticas educativas em saúde bucal incluem a identificação de grupos e espaços sociais no território para serem trabalhados a partir de critérios de risco, possibilidade de atuação e recursos disponíveis⁷.

Podem ser consideradas boas práticas em saúde aquelas que forem consistentes e reflitam fundamentos da Promoção da Saúde, tomando em conta aspectos como os valores, os objetivos e a ética da Promoção da saúde, bem como as crenças das pessoas envolvidas, e a adequação e compreensão do ambiente onde se realizam^{5, 3, 8}.

O envelhecimento populacional no Brasil já acarretou mudanças nos padrões de morbidade, invalidez e mortalidade. A mudança não é diferente na saúde bucal onde, a exemplo da situação de saúde geral, o perfil epidemiológico também tem sofrido alterações. Nas faixas etárias mais avançadas há incremento de cárie de raiz, doenças periodontais, perda dental, patologias da mucosa bucal, necessidade de próteses, e câncer de boca e orofaringe⁹.

Dados mais recentes, de 2010, revelam que o índice CPO-D entre idosos de 65 a 74 anos não tem sofrido grande alteração ao longo dos tempos, ficando em 27,1. Ainda, 23% dos idosos necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15% necessitam de prótese total nos dois maxilares. Estes idosos representam um contingente de mais de 3 milhões de pessoas que necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e mais de 4 milhões que necessitam de prótese parcial¹⁰.

A insuficiência de políticas de controle/redução da morbidade e a fragilidade dos sistemas de apoio aos idosos, somadas ao padrão medicalizante e hospitalocêntrico dos serviços, configuram cenário no qual a demanda por assistência à saúde dos idosos, incluída a saúde bucal, só ocorre por ocasião da necessidade iminente de intervenção para tratar problemas graves instalados¹¹.

Mesmo sendo precárias as condições de saúde bucal da população idosa, e volumosas as suas necessidades acumuladas, a utilização dos serviços odontológicos ainda é pequena^{11,12}. A má condição de saúde geral, status funcional, medo, imagem negativa, escassez de recursos, indisponibilidade de equipamentos e profissionais, atitudes desencorajadoras de cuidadores e familiares, dificuldade de deslocamento e de marcação de consultas são barreiras que explicam a pouca procura¹³. O idoso compõe uma demanda “invisível”, pois muitos deles sequer chegam a procurar o serviço de saúde.

Dessa forma entende-se que a consolidação das ações de educação em saúde fundamentadas nas políticas públicas vigentes no país, a partir da efetivação do fortalecimento da atenção primária no cotidiano dos serviços de saúde, com abordagens educativo-preventivas, torna-se indispensável. De outro modo, os agravos à saúde bucal dos adultos e idosos significarão imensa demanda por serviços odontológicos, associado à grave crise de atendimento com custos e de complexidade crescentes.

A formulação e implementação de boas práticas em saúde bucal orientadas aos idosos visam à promoção da saúde, via ações afirmativas em saúde bucal, melhora dos índices epidemiológicos em saúde bucal, e adequação da oferta de serviços públicos à demanda dos idosos, por meio da participação ativa dos segmentos da sociedade envolvidos de alguma forma nesta problemática. A realização desta investigação pretendeu gerar pressupostos teórico-práticos sobre a organização das ações de educação em saúde bucal para a população idosa, promovendo espaços para discussão e reflexão sobre as mesmas.

Dessa forma, apresenta-se a seguinte questão norteadora da pesquisa: **Como realizar ações de educação em saúde bucal, junto aos idosos de um município de pequeno porte catarinense?**

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi realizada utilizando-se bases de dados como ferramenta para obtenção de publicações correlatas ao tema deste trabalho. As bases de dados consultadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e National Library of Medicine (PubMed). Foram usados os seguintes descritores: *Educação em saúde, Saúde bucal e Idosos*. Os títulos de maior relevância foram incluídos e, logo após a leitura dos resumos, foram selecionados os trabalhos pertinentes ao assunto abordado.

Em nossa sociedade, o envelhecimento tem associação imediata a doenças e desvalorização social, concepções que desestimulam o idoso ao cuidado e manutenção da saúde.¹⁴

No estudo realizado por Assis et. al. (2009)¹⁵ foram observadas mudanças positivas na maneira de perceber e/ou lidar com o próprio envelhecimento e na forma de pensar e agir quanto ao autocuidado no cotidiano. A desconstrução do envelhecimento como decadência e inutilidade foi outro ponto observado, para isto, avaliou-se o Projeto de Promoção de Saúde vinculado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que reúne idosos para discussão sobre saúde no envelhecimento. Este projeto apresenta elementos que potencializam a reorientação das práticas de saúde em direção a uma atenção integral, pautada na humanização e no fortalecimento da participação dos sujeitos sobre questões que afetam a saúde e o bem-estar, nos planos individual e coletivo.

Baseado no entendimento de que a temática da saúde bucal deve permear vários campos, Freire (2005)¹⁶ investigou os saberes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária, por meio de metodologia qualitativa. A autora pôde concluir que a saúde bucal do idoso ainda é um tema pouco abordado, e considera que a odontologia necessita encontrar estratégias para difundir, de forma interdisciplinar, a temática saúde bucal, especialmente a do idoso.

A educação em saúde se mostra um instrumento crucial para a melhora da qualidade de vida dos indivíduos,^{14,17,18} um meio para transformação social e desenvolvimento do bem estar físico e

emocional.^{19,20} Em anos recentes, as políticas de saúde apontam para a valorização das ações educativas através da necessidade do compartilhamento dos saberes e da aproximação entre profissionais da saúde e pacientes não somente quando há procura em locais destinados, como Unidades de saúde e hospitais, mas também através da participação em seu cotidiano.¹⁷ Segundo a OMS (2002)²¹ o envelhecimento ativo prevê a informação como parte de um conjunto abrangente de medidas necessárias à longevidade com qualidade de vida. A educação é tida como uma das principais alternativas para promover a independência e a autonomia dos idosos, assim como um envelhecimento saudável.²²

Carvalho et. al. (2006)²⁰ realizaram um estudo sobre práticas de educação em saúde bucal em Londrina (PR) com idosos inscritos no Programa de Saúde da Família, onde foram realizadas palestras e atividades práticas, com temas sobre prevenção de doenças bucais, realização de escovação orientada e autoexame bucal. Concluiu-se que a educação em saúde bucal voltada para idosos deve ser desenvolvida e ampliada, considerando as necessidades desse grupo populacional, além da possibilidade destes tornarem-se importantes disseminadores das informações. Ainda, deve se respeitar particularidades do envelhecimento, como por exemplo, tempo maior para aplicações práticas e discursos lentos e pausados em palestras. Também deve considerar a baixa escolaridade e a acuidade visual reduzida, priorizando o uso de imagens em relação a textos e para maior adesão às atividades práticas, deve-se garantir maior privacidade ao idoso.

Nos serviços de saúde, os pacientes não são estimulados a adquirir conhecimentos. Os atendimentos se restringem à repetitiva prescrição de medicamentos, e quando muito, são comunicadas orientações básicas para mudança de hábitos, sem se levar em consideração nenhuma particularidade da vida de cada pessoa.¹⁵

A literatura tem reportado uma série de experiências de práticas educativas em saúde levadas a cabo com idosos em diferentes contextos. Algumas pesquisas revelam que programas de educação em saúde são efetivos em melhorar os conhecimentos e atitudes dos idosos em relação a aspectos relacionados à promoção da sua saúde e prevenção de doenças.^{23,24,25,26}

Entretanto, permanece o questionamento sobre quais possibilidades intervenções dessa natureza possuem, em particular as realizadas no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de

Saúde, de se transformarem em práticas efetivas. Segundo Pedrosa (2001, p. 261)²⁷ as práticas educativas em saúde

denotam ações que compreendem relações entre sujeitos sociais, ocorrem em diferentes espaços, portam diferentes saberes, são práticas dialógicas, estratégicas, mediadas pela ação instrumental, apresentando-se de maneira formal ou informal, utilizando metodologias progressistas ou conservadoras, desenvolvidas em espaços públicos ou privados.

A ação educativa deve resultar em ampliação da consciência, aquisição de habilidades, descoberta de novos interesses, modificação de comportamento, e principalmente, construção da cidadania, conscientização de direitos e deveres e estímulo à participação social.²⁷

Segundo Unicosky (2004),¹⁹ O desafio que se apresenta é o de gerar motivação para que os idosos se interessem pelo que se pretende ensinar, de modo que empreguem esforço e dedicação na busca de criação de estratégias para reaprender a aprender, gerando um conhecimento que vai além de evitar ou atrasar doenças, que se caracteriza pela busca do engajamento pleno na vida.

Santos (2010)¹⁸ objetivou estudar a afetividade como estratégia a ser utilizada na educação em saúde bucal a fim de provocar mudanças positivas deixando para trás a insegurança e a acomodação, atuando de maneira simples e efetiva através de conhecimentos técnicos aliados a uma nova ferramenta: “comunicação e afetividade”, buscando sempre, em qualquer comunicação, a compreensão do universo do indivíduo que tem seus próprios valores, suas motivações e suas experiências.

Um estudo realizado em Cuba por Obediente et. al. (2009)²⁸ avaliou o impacto de técnicas afetivo-participativas para a promoção de saúde bucal em 70 idosos. Observou-se após a intervenção educativa, a melhora da higiene das próteses. Os idosos tiveram uma percepção favorável quanto à intervenção, pois a maioria reconheceu benefícios gerados para a saúde e experiências positivas no grupo.

Através de ferramentas motivacionais, Sequeira (2009)²² se propôs a desenvolver, aplicar e avaliar um modelo educacional e interativo sobre saúde e higiene oral de idosos. Vinte e sete

multiplicadores foram treinados para participar das ações educativas com 97 idosos participantes de grupo de convivência onde foram utilizados objetos de aprendizagem em computação gráfica, vídeo educacional e folheto explicativo de apoio. Concluiu-se que o modelo educacional mudou aspectos relacionados com opinião e hábitos de saúde e higiene oral dos participantes. Na Espanha, Pino et. al (2010)²⁵ desenvolveu um estudo com 103 idosos visando promover hábitos saudáveis, realizando encontros com conteúdos educativos, o que ajudou significativamente a melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Assis et. al. (2007)¹⁷ relatam experiências do Programa de Ações Educativas em Promoção de Saúde no Núcleo de Atenção ao Idoso (UERJ), nas quais, pautadas em uma visão de saúde articulada à qualidade de vida, concebem a educação como diálogo, troca de experiências, parceria, respeito ao outro, reflexão, problematização da realidade e busca de alternativas/escolhas possíveis. O programa representou um fortalecimento do compromisso com assistência de qualidade, centrada no vínculo, na responsabilização e na partilha dos desafios à qualidade de vida e saúde no envelhecimento.

O estudo de Figueiredo et. al. (2006)²⁹, realizado no Piauí utilizou abordagem qualitativa para discutir de que forma as idosas participantes da pesquisa vivenciam os saberes adquiridos por meio das ações de educação em saúde. Segundo os autores, a mulher idosa quando inserida em programas de educação em saúde, percebe-se ainda com potencial para lutar pela sua saúde e, conseqüentemente, pela melhoria de sua qualidade de vida. A educação em saúde pode contribuir para maior longevidade e minimização das conseqüências de patologias diante das práticas e atitudes adotadas.

Vacarezza et al. (2010)³⁰ procuraram correlacionar o quanto a saúde bucal de idosos pode comprometer a qualidade de vida e a autonomia. Os resultados mostraram que a perda dentária ou uso de próteses inadequadas implicam impactos negativos na qualidade de vida como preocupação, estresse e vergonha. Apesar dos dados obtidos indicarem uma saúde bucal frágil, que revela um comprometimento com a qualidade de vida, a grande maioria dos idosos avaliou positivamente a própria saúde, indicando a possibilidade de que para essa população a saúde bucal está dissociada da saúde geral.

No estudo de Costa et al. (2010),³¹ em Fortaleza (CE), dos 96 idosos que responderam a um questionário e foram submetidos à exame bucal, 84,4% acreditam que sua saúde bucal está excelente ou razoável.

A média de dentes presentes foi de 3,9. O índice de avaliação da saúde bucal de idosos (*GOHAI*) foi de 17,5 qualificando a saúde bucal como negativa, em uma escala na qual 12 é muito ruim e 36 é ótimo.

Moreira (2009)³², sobre aspectos que influenciam a perda dentária de adultos e idosos no Brasil, conclui que a alta taxa de exodontias realizadas pelos serviços públicos foi fator de risco contextual para a perda dentária, adicionalmente ao fato da população não receber informações sobre prevenção de doenças bucais. Ainda no mesmo trabalho, o autor expõe que deve ser papel dos serviços públicos de saúde incentivar e realizar ações de promoção e educação em saúde bucal e não somente ações curativas de caráter mutilador.

Os grupos de convivência de idosos são tidos como espaços estratégicos e privilegiados para realização de atividades educativas em saúde. Eles agregam pessoas com experiências de vida e carências semelhantes viabilizando o relacionamento interpessoal, que vai dar apoio a seus aprendizados e mudanças.^{14,33,34}

Firmino *et al.* (2009)³³ procuraram sistematizar as contribuições do Projeto de extensão Universitária, que apoiam ações em grupos de idosos no contexto da Saúde da Família, na Paraíba, para o desenrolar de ações inspiradas na Educação Popular. Concluiu-se que o referencial da Educação Popular possibilitou uma abordagem mais dialógica e significativa para os idosos, na qual os grupos educativos constituem efetivamente uma estratégia capaz de reorientar o cuidado em saúde do idoso na perspectiva da promoção de saúde.

Garcia *et al.* (2006)³⁴ entrevistou integrantes participantes dos grupos de idosos das Unidades Básicas de Saúde, do município de Campinas. Em seu estudo foram abordados vários temas relacionados aos idosos, entre eles a dinâmica e organização dos grupos, os quais promovem palestras, discussões, passeios, atividades corporais, artesanato e aplicação de práticas alternativas. Foi observado que os grupos representam tanto um espaço de educação em saúde como uma fonte de estímulo para a retomada dos papéis sociais, assim como, relacionamento interpessoal e social. Os grupos ainda agregam pessoas com dificuldades semelhantes possibilitando um melhor convívio. Por outro lado, foram relatados importantes desencontros entre os discursos dos idosos e dos profissionais.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Construir boas práticas de educação em saúde bucal orientadas aos idosos, em um município de pequeno porte.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar atividades coletivas de educação em saúde, tendo como foco a população idosa nos grupos de convivência, sobre práticas de cuidado à saúde bucal;
- Identificar estratégias e procedimentos que configurem boas práticas de educação em saúde bucal orientadas aos grupos de convivência de idosos.

4 MÉTODO

4.1 O LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Antônio Carlos (229 km²), no Estado de Santa Catarina. Antônio Carlos é o maior produtor catarinense de hortaliças. Nele há um núcleo urbano, porém 72,5% da população se distribuem em pequenas propriedades na zona rural. Sua população é constituída de 7.458 habitantes. A faixa idosa com 60 ou mais anos é constituída de 936(12,55%) pessoas. Entre os idosos 50,96% são mulheres³⁵.

No campo da saúde, o município conta com uma Unidade de Saúde localizada no Distrito Sede, onde são dispensados atendimentos inclusive na área odontológica. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) cobre todo o município, desde o ano 2000, pelo trabalho de três equipes, com apenas uma Equipe de Saúde Bucal.

Os procedimentos coletivos em odontologia estão focados em crianças e adolescentes no ambiente escolar. O atendimento à população idosa se restringe a proporcionar procedimentos na atenção primária, sob regime de livre demanda, sem que haja ações de cuidado à saúde bucal específicas para esse grupo. Não é garantida prioridade na marcação de consultas odontológicas para o idoso. Por vezes, o cirurgião dentista vinculado à ESF profere palestras para idosos que frequentam os grupos de convivência do município ou nas ações do Programa HIPERDIA.

Os grupos de convivência de idosos constituem uma iniciativa da Secretaria de Saúde e Assistência Social do município de Antônio Carlos. Atualmente estão em atividade seis grupos: Centro, Comunidade do Louro, Comunidade de Santa Maria, Comunidade de Santa Bárbara, Comunidade de Vila Doze e Comunidade de Rachadel. Atualmente estão cadastrados e participam das atividades aproximadamente 300 idosos. São coordenados por mulheres oriundas da comunidade local. Nos encontros são realizadas ações de cunho religioso e de lazer, como jogos e dança. A frequência dos encontros é semanal ou quinzenal, havendo também lanche da tarde. De forma pontual, o dentista da ESF faz palestras sobre higiene bucal de dentes e próteses nos grupos de convivência para idosos.

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma investigação realizada no âmbito do marco teórico-metodológico da pesquisa-ação. Thiollent (1994)³⁶ define pesquisa-ação como

um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

A concepção de pesquisa-ação incorpora a ação como sua dimensão constitutiva, articulando teoria e prática no processo de construção do conhecimento. A prática torna-se fonte e lugar privilegiado da pesquisa. Além disso, a própria investigação se converte em ação, em intervenção social como seu princípio e seu fim último, possibilitando ao pesquisador uma atuação efetiva sobre a realidade estudada.³⁷

4.3 PARTICIPANTES

Foram elegíveis todos os integrantes dos cinco grupos de convivência para idosos realizados no município de Antônio Carlos, e que concordaram em participar das ações desenvolvidas no âmbito da pesquisa.

Foi excluído o grupo realizado no centro da cidade (grupo Sede), por possuir um número de idosos inscritos em quantidade superior a 50, o que inviabilizaria as atividades de Educação em Saúde propostas. Os cinco grupos de convivência foram divididos aleatoriamente em Grupos Não-Intervenção (G-NI): Santa Maria, Santa Bárbara e Vila XII, e Grupos Intervenção (G-I): Rachadel e Louro. No total foram incluídos 69 idosos, distribuídos em 33 do Grupo Intervenção (G-I) e 36 do Grupo Não Intervenção (G-NI).

4.4 PROCEDIMENTOS

Os idosos participantes foram contatados coletivamente pela equipe de pesquisadores, nos grupos, esclarecidos sobre os procedimentos da pesquisa e convidados a participar.

Os idosos dos G-NI realizaram suas atividades de modo ordinal, conforme programação e cronograma estipulados pela sua respectiva coordenadora local e Secretaria de Saúde e Assistência Social, sendo incluídos apenas na fase de coleta de dados inicial e final da pesquisa.

Os idosos dos G-I que aceitaram, foram incluídos na fase de coleta de dados inicial e final da pesquisa bem como em todas as atividades educativas em saúde bucal que foram desenvolvidas nos grupos de convivência.

As ações educativas em saúde bucal ocorreram durante um período de três meses (outubro, novembro de 2011 e março 2012) e foram planejadas, organizadas e operacionalizadas pela pesquisadora principal e aluna bolsista. Foi seguido o calendário de encontros dos grupos de convivência, que ocorrem quinzenalmente. Dessa forma as atividades de educação em saúde bucal foram organizadas em três encontros.

Procurou-se aplicar, em cada encontro, metodologias ativas fundamentadas na construção compartilhada do conhecimento²⁷, a partir de experiências vivenciadas e dos saberes dos próprios idosos.

Segundo Carvalho, Acioli e Stotz³⁸

a construção compartilhada do conhecimento é uma metodologia desenvolvida na prática da Educação em Saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos e tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares de maior poder e intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas.

Em cada encontro, foi lançado um questionamento temático inicial para guiar a atividade educativa para aquele momento. As atividades foram planejadas de modo participativo e colaborativo com os idosos, facilitadas pelas coordenadoras locais, sempre respeitando aspectos socioculturais e os tempos dos grupos.

As propostas para os questionamentos temáticos foram as seguintes:

Encontro 1 Qual o significado e o valor da saúde bucal para os idosos? Porque devemos manter boa saúde bucal ao longo da vida? Quais são os hábitos de higiene bucal recomendados para os idosos? Como aplicá-los no dia-a-dia?

Encontro 2 Qual a relação das condições de saúde do idoso com a saúde bucal? Que fatores podem afetar a saúde bucal dos idosos? Como a dieta, o uso do fumo e a exposição à radiação solar podem influenciar a saúde bucal do idoso?

Encontro 3 Dentista é só para quem têm dentes? Quando e porque devemos procurar o dentista? Como manter a saúde bucal na perspectiva do envelhecimento saudável?

4.5 PARÂMETROS AVALIADOS

A coleta de dados procedeu-se ao início e ao final da pesquisa ação tanto nos grupos G-I e G-NI.

No pré-intervenção (*baseline*) os idosos participantes responderam individualmente a um questionário fechado composto pelos seguintes itens (APÊNDICE 1):

- padrão de uso de serviços odontológicos;
- percepção da necessidade de tratamento odontológico;
- hábitos de higiene bucal e outros cuidados à saúde bucal;
- grau de conhecimento sobre saúde bucal.

O grau de conhecimento sobre saúde bucal foi verificado pela aplicação do instrumento REALD-30 - *Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry*, que apresenta 30 palavras relacionadas à saúde bucal/odontologia. Vale um ponto se acertado o significado de cada palavra. O resultado é a soma de acertos, podendo variar de zero a trinta.

Foram considerados parâmetros tanto quantitativos e qualitativos, para análise das ações educativas.

Na dimensão quantitativa, as ações educativas em saúde bucal para idosos foram analisadas sob dois aspectos:

- padrão de uso de serviços odontológicos;
- conhecimento sobre saúde bucal.

A dimensão qualitativa de análise das ações educativas foi realizada por meio de entrevista aberta individual com alguns idosos representantes do G-I, convidados aleatoriamente. A quantidade de idosos entrevistados foi definida pelo critério de saturação dos dados, totalizando 10 entrevistas

Foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE 2) com objetivo de captar a percepção do idoso sobre as ações desenvolvidas, considerando o processo de realização das atividades nos grupos (abordagem, métodos, temáticas, integração) e impacto no seu dia-a-dia. As falas foram gravadas em meio digital e transcritas.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram tabulados no software Excel (versão 2007)[®] e as análises estatísticas realizadas no programa SPSS (versão 16.0)[®].

Empregou-se o teste de normalidade para a variável dependente deste estudo e observou-se a distribuição normal, mediante tal procedimento foi empregado os testes paramétricos para comparação de médias entre grupos diferentes e iguais, teste T de student para amostras diferentes e pareadas, respectivamente. As informações das médias foram complementadas pelo desvio padrão. Adotou-se nível de significância de 5%.

Os dados provenientes das transcrições das falas foram analisados por meio da técnica da Análise de Conteúdo³⁹. Seguindo o método, a análise textual foi feita em três etapas: (a) a pré-análise, (b) a exploração do material e (c) o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação de categorias temáticas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho de pesquisa foi amparado pelo parecer 264/08 do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.

Todos os participantes que aceitaram contribuir com o estudo foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e de sua metodologia, e solicitados a manifestarem sua concordância de participação e

consentimento do uso dos dados da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA : MOMENTO PRÉ-INTERVENÇÃO

Dos idosos participantes da pesquisa, 51 eram mulheres (74%) e 18 homens (26%). A média de idade foi de 71,4 anos, variando de 60 a 91 anos de idade. Os idosos de 60 a 71 anos foram maioria (54,1%).

Apesar de preconizado que os indivíduos visitem o dentista regularmente como uma das ações para se manter boa saúde bucal, uma parcela importante da população brasileira não utiliza os serviços odontológicos com frequência. Segundo o SB Brasil (2003)¹¹, 6% da população idosa brasileira entrevistada afirmou nunca ter usado serviços odontológicos. Neste mesmo trabalho, dentre os 5.009 idosos que fizeram uso dos serviços odontológicos pelo menos uma vez na vida, 18% usaram o serviço odontológico por rotina e 82% por problemas bucais, indicando que ainda hoje o uso dos serviços odontológicos se dá, predominantemente, em casos de dor.⁴⁰

O mesmo não foi observado nos grupos investigados no município de Antônio Carlos. Os resultados apontaram que 32% dos idosos utilizaram serviços odontológicos há menos de um ano e 16% há mais de dez anos (Tabela 1). Os atendimentos foram realizados em sua maior parte nos serviços particulares (58%), seguidos do serviço público (23%). Também foi relatado último atendimento em sindicatos e cooperativas (6%).

Tabela 1: Perfil dos idosos em relação à última visita ao dentista, Antônio Carlos, 2011. (n=69).

	n	%
Eu nunca fui ao dentista	0	0,0
Há menos de um ano	22	31,9
Entre 1 e 2 anos	22	31,9
Entre 3 e 10 anos	14	20,3
Mais de 10 anos	11	15,9
Total	69	100,0

Dos últimos procedimentos realizados na última visita ao dentista, a maioria (52,2%) realizou confecção de próteses. Dos 69 idosos entrevistados, apenas sete não utilizavam próteses dentárias. Outros procedimentos foram relatados como profilaxia (14,5%) e exodontias (10%) (Tabela 2).

Tabela 2: Últimos procedimentos realizados pelos idosos nos serviços odontológicos, Antonio Carlos, 2011 (n=69).

	n	%
Confecção de prótese	36	52,2
Profilaxia	10	14,5
Exodontia	7	10,1
Restauração	11	15,9
Outros	5	7,2
Total	69	100,0

A necessidade de tratamento odontológico foi outro ponto observado neste trabalho. A avaliação da auto percepção da saúde bucal rotineiramente é importante para encorajar a adesão a comportamentos saudáveis.⁴¹ Ao questionar os idosos quanto à necessidade de tratamento, apenas 39% responderam positivamente enquanto 60% diziam não necessitar de tratamento odontológico. Entre idosos, a principal razão para não procurar o serviço odontológico é a não percepção da necessidade.⁴²

Os hábitos de higiene bucal exercem importante influência sobre o acúmulo do biofilme dental nas estruturas bucais e no desenvolvimento da doença periodontal e cárie dentária.⁴³ Uma das principais causas do edentulismo é a doença periodontal cuja prevalência aumenta com o decorrer da idade. Além disto, a lenta evolução de cárie radicular, infiltrações, cárie sob restaurações e próteses fixas, também favorecem o aumento da perda dental entre os idosos.⁴⁴

Os idosos, em sua maioria, relataram realizar escovação dos dentes uma ou duas vezes ao dia (50%) e mais de duas vezes ao dia (46,3%), indicando hábitos saudáveis de higiene oral. Todos os idosos dentados relataram utilizar escova de dente e dentífrico para a higienização. O hábito da utilização do fio dental se mostrou baixa com

apenas 21,7% (n=15) dos idosos relatando que utilizavam. Destes apenas dois idosos (2,9%) relataram utilizar mais do que duas vezes ao dia e 4 idosos (5,8%) relataram utilizar uma ou duas vezes ao dia. Dos entrevistados que utilizam o fio dental, 60% relataram utilizar o fio dental menos que uma vez ao dia. Por outro lado, o uso de palito de dentes foi relatado pela maioria dos idosos (55,5%). A frequência deste hábito foi de 66,7% dos idosos utilizando menos que uma vez por dia e 20% utilizando uma ou duas vezes ao dia.

Outro importante aliado da higiene bucal, os enxaguatórios bucais, são pouco utilizados pelos idosos. Apenas 11,5% dizem realizar bochechos, destes, sete idosos utilizam produtos específicos para bochechos e apenas um idoso relatou utilizar chá de malva. A frequência deste hábito também foi pequena, metade dos idosos que utilizam relatou realizar os bochechos uma ou duas vezes ao dia, dois idosos entrevistados realizam menos de uma vez por dia, e outros dois idosos realizam mais do que duas vezes ao dia.

A higienização da língua foi relatada ser realizada por 74% (n=51). A maioria utiliza escova dental com dentífrico para a higienização (Tabela 3).

Tabela 3: Produtos utilizados pelos idosos entrevistados para higienizar a língua, Antônio Carlos, 2011 (n=51).

	n	%
Escova com ou sem dentífrico	46	90,2
Raspador de língua	2	3,9
Somente dentífrico	1	2,0
Somente água	1	2,0
Raspador de língua ou gaze ou fralda	1	2,0
Total	51	100,0

Dos idosos que utilizam algum tipo de prótese (n=62) também podemos observar bons hábitos de higiene: 55% dos destes higienizam suas próteses mais do que duas vezes ao dia, e 42% higienizam de uma a duas vezes ao dia. Os produtos e materiais utilizados para a higienização das próteses estão na tabela 6. Dos idosos que utilizam escova de dente para higienizar a prótese, 61% usa a mesma escova para dentes e prótese (Tabela 4).

Tabela 4: Produtos e materiais utilizados pelos idosos para higienização das próteses dentárias, Antônio Carlos, 2011 (n=62).

	n	%
Escova de dente	9	14,5
Escova específica para prótese	2	3,2
Dentifrício	1	1,6
Escova de dentes e dentifrício	47	75,8
Escova de dentes e detergente/sabão	1	1,6
Somente água	2	3,2
Total	62	100,0

Para o auxílio da limpeza, um dos procedimentos utilizados é a imersão da prótese. 35% (n=22) dos entrevistados utilizam a imersão para a limpeza. Destes, 77% (n=17) costumam deixar a prótese em imersão todos os dias. Os produtos utilizados para imersão estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5: Produtos utilizados para a imersão das próteses dos idosos entrevistados, Antônio Carlos, 2011 (n=22).

	n	%
Somente água	17	77,3
Água com cloro	2	9,1
Água com sal	1	4,5
Água com dentifrício	1	4,5
Água com detergente	1	4,5
Total	22	100,0

Foram abordados outros cuidados bucais. O cirurgião-dentista tem o papel fundamental no diagnóstico precoce do câncer de boca, um dos dez mais frequentes, representando um problema de saúde pública no Brasil, sendo o uso do fumo seu principal fator de risco. Já câncer de lábio, tem como fator mais importante a exposição frequente aos raios ultravioleta da luz solar, seguido do uso do fumo.⁴⁵ Desta forma, o conhecimento de hábitos nocivos dos indivíduos contribui para ações em saúde mais direcionadas na tentativa de se evitar novos casos de câncer bucal.

Os idosos foram questionados quanto ao uso de protetor solar ao sair de casa. A maioria (58%) relatou não utilizar o protetor solar e 64% relatou não utilizar protetor labial ao sair de casa. Do total de mulheres, 47% dizem utilizar batom ao sair de casa. (tabela 6) O tabagismo também foi outro ponto abordado. Dos 69 idosos entrevistados apenas 10% (n=7) relatou ter hábito de fumar.

Tabela 6: Produtos utilizados nos lábios pelos idosos entrevistados. Antonio Carlos, 2011 (n=69).

	n	%
Protetor solar (tipo batom)	2	2,9
Batom	24	34,8
Manteiga de cacau	7	10,1
Batom e manteiga de cacau	4	5,8
Banha de porco	1	1,4
Batom e vaselina	1	1,4
Não Utilizam	30	43,5
Total	69	100,0

5.2 ANÁLISE QUANTITATIVA: MOMENTO PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO

Para a coleta final de dados (pós-intervenção), dos 69 idosos participantes, 32 realizaram a entrevista nos grupos G-I e 26 idosos nos G-NI. No G-I, assim como nos grupos G-NI, a maioria eram mulheres, 78,2% e 73%, respectivamente. A média de idade do G-I foi de 71,9 anos e do G-NI foi de 70,6 anos.

No G-I, os dados indicam que 18,75% dos entrevistados retornaram ao dentista após a intervenção (Tabela 7), sendo o serviço público o mais procurado. No grupo G-NI o retorno ao dentista foi de 7,7% dos idosos após o período de intervenção (Tabela 8).

Tabela 7: Perfil dos idosos do G-I em relação à última visita ao dentista, pré e pós-intervenção, Antônio Carlos, 2011. (n=32)

	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	n	%	n	%
Nunca foi ao dentista	0	0,0	0	0,0
Há menos de um ano	6	18,8	12	37,5
Entre 1 e 2 anos	14	43,8	11	34,4
Entre 3 e 10 anos	8	25,0	5	15,6
Mais de 10 anos	4	12,5	4	12,5
Total	32	100	32	100

Tabela 8: Perfil dos idosos do G-NI em relação à última visita ao dentista, pré e pós período de intervenção, Antônio Carlos, 2011. (n=26)

	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	n	%	n	%
Nunca foi ao dentista	0	0,0	0	0,0
Há menos de um ano	10	38,5	12	46,2
Entre 1 e 2 anos	7	26,9	7	26,9
Entre 3 e 10 anos	6	23,1	4	15,4
Mais de 10 anos	3	11,5	3	11,5
Total	26	100	26	108

No grupo G-I, após intervenção, houve aumento percentual entre aqueles que acreditam não necessitar de tratamento. Já no grupo G-NI houve um pequeno aumento na percepção da necessidade de tratamento odontológico entre o período pré e pós-intervenção (Tabela 9).

Tabela 9: Necessidade de tratamento odontológico pré e pós-intervenção, G-I (n=26) e G-NI (n=32). Antônio Carlos, 2011.

		Pré-intervenção		Pós-Intervenção	
		n	%	n	%
G-I(n=32)	Sim	10	31,3	8	25,0
	Não	22	68,8	24	75,0
G-NI(n=26)	Sim	12	46,2	13	50,0
	Não	14	53,8	13	50,0

A Figura 1 apresenta a quantidade de acertos pré e pós-intervenção no G-I. A Figura 2 apresenta o resultado nos G-NI, Observou-se aumento no número de acertos em ambos os grupos.

Figura 1: Número de acertos pré e pós-intervenção no G-I. Antônio Carlos, 2011.

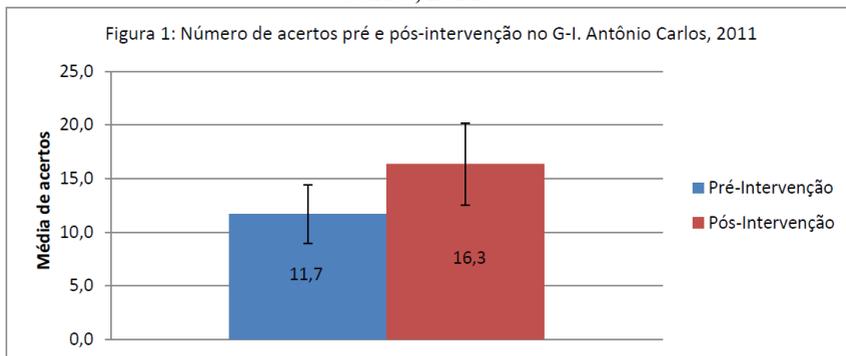
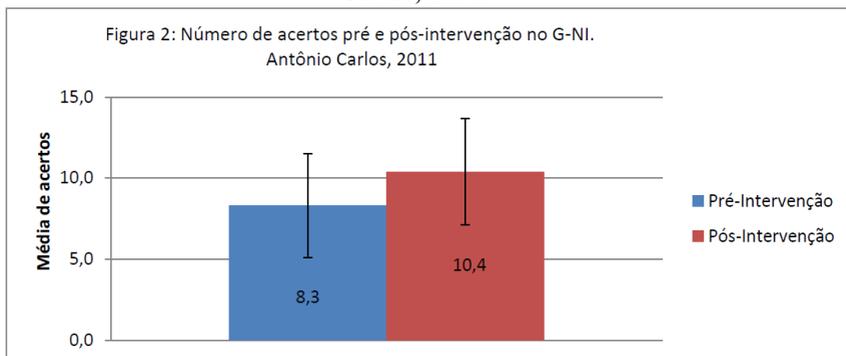


Figura 2: Número de acertos pré e pós-intervenção no G-NI. Antônio Carlos, 2011.



Após a intervenção, a média de acertos no G-I alcançou $16,3 \pm 4,5$ palavras; o G-NI alcançou $10,4 \pm 3,3$. O G-NI obteve média de acerto de $8,3 \pm 3,2$ palavras e o G-I $11,7 \pm 3,2$. Houve diferença estatisticamente significativa em relação aos acertos dos idosos nos G-I e G-NI ($p < 0,001$), analisados separadamente e quando comparados entre si (Tabela 10).

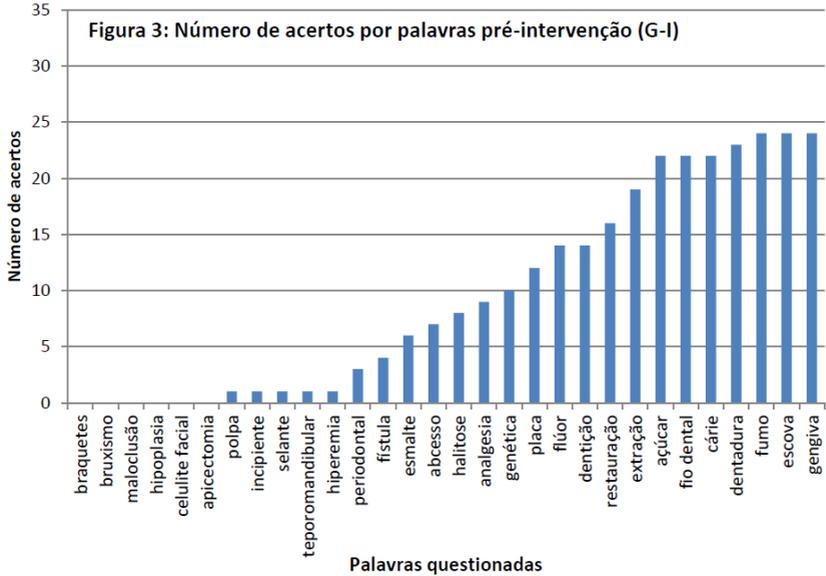
No G-I, as palavras com maior quantidade de acertos pré-intervenção foram “gingiva”, “escova” e “fumo”. As palavras com menor entendimento foram “braquetes”, “bruxismo”, “maloclusão”, “hipoplasia”, “celulite facial” e “apicectomia” (Figura 3). No pós-intervenção, as palavras com maior índice de acertos se mantiveram, e ainda incluíram-se as palavras: “fio-dental” e “dentadura”. Das palavras de menor acertos, “hipoplasia” se manteve sem nenhum acerto (Figura 4).

Tabela 10: Análise estatística comparativa da média de acertos das palavras nos grupos G-I e GNI pré e pós-intervenção. Antônio Carlos, 2011.

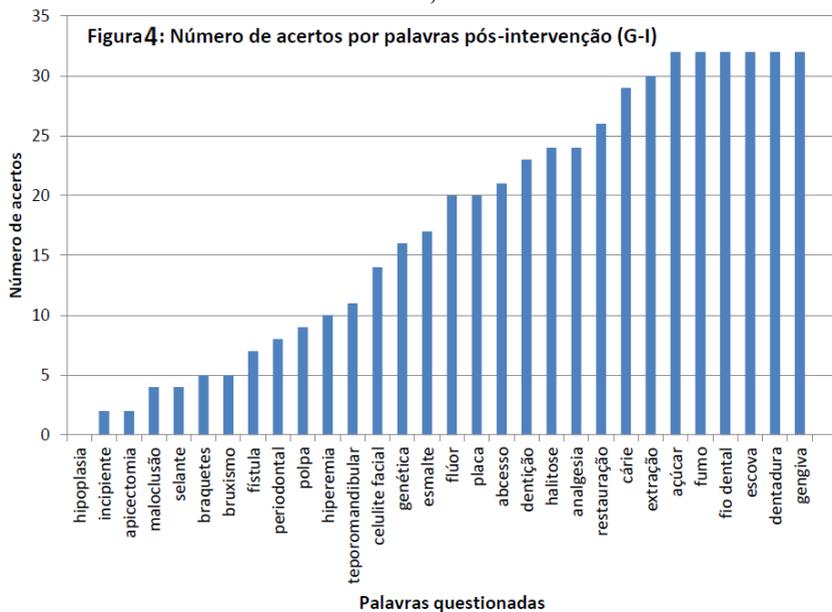
Grupos	Pré-intervenção		Pós-intervenção		p ^a			
	G-NI	G-I	G-NI	G-I	1	2	3	4
Média de acertos (DP)	8,3 (3,2)	11,7 (3,2)	10,4 (3,3)	16,3 (4,5)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

NOTAS: 1: G-I versus G-NI no pré-intervenção; 2: G-I versus G-NI no pós-intervenção; 3: G-NI no pré-intervenção versus G-NI no pós-intervenção; 4: G-I no pré-intervenção versus G-I no pós-intervenção.

**Figura 3: Número de acertos por palavras pré-intervenção (G-I).
Antônio Carlos, 2011.**



**Figura 4: Número de acertos por palavras pós-intervenção (G-I).
Antônio Carlos, 2011.**



5.3 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

A análise dos dados qualitativos, realizada através das falas, resultou na elaboração de cinco categorias descritas a seguir: (1) Atividades de educação em saúde como possibilidade de aprendizado para o idoso; (2) Atividades educativas em saúde no contexto dos grupos de convivência para idosos; (3) O valor da saúde bucal na expressão dos idosos; (4) Educação em saúde bucal para idosos: abordagem e seleção das temáticas; (5) Mudança de hábitos e compartilhamento do conhecimento.

5.3.1 Atividades de educação em saúde como possibilidade de aprendizado para o idoso

Os idosos afirmaram a manutenção da capacidade de aprendizado ao longo do envelhecimento e reportaram terem aprendido coisas que não sabiam após a participação nas atividades nos grupos. Os idosos justificam o pouco conhecimento que possuem na temática da saúde bucal ao fato de, no contexto local, terem tido poucos anos de educação formal. Entretanto, também apontam que muitos dos assuntos abordados já eram do seu conhecimento pelo que aprenderam ao longo da vida, desde sua juventude. Isso denota que o conhecimento sobre os cuidados à saúde bucal em geral, tem uma origem, para esta geração, no âmbito informal. A recuperação destes conhecimentos leigos, adquiridos por meio de experiências e vivências passadas auxilia no entendimento do idoso, recuperando informações anteriores, renovando e atualizando seus conhecimentos.

A própria condição idosa, por vezes, faz com que o idoso não tenha motivação ou plenas condições físicas ou mentais para o auto cuidado. Concordando com Assis (2009)¹⁵, a desvalorização social da velhice e sua associação imediata à doença desestimulam o idoso a uma postura de investimento em sua saúde, como se intervenções do tipo no âmbito educacional não tivessem força em para amenizar as limitações ou

perdas ocasionadas pelo avançar dos anos. A percepção dos entrevistados segue em sentido oposto, pois entendem que a abordagem educativa é muito válida para os idosos que possuem dificuldades de se cuidar, manter hábitos saudáveis, reconhecendo o que são capazes de fazer por si só e aquelas tarefas para as quais necessitam de auxílio de terceiros. Também afirmam que as ações educativas são importantes para padronizar a informação entre os idosos sobre boas práticas no cuidado à saúde. Mesmo num grupo aparentemente homogêneo, os idosos participantes das atividades educativas possuem hábitos diferentes, calcados em valores pessoais, experiências anteriores, perfil socioeconômico e epidemiológico, suporte social, dentre uma gama de fatores que devem ser tomados em conta para que se valorize o processo de ensino e aprendizagem sobre temas relacionados à saúde bucal, mesmo nesta fase da vida.

Foram observadas mudanças positivas na maneira de perceber e/ou lidar com o próprio envelhecimento e na forma de pensar e agir quanto ao auto cuidado no cotidiano. A desconstrução do envelhecimento como decadência e inutilidade foi outro ponto observado.

5.3.2 Atividades educativas em saúde no contexto dos grupos de convivência para idosos

Os grupos de idosos de Antônio Carlos promovem, principalmente, encontros com fins religiosos, sociais e de lazer e, assim, se tornam potente mecanismo de socialização. A oportunidade destes encontros, tradicionalmente, tem servido para a difusão de conhecimentos e informações pontuais de saúde. Porém, podem facilitar um trabalho mais estruturado e de longo prazo. O aprimoramento e profissionalização das ações desenvolvidas, bem como a inclusão de outros profissionais da saúde e áreas afins num calendário um pouco mais ampliado de atividades podem impulsioná-los a um salto qualitativo consolidando estes grupos como agentes de produção de práticas de saúde, de educação, de promoção de estilos de vida mais saudáveis, de conscientização de direitos. Esta estratégia de ação contribuirá para o empoderamento dos idosos e das comunidades a que pertencem.

A efetividade do empoderamento na melhoria da saúde das pessoas foi constatada em estudo de metanálise⁴⁶, sendo considerada

uma estratégia viável e promissora na capacidade de produzir impacto nos indicadores de saúde, desde que integrada às estratégias mais amplas de promoção da saúde como o aumento das habilidades das pessoas, acesso a informação e recursos; canalização dos esforços de grupos para desenvolver consciência crítica, construir ambientes suportivos, bem como uma noção mais aprofundada de comunidade e promoção da ação comunitária por meio do envolvimento da coletividade nos processos de decisão-ação.

Os idosos entrevistados consideram o grupo de convivência muito importante, principalmente por ser uma possibilidade de encontro coletivo. O grupo contribui para o combate à solidão, para promoção da diversão, contato com parentes e amigos, construção de novas amizades, realização de passeios e outras atividades integrativas de lazer.

No grupo, os idosos afirmam aproveitar melhor o tempo. O papel da coordenação foi apontado como fundamental para manter a coesão do grupo, no planejamento e continuidade das ações, no estímulo para frequência assídua e possibilitar o transporte, quando necessário.

Os idosos relataram que as atividades educativas em saúde bucal não atrapalharam as atividades rotineiras do grupo e consideraram válido debater em conjunto sobre a temática proposta. Afirmam que é necessário que se amplie e qualifique os momentos de educação em saúde nos grupos visto que, nesta fase da vida, o cuidado à saúde precisa ser mais pronunciado e ocupa muito do tempo e das atividades que eles desempenham diariamente. As ações educativas integradas às atividades dos grupos de convivência foram consideradas boas oportunidades de prática coletiva, visto que seria inviável ir de casa em casa distribuir este tipo de conhecimento.

5.3.3 Educação em saúde bucal para idosos: abordagens e temática

A aprendizagem dos idosos é viabilizada quando a ação pedagógica desenvolvida toma em conta estímulos visuais, os comportamentos dos idosos, os diferentes ritmos sensório-motores, a história de vida, as possibilidades de interação e ampliação de conhecimentos, proporcionadas por discussões e atividades em grupo.¹⁴

Mesmo relatando já possuírem algum grau de conhecimento sobre os temas em saúde bucal e Odontologia que foram abordados na intervenção educativa, os entrevistados não consideraram que houve

repetitividade ou mesmice. Comentaram que a repetição de certa forma auxilia a lembrá-los do que devem fazer rotineiramente.

Com relação à abordagem participativa e construtivista das ações, consideraram que valeu a pena o esforço de todos que participaram das atividades. Esta participação conjunta, entre coordenadora do grupo de convivência idosos e pesquisadores foi avaliada positivamente. Entretanto, alguns entrevistados demonstraram não terem atentado para o fato de se ter dado espaço para participação, e estabelecimento de diálogo entre os todos os presentes. Apontaram que, caso fosse adotado formato de palestra, não seria possível compreender plenamente e com detalhes os conteúdos.

A utilização de linguagem demasiadamente técnica foi considerada em entrave na compreensão das informações inicialmente. Contudo, a abertura dos pesquisadores ao questionamento, bem como o tempo reservado para escuta dos idosos facilitou o entendimento e promoveu a superação desta situação.

Os idosos entrevistados recordaram aspectos metodológicos adotados durante a construção compartilhada do conhecimento com o apoio da escrita de palavras significativas em um quadro, visualização de imagens e elaboração de desenhos, sempre relacionados ao tema de cada encontro. Ressaltaram que sempre é bom haver certo cuidado com a forma pela qual se estabelece a comunicação com os idosos, o modo de falar, principalmente quando o assunto tangencia a questão de hábitos de vida, como cuidado à saúde bucal.

Os temas selecionados foram considerados pertinentes, pois muitos idosos não compreendem a importância de certos hábitos, como os de higiene bucal ou a consulta regular com o dentista, mesmo quando do uso de próteses totais. As orientações, de caráter prático, específicas de higiene bucal, que foram compartilhadas no grupo, e aplicáveis no dia a dia do idoso e sua família foi um despertar em seu cotidiano para as práticas de cuidado na perspectiva de se evitar doenças de ordem geral, por meio da manutenção da saúde bucal.

Em geral, a abordagem utilizada foi vista como bem planejada e orientada aos objetivos propostos. Os temas foram considerados interessantes e fizeram sentido para o grupo de idosos. Alguns entrevistados relataram que, apesar de haver alguma novidade nos assuntos, já praticavam muito do que foi falado. Por outro lado, como em tempos passados a saúde bucal e a Odontologia ocupava espaço restrito na vida destes idosos, há um reconhecimento de que o cuidado à

saúde bucal na fase idosa da vida é ponto tão importante quanto para os mais jovens.

5.3.4 O valor da saúde bucal na expressão dos idosos

A realização de encontros e atividades de orientação em grupos de idosos é importante mecanismo para proporcionar a oportunidade de conscientizar e estimular o idoso a valorizar a saúde bucal e a procurar os serviços odontológicos.

Neste estudo, o valor atribuído pelos entrevistados à saúde bucal está relacionado principalmente à possibilidade de se realizar a higiene bucal adequadamente. Essa prática foi considerada imprescindível para manter saúde, entendida no seu mais amplo espectro. Se o cuidado faz parte do corpo humano, então é preciso ser feito.

Destaque é dado para o cuidado com as próteses dentárias, especialmente com relação à higiene. Também relacionam a saúde bucal com aspectos etiológicos da cárie dentária, principalmente pela ingestão de açúcar.

A higiene corporal e, por conseguinte, a bucal ocupa lugar de destaque na valorização da manutenção da saúde bucal. Os entrevistados relembram que a maioria destes idosos não teve plena possibilidade de desempenhar boa higiene bucal no passado, principalmente pelo fato de não terem acesso a recursos como escova de dentes e dentífrico. Logo, se atualmente o idoso possui esses meios, de modo mais facilitado e recorrente, não pode deixar de realizar esse cuidado.

Moysés e Kusma (2008)⁴⁷ apontam alguns fundamentos para uma prática política que consolide a valorização e integração da saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Destacam um novo entendimento sobre a importância da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas, integração de ações de saúde geral e saúde bucal, mudanças na atuação profissional integrando ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, profissionais de saúde capacitados a compreender o contexto de diferentes ciclos de vida individual e familiar e novas intervenções que vão além de práticas educativas individuais.

5.3.5 Mudança de hábitos e compartilhamento do conhecimento

Segundo Assis (2009)¹⁵, especialmente as práticas educativas em saúde do idoso devem abrir espaços ao diálogo, valorizando o modo como cada pessoa lida com seus processos de viver saudável e adoecer, com as dificuldades que enfrenta e as alternativas que encontram para enfrentá-los. Devem assim, possibilitar o intercâmbio entre saber técnico-científico compartilhado e a cultura popular, ampliando as visões, num processo de construção compartilhada do conhecimento.

As atividades educativas nos grupos de convivência para idosos devem procurar promover verdadeiros espaços de processo de ensino-aprendizagem, a partir do diálogo, da troca de experiências, da tomada em conta de aspectos sócio-econômicos-culturais relevantes e que possam influenciar o impacto/efetividade das práticas de educação em saúde.^{15,25}

Nesse sentido, os entrevistados relataram que após a participação das atividades modificaram hábitos, como por exemplo, aprimoramento da higiene bucal, pela inserção de novos acessórios para higiene ou pelo aperfeiçoamento de algum procedimento. Também afirmaram terem ficado mais alertas quando há alguma mudança na cavidade bucal ou mesmo algum problema que tenha sido exposto e debatido no grupo. A promoção da autonomia do idoso é um aspecto importante a ser reconhecido.

Alguns idosos relataram não terem modificado seus hábitos, mas as ações reforçaram os cuidados que ele já vinha realizando. Dessa forma, como apontado por Sequeira (2009)²² a educação em saúde bucal pode ser integrada às ações programáticas já existentes, que oferecem atenção a essa faixa etária, como grupo de hipertensos e diabéticos ou de controle do tabagismo, potencializando sua ação educativa.

Importante destacar que a maioria dos idosos, comentou com parentes sobre as atividades realizadas nos grupos, compartilhando os ensinamentos adquiridos. Os cuidados com a higiene bucal foram os temas mais conversados no âmbito da família. Esse fato revela um enorme potencial multiplicador das ações educativas nos grupos de convivência. Associa-se o fato de que muitos destes idosos são mulheres, que residem junto ou próximos a parentes (filhos, netos e

noras) e são ainda consideradas eixo central da organização familiar, aconselhando a todos sobre como bem cuidar da saúde.

6 CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou a melhor compreensão sobre a organização das ações de educação em saúde bucal para a população idosa.

A realização de práticas educativas em saúde bucal pode contribuir para agregar conhecimento em saúde bucal aos idosos em grupos de convivência.

Neste contexto, as ações educativas devem ser planejadas de modo compartilhado, buscando a participação ativa dos idosos. Os temas de saúde bucal devem ter relação com a condição de saúde do idoso e não devem ser tratados isoladamente, mas sim num contexto mais amplo de promoção da saúde. As dinâmicas de abordagem devem respeitar a identidade, os saberes e as experiências dos idosos, com linguagem técnica adaptada para melhor compreensão, sempre se levando em consideração suas possíveis limitações. É preciso ter em mente que os idosos participantes de grupos não são iguais, e a consideração de suas diferenças como gênero, idade, condição física e cognitiva são cruciais para o êxito do processo educativo. Compreendeu-se ainda que as ações educativas não se encerram no grupo, mas possuem um poder multiplicador entre familiares e pessoas próximas aos idosos.

Por meio da pesquisa-ação que foi levada a cabo, as ações educativas realizadas procuraram resgatar elementos que estimulassem a reorientação das práticas de saúde em direção ao cuidado integral, humanizado, participativo e inclusivo da pessoa idosa, tanto nos planos individual como coletivo. Valorizando as especificidades da condição de vida e saúde, incluindo a saúde bucal, do idoso e partindo do pressuposto que esta última influencia no seu bem-estar e faz parte do seu cotidiano, foi possível realizar, com sucesso, intervenções baseadas na construção compartilhada do conhecimento.

Os grupos de convivência de idosos demonstraram, por meio dos seus participantes, serem espaços privilegiados para as ações de educação em saúde bucal, guardadas as singularidades dos seus elementos constituintes e organizacionais, e o respeito à identidade de seus participantes. Constitui-se assim, uma prática relevante que pode ser difundida e aperfeiçoada, com vistas à promoção do envelhecimento

saudável. A realização da intervenção promoveu espaços de ensino-aprendizagem e estimulou a reflexão sobre as práticas relacionadas à educação em saúde bucal, construídas coletivamente com os idosos.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 138a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO. **Projeto de plano decenal regional de sobre saúde bucodental**. Washington, D.C., EUA, 19–23 de junho de 2006. Tema 4.6 da agenda provisória CE138/14 (Port.) 31 de maio de 2006.
2. NARVAI, P.C.; FRAZAO, P.; RONCALLI, A.G. et al. Dental caries in Brazil: decline, polarization, inequality and social exclusion. **Rev Panam Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.
3. PETERSEN, P.E.; BOURGEOIS D.; OGAWA H. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bull World Health Organ**, v.83, n.9, p.661-669, 2005.
4. MOYSES, S.J.; MOYSES, S.T; MCCARTHY, M. et al. Intra-urban differentials in child dental trauma in relation to healthy cities policies in Curitiba, Brazil. **Health Place**, v.12, n.1, p.48-64, 2006.
5. WATT, R. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, n.1, p.1-11, 2007.
6. MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L. Unveiling contradictions and incorporating best practices in the elderly's oral health. **Physis**, v.17, n.1, p.139-156, 2007.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal**. Cadernos de atenção básica. N.17. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006.
8. KAHAN, B., GOODSTADT, M. **The IDM Manual: Basics**. 3.ed. Centre for Health Promotion, University of Toronto, May 2005.
9. 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).

10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil**. Condições de saúde bucal da população brasileira - 2010: Nota técnica a imprensa. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 2010.

11. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil**. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 2003.

12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra domiciliar**: acesso e utilização de serviços de saúde, 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

13. STRAYER, M. Oral health for homebound and institutionalized elderly. **J Calif Dent Assoc.**, v.27, n.9,p.703-708, 1999.

14. ASSIS, M. (Org.) **Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de saúde com idosos**. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2002.

15. ASSIS, M. et al. Evaluation of a health promotion project at the Elderly People's Care Center: an exploratory study. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.367-82, 2009.

16. FREIRE, D. B. L. "A Boca não Existe" Saberes e Práticas de Trabalhadores da Saúde Comunitária Sobre Saúde Bucal de Idosos. **Dissertação**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, setembro de 2005.

17. ASSIS, M.; et. al. Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. **O Mundo da Saúde**, v.31, n.3, p.438-447, 2007.

18. SANTOS, S. F.; CAMPINAS, L. L. S. L.; SARTORI, J. A. L. A Afetividade Como Ferramenta na Adesão às Orientações sobre

Educação em Saúde Bucal na Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n.1, p.109-119, 2010.

19. UNICOVSKY, M. A. R. A Educação como meio para Vencer Desafios Impostos aos Idosos. **Rev Bras Enferm.** v.57, n.2, p.241-243, 2004.

20. CARVALHO, V. L. R.; MESAS, A. E.; ANDRADE, S. M. Aplicação e Análise de uma Atividade de Educação em Saúde Bucal para Idosos. **Revista Espaço para a Saúde**, v.7, n.2, p.1-7, 2006.

21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dept. of Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion. **Active ageing : a policy framework.** Geneva: World Health Organization, 2002.

22. SEQUEIRA, E. Aplicação de modelo educacional interativo como recurso para orientação e motivação sobre saúde oral em idosos. **Tese.** Universidade de São Paulo-USP. São Paulo. 260p. 2009.

23. HUANG, L.H. et al. The effectiveness of health promotion education programs for community elderly. **J Nurs Res.** v.10, n.4, p.261-270, 2002.

24. KLINEDINST, N.J. Effects of a nutrition education program for urban, low-income, older adults: a collaborative program among nurses and nursing students. **J Community Health Nurs.** v. 22, n.2, p. 93-104. 2005.

25. PINO, M.; RICOY, M.C.; PORTELA, J. Design, implementation and evaluation of a health education program for the elderly. **Cien Saude Colet.** v. 15, n.6, p. 2965-2972, 2010.

26. SON, Y.J.; CHOI, E.Y.; SONG, Y.A. Effects of a problem-based learning program on health education for elders. **J Korean Acad Nurs.** v. 39, n. 2, p. 207-216, 2009.

27. PEDROSA, J.I.S. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELLOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos:**

reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

28. OBEDIENTE, F. M. R., et. al. Intervención educativa sobre salud bucal para la tercera edad en Centros Comunitarios de Salud Mental. **Rev. Archivo médico de Camagüey**, v.13, n.5, 2009.

29. FIGUEIREDO, M. L. F.; et. al. Educação Em Saúde E Mulheres Idosas: Promoção de Conquistas Políticas, Sociais e em Saúde. **Esc Anna Nery R Enferm.** v.10, n.3, p. 458-463, 2006.

30. VACCAREZZA G. F., FUGA R. L., FERREIRA S. R. P. Saúde Bucal e qualidade de vida dos Idosos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo** v. 22, n. 2, p. 134-137, 2010.

31. COSTA, E. H. M.; SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, A. P. G. F. Autopercepção da condição de saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2925-2930, 2010.

32. MOREIRA, R. S. Perda dentária em adultos e idosos no Brasil: a influência de aspectos individuais, contextuais e geográficos. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

33. FIRMINO, R.; RODRIGUES, L.; CRUZ, P.; VASCONCELOS, A. C. Educação Popular e Promoção da Saúde do Idoso: Reflexões a partir de uma Experiência de Extensão Universitária com Grupos de Idosos em João Pessoa-PB. **Rev. APS**, v. 13, n. 4, p. 523-530, 2010.

34. GARCIA, M.A.A. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.14, n.2, p. 175-182, 2006.

35. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS. Informações em saúde.** Dados demográficos. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poptSC>>.def Acesso em 22 de maio de 2010.

36. THIOLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez; 1994.
37. MIRANDA, M.G.; RESENDE, A.C.A. Sobre a pesquisa-ação na educação e as armadilhas do praticismo. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11 n. 33, p.511-518, 2006.
38. CARVALHO, M.A. P., ACIOLI, S. STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELLOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001.
39. BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Ed.70; 1979.
40. MARTINS, A. M. E. B. L.; HAIKAL, D. S.; PEREIRA, S. M.; BARRETO, S. M. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. **Cad. Saúde Pública**. V.24, n.7,p.1651-1666, 2008.
41. BENYAMINI, Y.; LEVENTHAL, H.; LEVENTAHAL E.A. Self rated oral health as an independent predictor of self rated general health, self esteem and life satisfaction. **Soc Sci Med.**, v.59, n.5, p. 1109-16, 2004.
42. SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saude Publica**. v.35, n.4, p.349-355, 2001.
43. DITTERICH, R. G.; PORTERO, P. P.; WAMBIER, D. S.; PILATTI, G. L.; SANTOS, F. A. Higiene bucal e motivação no controle do biofilme dental. **Odontologia. Clín.-Científ.** v.6, n2, p.123-128, 2007.
44. VARELLIS MLZ. **O paciente com necessidades especiais na odontologia**. São Paulo: Santos; 2005.

45. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer:** abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011.128 p.
46. WALLERSTEIN N. **What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?** WHO, Regional Office for Europe, Health Evidence Network, Copenhagen, 2006.
47. MOYSÉS ST, KUSMA S. Promoção de Saúde e intersetorialidade na abordagem familiar. In: Moysés ST, Kriger L., Moysés SJ. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências.** São Paulo: Artes Médicas, 2008.

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO

	Município de Antônio Carlos Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social		Universidade Federal de Santa Catarina Programa de Pós-graduação em Odontologia
---	---	---	--

Número |_|_|_|_|

Nome do Entrevistador: _____.

Data: ____/____/____

NOME: _____

Idade: _____

Bloco Padrão de Uso dos Serviços Odontológicos

1. Há quantos anos foi sua última visita ao dentista?

1. () Eu nunca fui ao dentista.
2. () Há menos de um ano.
3. () Entre 1 e 2 anos.
4. () Entre 3 e 10 anos.
5. () Mais de 10 anos.

2. Na última vez que foi ao dentista, onde foi atendido?

1. () No Serviço Público (SUS/Centro de saúde).
2. () No Serviço Privado (dentista ou consultório ou clínica particular).
3. () Outros (sindicato ou da cooperativa, ou da empresa que trabalha, etc...).

3. Que procedimento foi realizado nesta última consulta ao dentista?

1. Confeção de prótese.
2. Limpeza.
3. Extração.
4. Restauração.
5. Outros _____

4. Considera que necessita de tratamento odontológico atualmente?

1. Sim.
2. Não.

Bloco Higiene Bucal

5. Com que frequência você escova os dentes?

1. Nunca.
2. Menos que uma vez por dia.
3. Uma ou duas vezes por dia.
4. Mais do que duas vezes por dia.

6. O que utiliza para escovar os dentes?

1. Escova de dentes.
2. Creme Dental.
3. Outro _____

7. Você costuma usar fio dental para limpar seus dentes?

1. Sim.
2. Não.

7a. Com que frequência você usa o fio dental?

1. Nunca.
2. Menos que uma vez por dia.
3. Uma ou duas vezes por dia.
4. Mais do que duas vezes por dia.

8. Você costuma usar palito para limpar seus dentes?

1. () Sim.
2. () Não.

8a. Com que frequência você usa o palito?

2. () Menos que uma vez por dia.
3. () Uma ou duas vezes por dia.
4. () Mais do que duas vezes por dia.

9. Você costuma usar bochecho/enxaguante bucal?

1. () Sim.
2. () Não.

Qual o nome? _____

9a. Com que frequência você usa o bochecho/enxaguante?

2. () Menos que uma vez por dia.
3. () Uma ou duas vezes por dia.
4. () Mais do que duas vezes por dia.

10. Você costuma limpar/escovar a língua?

1. () Sim.
2. () Não.

10a. O que você usa para limpar a língua?

1. () escova
2. () gaze
3. () raspador de língua
4. Outro _____

11. Caso você use prótese, com que frequência você escova sua prótese?

1. () Nunca.
2. () Menos que uma vez por dia.
3. () Uma ou duas vezes por dia.
4. () Mais do que duas vezes por dia.

12. O que você usa para limpar a prótese?

1. () Escova de dente.
2. () Escova específica para prótese.
3. () Pasta de dente.
4. () Detergente/sabão.

12a. Caso vc tenha dentes naturais e próteses você...

1. () Usa a mesma escova para dentes e próteses.
2. () Usa escovas diferentes para dentes e prótese.

13. Você costuma deixar sua prótese de molho para limpar?

1. () Sim.
2. () Não.

13a. Com que frequência você deixa sua prótese de molho?

1. () Todo dia
2. () Algumas vezes na semana
3. () Algumas vezes por mês

14. Que tipo de líquido você deixa sua prótese?

1. () Somente água
2. () Água com cloro
3. () Água com bicarbonato
4. () Água com pastilha
5. () Outro _____

15. Quando foi a última troca da escova de dentes/prótese?

1. () Há menos de um mês.
2. () Entre um mês e seis meses.
3. () Há mais de seis meses.

Outros cuidados Bucais

16. Você usa protetor solar no rosto ao sair na rua/trabalhar?

1. () Sim.
2. () Não.

17. Você usa protetor nos lábios ao sair na rua/trabalhar?

1. () Sim.
2. () Não.

18. O que você passa nos lábios ao sair na rua/trabalhar?

1. () Protetor solar (tipo batom)
2. () Batom
3. () Manteiga de cacau
4. () Hipoglós
5. () Outro _____

19. Você fuma?

1. () Sim.
2. () Não.

Bloco Conhecimento sobre Saúde Bucal/Odontologia

20. Vou lhe mostrar um cartão com uma palavra relacionada à Saúde Bucal e Odontologia.

Leia alto a palavra e comente seu significado.

Número de acertos: _____

Açúcar	_____	Abscesso	_____	Periodontal	_____
Fumo	_____	Extração	_____	Selante	_____
Fio dental	_____	Dentadura	_____	Hipoplasia	_____
Escova	_____	Esmalte	_____	Halitose	_____
Polpa	_____	Dentição	_____	Analgesia	_____
Flúor	_____	Placa	_____	Celulite facial	_____
Braquetes	_____	Gengiva	_____	Fistula	_____
Genética	_____	Maloclusão	_____	Temporomandibular	_____
Restauração	_____	Incipiente	_____	Hiperemia	_____
Bruxismo	_____	Cárie	_____	Apicetomia	_____

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual sua opinião sobre as atividades realizadas sobre Educação em Saúde Bucal no grupo de idosos?
2. O que você achou da forma como foram feitas as atividades?
3. O que você achou dos temas/assuntos abordados?
4. Comente o que mais lhe interessou nas atividades?
5. Foi possível aplicar o que foi discutido no grupo de idosos no seu dia-a-dia? De que modo?
6. Você tem alguma sugestão para dar sobre as atividades?

ANEXO 1 - PARECER DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 264/06

I – Identificação:

- Título do Projeto: **CONSTRUÍDO MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: o IDM (Interactive Domain Model) como tecnologia de gestão em serviços locais de saúde.**

- Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Ana Lúcia S. Ferreira de Mello

- Pesquisador Principal: Ana Lúcia S. Ferreira de Mello

- Data Coleta dados: Início: Fevereiro/2007. Término previsto: Fevereiro/2008

- Local onde a pesquisa será conduzida: Comunidade

II - Objetivos:

Objetivo Geral – Aplicar o modelo IDM (*Interactive Domain Model*) em serviços locais de saúde com vista à construção de melhores práticas em saúde bucal para pessoas idosas.

Objetivos Específicos

- Verificar a aplicabilidade do modelo IDM enquanto tecnologia de gestão;

- Verificar se o processo de aplicação do modelo IDM mostra-se capaz de orientar os atores envolvidos para uma prática transformadora e melhor;

- Identificar procedimentos de melhores práticas em saúde bucal para idosos, susceptíveis de divisão.

III- Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante, haja vista que o IDM tem por objetivo de auxiliar pessoas envolvidas na gestão de serviços de saúde, em diferentes níveis de atuação (pesquisa, formulação de políticas ou implementação de ações), a refletir sistemática, integral e criticamente sobre suas práticas, e consequentemente transformá-las. O princípio da autonomia está atendido, porquanto há um bem formulado TCLE. Assim, os princípios bioéticos estão atendidos e impõe-se a aprovação do presente projeto.

V – Parecer final:

Ante o exposto, somos pelo deferimento do projeto em análise.

Parecer do CEP:

(x)aprovado

Data da Reunião do Conselho de Ética: 30 de outubro de 2006.

Florianópolis, 04 de fevereiro de 2009


Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP SH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.