

Marco Túlio de Freitas Ribeiro

**CONHECIMENTO, PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL E PERFIL DOS
CUIDADORES DE IDOSOS, EM INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA DE BELO HORIZONTE – MG / 2003**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em odontologia, na área de concentração em Clínica Odontológica.

Orientadores: Prof Allyson Nogueira Moreira
Profª Efigênia Ferreira e Ferreira

Belo Horizonte
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
2004

Dedico ...

...a minha mãe;
a memória de meu pai;
aos muitos idosos com os quais tanto tenho aprendido.

AGRADECIMENTOS

Expresso toda a minha gratidão a todos que de diferentes maneiras contribuíram na execução desse trabalho.

Agradeço a Deus por iluminar meu caminho e ter me dado saúde durante essa jornada.

Ao meu orientador e amigo Prof. Allyson Nogueira Moreira, pela confiança, ensinamentos e companheirismo.

A minha orientadora Prof^a Efigênia Ferreira e Ferreira, pelos ensinamentos, disponibilidade e carinho.

Ao colegiado de Pós-graduação em especial a Prof^a Isabela de Almeida Pordeus, pela atenção e confiança.

À Prof^a Cláudia Magalhães Silami pela amizade, disponibilidade e carinho.

Aos cuidadores e coordenadores das instituições de longa permanência de Belo Horizonte.

À toda equipe da Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência e do Idoso.

Às minhas colegas “Fernandas” pelo companheirismo.

À “Dôra” colega e amiga ao longo de todo curso.

As amigas Raquel e Flávia pelas horas perdidas ao telefone e no computador.

Aos demais colegas do curso de mestrado.

“Se alguém subisse ao céu e contemplasse a natureza do mundo e a beleza dos astros, causar-lhes-ia isso suave admiração, mas ficaria muito encantado se tivesse alguém a quem contar as maravilhas”

Marco Túlio Cícero

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar práticas e conhecimento de saúde bucal dos cuidadores de idosos, nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. A amostra definida para esse estudo, após cálculo amostral foi de 181 cuidadores, 98 cuidadores de instituições filantrópicas (FIL) e 83 de instituições privadas (PRIV), proporcionados de acordo com a distribuição da população nas diferentes classificações de instituições obtida junto à PROMOTORIA DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICÊNCIA E IDOSO. Os cuidadores entrevistados foram selecionados aleatoriamente por sorteio sistemático. O projeto desse estudo foi submetido ao COEP e aprovado sob parecer 212/01. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram uma ficha de dados da instituição, e um roteiro estruturado de entrevistas para aplicação junto aos cuidadores, ambos testados e adaptados em estudo piloto. As entrevistas foram feitas nas instituições pelo próprio pesquisador após consentimento livre e esclarecido dos responsáveis legais pela instituição e cuidadores. Os dados foram apurados, e organizados de forma sistemática. A apresentação dos resultados foi feita através da estatística descritiva para cada modalidade de instituição, utilizando-se gráficos e tabelas. O teste Qui-quadrado foi utilizado para comparação das hipóteses, e nos casos em que esse não foi indicado adotou-se o teste exato de Fisher ($p < 0,05$). Os resultados mostraram que a maioria dos cuidadores das instituições de longa permanência de Belo Horizonte é do sexo feminino. De uma forma geral os cuidadores das instituições FIL possuem escolaridade mais baixa que os das PRIV. O cuidar foi considerado pela maioria dos cuidadores (98,5%) como uma fonte de bem-estar pessoal. Quase metade dos indivíduos avaliados não descreveu ter dificuldades

com a profissão. O principal problema apontado pelos cuidadores no exercício da função foi a convivência com os idosos. A metade dos cuidadores entrevistados adquiriu seus conhecimentos profissionais, com a prática diária. Quanto ao aprendizado dos procedimentos de higiene bucal, a maior parte dos indivíduos avaliados (76%) disse ter tido informação sobre o assunto através da prática, cursos ou ambos. A execução dos cuidados bucais foi considerada fácil por mais da metade dos cuidadores (52,5%). Não houve diferenças estatísticas entre facilidade de realização da higiene bucal dos idosos com as variáveis: modalidade de instituição, aprendizado de higiene bucal ou experiência profissional ($p>0,05$). Os cuidadores de ambas modalidades de instituição (FIL e PRIV) disseram haver disponibilidade de produtos para higiene bucal nas instituições constantemente. A partir dos resultados pode se concluir que nas instituições de longa permanência os idosos são cuidados principalmente por mulheres. Para os cuidadores a profissão é uma fonte de bem-estar. A prática é uma importante forma de aprendizado para esse grupo de profissionais. A maioria dos cuidadores tem informação sobre cuidados bucais. Ser educado quanto aos procedimentos de higiene bucal não torna esta tarefa mais fácil para os cuidadores. A resistência do idoso aos procedimentos de higiene bucal é a principal dificuldade dos cuidadores com essa atividade. A falta de produtos de limpeza bucal não constitui uma barreira a esses cuidados.

ABSTRACT

This paper evaluates the buccal health practices, as well as the knowledge about them by the elderly's caregivers, who work in long term care facilities in Belo Horizonte. The chosen sample was defined after sampling calculation and was consisted of 181 caregivers, 98 from philanthropic facilities (PHI) and 83 from private facilities (PRIV), in proportion with the population distribution in different facilities classification provided by THE PUBLIC PROSECUTOR'S OFFICE OF DEFENSE FOR THE HANDICAPPED AND THE ELDERLY'S RIGHTS. This work selects the caregivers for interview by systematic selection. The project of this paper was previously submitted to COEP (Comitê de Ética e Pesquisa) – Ethics and Research Committee and it was approved. This research uses a data card of the facility, and a structured itinerary for caregivers' interviews. Both the instruments were previously tested and adapted in a pilot study. The researcher himself directed the interviews in the mentioned facilities, with the free and clarified approval of their legal responsible individuals. Data was investigated and organized in a systematic way. The results presentation was made through a descriptive statistic for each kind of facility, through graphs and tables. This work used the Q Square Test in certain cases to test the hypothesis and Fisher's exact test ($p < 0,05$) for other cases. The results showed that most of caregivers from long the care facilities in Belo Horizonte are female. In general, the caregivers from PHI facilities have lower school education than in PRIV facilities. Most of them (98,5%) considered the care as a source of personal well-being. Less than half of the evaluated individuals did not mention difficulties in their profession. The caregivers appointed their relationship with the elderly as the main problem in the practice of their function.

Half of the interviewed caregivers achieved their professional knowledge with the daily practice. In relation to the procedures of buccal hygiene, most of the evaluated individuals (76%) affirmed they had had some kind of information about the subject. More than half of the caregivers (52%) considered easy the performing of buccal care. There were not any statistical differences among the easy way of buccal hygiene and the kind of the facility, learning of buccal hygiene procedures of professional experience ($p>0,05$). The caregivers from both facilities (philanthropic and private) stated that there is normal availability of products for buccal hygiene in the facilities. This paper shows as result, that, in the long-term care facilities, the elderly are cared specially by female. The caregivers from the philanthropic facilities have lower school education than the ones from private facilities. For most of the caregivers, the profession is a source of well-being. The practice is an important way for this group of professionals. Most of them have knowledge about buccal care. The information about procedures of this knowledge does not make their work easier. The main difficulty found by the caregivers is the elderly's resistance in using the procedures of buccal hygiene. There is no problem with the lack of buccal hygiene products.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos cuidadores segundo nível de escolaridade nas instituições filantrópicas de Belo Horizonte.....59

Gráfico 2 - Distribuição dos cuidadores segundo nível de escolaridade nas instituições privadas de Belo Horizonte.....59

Gráfico 3 - Forma de aprendizado da profissão dos cuidadores nas instituições filantrópicas de Belo Horizonte..... 72

Gráfico 4 - Forma de aprendizado da profissão dos cuidadores nas instituições privadas de Belo Horizonte.....72

Gráfico 5 - Forma como os cuidadores das instituições filantrópica de Belo Horizonte aprenderam a higiene bucal.....78

Gráfico 6 – Forma como os cuidadores das instituições privadas de Belo Horizonte aprenderam a higiene bucal.....78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa de cuidadores de idosos por modalidade e classificação das instituições de longa permanência – Belo Horizonte – 2002.....50

Tabela 2 – Frequência relativa de cuidadores segundo faixa salarial por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003.....61

Tabela 3 – Frequência relativa de cuidadores segundo tempo de trabalho na instituição por modalidade e classificação – Belo Horizonte – 2003..... 64

Tabela 4 – Frequência relativa de cuidadores segundo experiência profissional por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003..... 65

Tabela 5 – Frequência relativa de dificuldades da profissão segundo relato dos cuidadores por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003.... ..68

Tabela 6 – Frequência relativa de cuidadores treinados em serviço após contratação por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003.....73

Tabela 7 – Frequência relativa de cuidadores que aprenderam procedimentos de higiene bucal por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003.....75

Tabela 8 – Frequência relativa de cuidadores que consideram a higiene bucal dos idosos fácil por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003.....77

Tabela 9 – Frequência relativa das dificuldades com a higiene bucal dos idosos relatados pelos cuidadores por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003..... 80

Tabela 10 - Frequência relativa dos tipos de procedimentos de higiene bucal descrito pelos cuidadores por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003..... 82

Tabela 11 – Frequência relativa da higiene bucal dos idosos segundo relato de cuidadores por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003.....84

Tabela 12 – Frequência relativa de descrições da higiene bucal dos idosos independentes por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003.....85

Tabela 13 – Frequência relativa de responsáveis pelo encaminhamento das necessidades odontológicas dos idosos segundo relato dos cuidadores por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003.....88

Tabela 14 – Frequência relativa de cuidadores com dificuldade em participar treinamento por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003.....89

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	
14	
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	
..... 18	
2.1 Envelhecimento da População e suas implicações.....	18
2.2 Instituições de Longa Permanência.....	19
2.3 O idoso Institucionalizado.....	23
2.4 Cuidadores de Idosos no Brasil.....	27
2.5 Cuidadores de idosos: seus Conhecimento e Práticas de Saúde Bucal.....	31
2.6 Saúde Bucal e Qualidade de Vida.....	42
3 OBJETIVOS.....	47
3.1 Objetivo Geral.....	47
3.2 Objetivos Específicos.....	47
4 METODOLOGIA.....	48
4.1 Caracterização do Universo.....	49
4.2 Cálculo Amostral.....	49
4.3 Composição e Seleção da Amostra.....	49
4.4 Instrumento para Coleta de Dados.....	50
4.4.1 Ficha da Instituição.....	50
4.4.2 Roteiro Estruturado de Entrevista.....	51
4.5 Coleta de Dados.....	51
4.6 Apuração e Análise dos Dados.....	52
4.7 Avaliação do Comitê de Ética.....	53

4.8 Desenho do Estudo.....	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
5.1 Descrição da Amostra.....	55
5.2 O Cuidar.....	64
5.3 Os Cuidados Bucais.....	73
5.4 O Cuidador e o Idoso.....	89
6 CONCLUSÕES.....	93
REFERÊNCIAS.....	96

APÊNDICES

Apêndice A – Consentimento Livre e Esclarecido para Coordenadores.....	105
Apêndice B - Ficha da Instituição.....	106
Apêndice C – Consentimento Livre e Esclarecido para Cuidadores 107	
Apêndice D – Roteiro Estruturado de Entrevista.....	108

ANEXOS

Anexo A - Termo de Voluntariado.....	113
Anexo B – Critério de Classificação Econômica.....	114
Anexo C - Parecer COEP.....	115

1 INTRODUÇÃO

Em 1982, durante a primeira Assembléia sobre o Envelhecimento Mundial, definiu-se como indivíduos idosos nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, as pessoas de 60 anos ou mais (CORRÊA, 1996).

Os dados do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2000 referentes ao último censo mostraram que o número das pessoas classificadas como idosas, vem aumentando na população brasileira. Esse processo chamado de envelhecimento populacional ou transição demográfica tem várias conseqüências sociais.

Uma das mudanças que ocorrem com o envelhecimento populacional, refere-se a transição epidemiológica, com um aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas. Essas doenças geram mais incapacidade, dependência e necessidade de suporte na execução de tarefas necessárias à sobrevivência (CHAIMOWICZ, 1998).

Assim, Katz (1963) classificou os idosos de acordo com sua capacidade de executar as atividades de vida diária (AVD), em independentes, moderadamente dependentes ou dependentes.

Além da dependência, fatores de ordem social, como ausência de familiares ou a incapacidade destes em cuidar do idoso, fatores econômicos, como baixas aposentadorias são apontadas como as principais causas que podem levar à internação

do idoso em uma instituição de longa permanência (CHAIMOWICZ, 1998; CHAIMOWICZ E GRECO, 1999; TELLES FILHO E PETRILLI FILHO, 2002; VIEIRA, 2003).

De acordo com a portaria 810/1989 do Ministério da Saúde , instituições de longa permanência para idosos são estabelecimentos, sob denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender idosos, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período determinado ou não (BRASIL, 1989)

Devido ao aumento na procura por essas instituições, vem ocorrendo um crescimento no número das mesmas em várias regiões do país. Numa tentativa de coibir abusos, maus tratos e negligência contra idosos em risco pessoal e social, normas e leis para funcionamento desses estabelecimentos começam a surgir, numa tentativa de garantir cuidados de qualidade a esse grupo.

Um exemplo disso é a norma técnica 052 da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte que, para concessão de alvará de funcionamento das instituições geriátricas requer da parte destas uma equipe multidisciplinar, com a participação do dentista nessa equipe (BELO HORIZONTE, 2000).

A inserção dos profissionais da área odontológica nas instituições abrirá um novo espaço de atuação para os mesmos, trazendo-lhes a oportunidade e o desafio de mudar um quadro de saúde bucal descrito como ruim por vários autores. Para tanto

necessitarão atuar conjuntamente a outros profissionais que prestam cuidados ao idoso (PEREIRA et al., 1999; ROSA et al., 1993)

As pesquisas mostram que a condição de saúde bucal dos idosos residentes em instituições geriátricas é precária, principalmente a dos dependentes, e que os cuidadores desses pacientes têm um importante papel na preservação de uma boa condição odontológica dos mesmos.

A partir dos relatos de Néri e Sommerhalder (2001) podemos inferir que existem dois tipos de sistemas de apoio ao idoso: o formal, baseado em relações profissionais, e o informal, que funciona a partir de relações de parentesco, amizade ou coletivismo. Os cuidadores podem ser, portanto, classificados como formais (contratados) ou informais (parentes e amigos).

A exemplo de estudos realizados em outros países, uma pesquisa com cuidadores de instituições (formais) realizado em Porto Alegre mostrou que esses profissionais têm precária formação em cuidados bucais. A baixa qualificação desses indivíduos não contribui para a melhoria da saúde bucal dos idosos (MELLO e PADILHA, 2001).

Os poucos trabalhos sobre a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados no Brasil, têm mostrado altos percentuais de edentulismo e má condição de higiene bucal. Entretanto, ao contrário de outros países, pouco foi pesquisado em relação ao papel dos cuidadores na manutenção da saúde bucal desse grupo populacional.

Nesse sentido, dado a relevância que esses profissionais podem exercer na mudança do triste quadro de saúde e higiene bucal observado entre os idosos institucionalizados, esse trabalho pretende conhecer melhor sua formação e possíveis dificuldades com os cuidados bucais, com o objetivo de contribuir para a melhorar a sua qualificação e portanto, a atenção prestada aos residentes em instituições de longa permanência.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Envelhecimento da População e suas Implicações

O envelhecimento da população é um fenômeno observado mundialmente. No Brasil, de acordo com projeções demográficas, entre 1950 e 2025, a quantidade de idosos aumentará de 15 a 16 vezes contra 5 vezes da população total. Essas mudanças na pirâmide etária brasileira decorrem de reduções das taxas de mortalidade e fecundidade, ocorrendo de forma acelerada. Estima-se, hoje, que 8% da população brasileira é composta de idosos, sendo que eles estão mais concentrados nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste (CHAIMOWICZ, 1998; CORRÊA, 1996; MANETTA et al., 1998; MELLO JORGE et al., 2001; VERAS e ALVES, 1999).

Uma das conseqüências da maior longevidade é a mudança do padrão de doenças, chamada transição epidemiológica. Pessoas idosas apresentam doenças principalmente do tipo crônico-degenerativas, que são mais onerosas para o sistema de saúde. Tal fato gera preocupação, uma vez que o custo do envelhecimento, na Europa, ainda hoje, repercute fortemente no planejamento dos setores de saúde e assistência social e, no Brasil, deverá ter reflexos ainda maiores (CHAIMOWICZ, 1998; MANETTA et al., 1998; MELLO JORGE et al., 2001; PUCCA JÚNIOR, 1995; VERAS e ALVES, 1999).

O aumento na incidência de doenças crônicas, a diminuição e mudança na estrutura das famílias criam uma demanda por cuidados especiais e institucionalização. Embora a manutenção do idoso, em seu domicílio, sob os cuidados da família, apresente uma série de vantagens, devemos ter uma visão crítica dessa opção. Pressupostos nem sempre

presentes de um modelo de família nuclear e disponibilidade de um dos membros para assistir as necessidades de idosos dependentes fazem parte das propostas de serviço de assistência médica domiciliar. Entretanto, é preciso que seja examinada a estrutura familiar, na sociedade e na cultura em que os cuidados devem ser desenvolvidos, quando se propuserem os cuidados familiares. Pois, embora existam idosos que têm condições de viver e manterem-se sozinhos ou possuem familiares interessados em acompanhar suas vidas e auxiliar na solução de seus problemas, devemos considerar que grande parte dos idosos é constituída de pobres, sem condições de manter residência própria e sem famílias necessitando, portanto, de institucionalização (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999; CUNHA et al. 1985; KARSCH, 2003; VIEIRA, 2003,).

2.2 Instituições de Longa Permanência

Segundo Beauvoir (1990), dados de um relatório oficial do ministro da saúde pública mostraram uma grande miséria dos asilos franceses, sendo que os mesmos constituíam verdadeiros “depósitos de mendicância”. A antiga fórmula de asilo como local onde se acumulam pessoas dependentes ainda é muito aplicada. Dentro dessa perspectiva, a preocupação é de se fornecerem hospedagem e alimentação básica aos idosos. Assim, os serviços médicos e as atividades de reabilitação, na maior parte das instituições francesas, são insuficientes.

Em um estudo que avaliou asilos filantrópicos e programas de atenção ao idoso (centros de convivência) da região metropolitana de Belo Horizonte observou-se, quanto aos aspectos arquitetônicos, que três instituições de longa permanência tinham condições físicas e de espaço mais favoráveis à sociabilidade dos idosos. Destas, uma

especificamente se destacou pelos equipamentos, conforto ambiental e adequação de espaço às necessidades dos idosos. Nessa instituição, havia rampas com corrimão e ambientes adequados à passagem de cadeiras de roda ou idosos com dificuldade de locomoção. A análise do quadro de pessoal mostrou que os idosos são atendidos por funcionários com nível de escolaridade elementar. Dos 109 funcionários que trabalhavam nos asilos e programas pesquisados, somente 13 (12%) possuíam curso superior. Do total de asilos, somente dois possuíam permanentemente médicos, e somente um possuía enfermeira (MINAS GERAIS, 1993).

Em Manchester, no Reino Unido, a comparação de grandes casas geriátricas (comumente cobertas pelo serviço social) com entidades privadas (geralmente menores) indicou que o número de residentes nas instituições variava de 5 a 72 idosos com uma média de 25 pessoas em cada casa. A idade desses variava entre 66 a 92 anos em ambas. A comparação dos dois tipos de instituições mostrou que as casas privadas tinham uma tendência a abrigarem menos idosos que as do serviço social, sendo que as últimas representavam somente 11% das casas com menos de 18 habitantes. Nas grandes instituições, eram mais comuns as visitas regulares de dentistas, assim como o atendimento a emergências odontológicas (HOAD-REDDICK e HEATH, 1995).

Segundo Gift et al. (1998), as estimativas apontavam que, em 1995, havia 16700 asilos, nos Estados Unidos, e que esses abrigavam 1,5 milhões de residentes. Do total de instituições, 66% eram particulares, 26% sem fins lucrativos e 8 % governamentais. Mais da metade dos asilos fazia parte de grandes grupos ou cadeias de instituições geriátricas. Quanto ao tamanho, houve uma variação entre 3 a 911 leitos com uma

média de 106,1 por instituição. O número de residentes era de 2 a 893 pessoas, sendo que a média foi de 94,7 idosos por instituição.

Silva et al. (1998) avaliaram as características de seis instituições, em uma cidade de médio porte do interior de São Paulo, e o perfil de seus moradores. Quanto às características das instituições, os resultados mostraram que 50% das analisadas eram de caráter privado e o restante de caráter filantrópico. Essas últimas faziam parte de entidades religiosas, recebendo doações particulares, de suas mantenedoras e a aposentadoria de seus idosos. Do total de instituições, duas aceitavam somente mulheres como residentes. Os cargos de direção eram exercidos por funcionários sem qualificação na área de saúde, ainda que os mesmos fizessem parte do quadro da instituição. Com relação à estrutura técnico-administrativa, observou-se que somente uma não possuía profissional médico e três contavam com assistente social entre os empregados, porém, apenas uma possuía enfermeiro. É importante destacar que 81% dos idosos desse estudo pagavam a instituição.

Na avaliação da dinâmica de institucionalização de idosos, em asilos de Belo Horizonte, a proporção desses indivíduos foi considerada baixa (0,6%) quando comparada a países em estágios mais adiantados da transição demográfica (4% a 11%). Cerca de 65% das instituições dessa pesquisa eram vinculadas à Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), 15% a entidades religiosas e o restante, em sua maioria, à iniciativa privada sendo que nenhuma era mantida pela prefeitura. As instituições de caráter filantrópico abrigavam 85,3% dos residentes, porém, a maioria não aceitava idosos demenciados ou acamados e várias recusavam idosos com doenças orgânicas. Observou-se ainda que, de forma

geral, as de maior capacidade têm infra-estrutura mais completa (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999).

Mazo e Benedetti (1999) efetuaram um estudo para conhecer as condições de vida dos idosos institucionalizados em Florianópolis – Santa Catarina. Foram avaliados 27 idosos de nove instituições sendo 7 filantrópicas e 2 privadas. Verificou-se que todas possuíam área de lazer coletiva e que, do total de idosos, 52% dividiam o banheiro e quarto com outros colegas. Pelas características detectadas, nessas instituições, constatou-se que as mesmas ainda não atendem à legislação referente às condições mínimas de funcionamento desse tipo de instituição. O número de refeições, nas instituições, era de 4 a 6 por dia e as atividades físicas eram praticadas por 41% dos residentes, sendo que ginástica, caminhada, expressão corporal e dança eram as mais comuns.

Um estudo realizado através de pesquisa em arquivos oficiais da Bélgica, Dinamarca, Alemanha e Holanda e aplicação de questionários a *experts* em instituições asilares, nesses países, comparou o provimento de financiamento e qualidade dos cuidados fornecidos nas mesmas. Os resultados mostraram que, na Dinamarca e Holanda, todos os asilos não têm fins lucrativos enquanto que 20% das instituições, na Bélgica, e 26% das alemãs são rentáveis. Dos países pesquisados, em três as instituições são mantidas por organizações particulares não lucrativas, tais como as religiosas e de caridade. Na Dinamarca, entretanto, a maioria dos asilos é subsidiada pelo poder público. Nos quatro países avaliados, de uma forma geral, as instituições são projetadas para atender pessoas com doenças crônicas e maior dependência de cuidados. Apesar dos quatro locais avaliados terem um objetivo comum, os serviços oferecidos diferiram entre si. O

número de residentes nas instituições desses quatro países vem diminuindo, a fim de propiciar mais liberdade aos mesmos (MEIJER et al., 2000).

Em Belo Horizonte, a PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DOS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA E IDOSOS (PJDDPPDI) vem fiscalizando as instituições de longa permanência. A PJDDPPDI denomina as instituições que possuem uma entidade mantenedora em filantrópicas, e as que recebem mensalidade dos residentes como privadas. Após a fiscalização da PJDDPPDI, as instituições são classificadas em muito boas, boas, regulares, fracas e muitos fracas. Os critérios usados para determinação da classificação das instituições são: condições de moradia, limpeza e higiene do local, alimentação, equipe de saúde própria, atividades de lazer e recreativas, garantia aos idosos de seus direitos previdenciários, regulamentação legal, programa de manutenção de vínculos familiares, programa de capacitação e treinamento dos funcionários e cuidadores e atender especificamente pessoas com 60 anos ou mais (MINAS GERAIS, 2000).

2.3 O Idoso Institucionalizado

Os dados de um levantamento epidemiológico psicogeriátrico realizado com residentes das maiores instituições de Belo Horizonte mostraram um diagnóstico positivo para demência em 73,7%. Quanto às funções de comportamento, observou-se que 42,2% desses apresentavam distúrbios de mobilidade, 34,1% necessitavam de ajuda para se vestir, 21,4% precisavam ser auxiliados com a alimentação. A avaliação da amostra, após um ano, revelou uma associação entre incapacidade na execução das atividades de

vida diária (AVD) e mortalidade. Os óbitos foram maiores entre os idosos mais dependentes (CUNHA et al., 1985).

Waldow (1987) realizou um estudo em seis instituições de diferentes modalidades (filantrópicas e privadas), em Porto Alegre, para avaliar o nível de dependência em enfermagem dos idosos. Os resultados mostraram que os idosos no conjunto das instituições apresentaram maior dependência para a condição mental (54,9%), cuidado corporal (47,15%), motilidade (43,51%) e deambulação (38,13%). Diferenças importantes quanto à dependência entre instituições filantrópicas e privadas em relação aos cuidados corporais, condição mental, alimentação e controle de esfíncteres foram detectadas, sendo que os idosos das instituições filantrópicas eram mais independentes quando comparados aos das privadas.

Beauvoir (1990) descreve que 1,45% dos idosos franceses vive em asilos, e que a média de idade entre esses é de 73 a 78 anos. Segundo a mesma, os resultados de uma pesquisa mostraram que 74% dos idosos rejeitam a idéia de entrar num asilo e que 15% a aceitam devido à dependência. Assim, os problemas como infelicidade, ansiedade, isolamento são comuns entre eles, uma vez que a vida comunitária é mal suportada pela maioria. Essa maior susceptibilidade, associada muitas vezes a tendências paranóicas, levam freqüentemente a reações conflituais, sendo mais descritas entre as mulheres.

No estudo realizado em Newcastle, observou-se que dos 379 idosos institucionalizados examinados mais de dois terços possuíam acima de 80 anos e 77% eram mulheres. As mulheres (média de idade 83,6 anos), nesse estudo, eram significativamente mais velhas que os homens (média de idade 77,4 anos). Aproximadamente 60% estavam na

instituição a menos de 3 anos enquanto que, 3% residia a mais de 10 anos. Do total de idosos avaliados, 95% relataram pelo menos uma incapacidade e somente 29% podiam caminhar sem ajuda (MERELIE e HEYMAN, 1992).

Os resultados de uma pesquisa realizada em seis instituições de uma cidade de médio porte do interior de São Paulo mostraram que um percentual de 62,4% dos residentes era mulheres. Cabe destacar que duas das instituições avaliadas somente recebiam mulheres como residentes. Os dados desse trabalho mostraram também uma predominância de idosos solteiros e viúvos, sendo que o motivo de institucionalização dos casados foi a existência de doenças crônico-degenerativas em mulheres e alcoolismo entre os homens. Um outro item importante levantado por esse estudo refere-se à profissão exercida anteriormente pelos idosos, donde se percebeu que a maioria era oriunda do meio rural tendo exercido, no passado, atividades ligadas ao campo. Constatou-se, ainda, um alto grau de analfabetismo (43,3%) no grupo avaliado (SILVA et al., 1998).

Chaimowicz e Greco (1999) também observaram, em seu trabalho, maior percentual de mulheres idosas (81%) vivendo nas instituições de Belo Horizonte, sendo que o tempo de institucionalização era também mais alto entre elas. De acordo com esses autores, a explicação das diferenças encontradas entre as proporções de homens e mulheres, nas instituições, decorre do fato que as mulheres vivem mais que os homens e, ao tornarem-se viúvas mais cedo, têm mais dificuldade para o recasamento, menores níveis de instrução, taxa de ocupação e renda. Além disso, vários asilos não admitem homens. Outro ponto que chama atenção nesse trabalho é o fato de que 41,6% dos idosos

residiam há menos de três anos na instituição. Uma vez que, que os dados mostram não ter havido aumento no número de leitos ou das taxas de ocupação, a alta renovação da população dos asilos pode ser explicado pela perda progressiva de residentes, aparentemente devido ao óbito.

Como nos outros estudos, o que foi realizado na Grande Florianópolis constatou que mulheres de baixa escolaridade formavam a maior parte dos institucionalizados. Uma grande proporção dos idosos avaliada nesse trabalho era de aposentados e/ou pensionistas, recebendo até um salário mínimo (63%). As principais ocupações exercidas por eles, no passado, eram donas de casa, funcionários públicos e outros. A maioria dos avaliados apresentava algum tipo de doença crônico-degenerativa, sendo que uma grande parte dependia de terceiros para ir ao médico, tomar banho e ir ao banco. Em relação à capacidade de mover-se, 37% não a relataram, 26% apontaram algum tipo de dificuldade e 37% sentiam dores nas pernas (MAZO e BENEDETTI, 1999).

As mulheres, além de serem maioria, são também mais velhas que os homens nas instituições da Bélgica, Dinamarca, Alemanha e Holanda. Na Alemanha e Holanda, a distribuição de alterações somáticas e psicogerítricas é aproximadamente igual. Já, na Bélgica, 70% dos residentes apresentam afecções do tipo sistêmicas. O tempo médio de permanência dos idosos na instituição foi de 1,4 anos na Holanda, já entre os belgas a permanência média foi de 3,5 anos. O período de estadia é maior entre os pacientes com problemas psicogerítricos do que para os possuidores de afecções do tipo somáticas (MEIJER et al., 2000).

Mello e Padilha (2001) examinaram 84 idosos residentes em 12 instituições geriátricas privadas de pequeno porte em Porto Alegre. O perfil dessa amostra foi o seguinte: 63 (75%) eram mulheres e 21 (25%) homens. A idade média foi de 79 anos. Os percentuais obtidos para os diferentes níveis de dependência foram: dependentes (51,2%), moderadamente dependentes (20,2%) e independentes (28,6%). O tempo de institucionalização médio foi de dois anos, sugerindo duas inferências, a saber: (1) que a transferência do idoso para uma casa geriátrica acontece nos anos finais de vida ou; (2) que o processo de institucionalização é um marco importante e acaba por definir a expectativa de vida do idoso.

A avaliação de 12 idosos de uma instituição localizada em uma cidade do interior de São Paulo mostrou novamente que mulheres solteiras formavam o maior número dos residentes. A idade dos moradores, nessa instituição, situava-se entre 61 e 90 anos. O tempo de moradia variou de 1 a 51 anos. Observou-se, no grupo de indivíduos avaliados, a predominância de doenças crônico-degenerativas como hipertensão, diabetes e depressão, dentre outras. Foram detectados, também, alguns diagnósticos de alterações cognitivas. Segundo esses autores faz-se necessário com o crescimento quantitativo dos asilos, fato que ocorre em grande proporção e com idosos tornando-se mais dependentes, a presença de equipes profissionais adequadamente preparadas para o fornecimento de cuidados a esse grupo populacional (TELLES FILHO e PETRILLI FILHO, 2002).

2.4 Cuidadores de Idosos no Brasil

Segundo Duarte, M. (1996), o responsável pelo cuidado do idoso convive com ele diariamente, prestando-lhe cuidados higiênicos, ajudando com a alimentação, administrando medicação e estimulando-o com as atividades reabilitadoras, interagindo com a equipe terapêutica. Esse indivíduo recebe o nome de cuidador, podendo ser uma pessoa da família, um amigo [cuidador informal] ou funcionário contratado para executar tais atividades [cuidador formal]. Essa autora descreve os últimos como sendo geralmente pessoas de baixa escolaridade, oriundas de serviços terceirizados de limpeza hospitalar, serviços gerais de clínicas geriátricas, gerontológicas, asilares e outras.

Duarte, Y. (1997) buscou identificar a capacitação profissional daqueles que se habilitam a desenvolver atividades de cuidados domiciliares a idosos dependentes, assim como o custo desses profissionais. Para esse estudo, selecionou uma amostra a partir de anúncios classificados de empregos em três jornais de grande circulação no país. Foram categorizados 29 candidatos a cuidadores formais de idosos. Observou-se que a maioria dos interessados em exercer atividades de cuidados a idosos dependentes - 19 (65,24%) - não possuía qualquer capacitação profissional para tanto. A autora pondera que mesmo os graduados em enfermagem tiveram uma precária formação em geriatria, sendo que nos cursos de nível médio é praticamente inexistente. O custo relativo dos profissionais que se candidataram à função foi 5,99 salários mínimos (SM) para os acompanhantes, 6,47 (SM) para os atendentes de enfermagem, 7,32 (SM) para os auxiliares de enfermagem e 10,71 (SM) para os enfermeiros.

O cuidado dispensado ao idoso dependente transforma-se, em geral, em uma tarefa árdua e complexa. Muitas vezes, tal atividade gera sentimentos de angústia, insegurança

e desânimo. Esse processo, entretanto, varia de pessoa a pessoa e não ocorre com todos cuidadores. Pode-se, inclusive, sentir prazer e conforto, quando se conseguem bons resultados, independentemente dos esforços físicos e psíquicos exigidos. Muitos sentimentos se sobrepõem na relação cuidador-idoso, cuidador-familiares. O fato de não conseguir lidar com as dificuldades pode levar o idoso a comportamentos incompreensíveis, sendo que a agressividade incomoda particularmente ao cuidador. Os familiares esperam que os cuidadores verifiquem constantemente sinais de infecções e ferimentos nos idosos. Assim, além de saber lidar com a doença, o cuidador tem que conviver com a subjetividade inerente às relações humanas (TEIXEIRA, 1998).

A qualificação daqueles que cuidam de idosos, nos dias de hoje, assume grande relevância, uma vez que as propostas de saúde para esse grupo visam uma atenção integral por meio do trabalho interdisciplinar para melhorar a qualidade de vida. Torna-se necessário, portanto, uma base operacional de técnicos, auxiliares, agentes comunitários de saúde e cuidadores atuando conjuntamente com os profissionais de saúde. Conscientes da importância desse tema, os formuladores da Política Nacional de Saúde do Idoso incluíram a formação de recursos humanos especializados como uma de suas diretrizes (BRASIL, 1999).

O mesmo tema foi contemplado quando da formulação das normas de funcionamento das instituições de longa permanência em Belo Horizonte. Para receberem o alvará de funcionamento é necessário que possuam cuidadores capacitados conforme o grau de dependência da população atendida e que os mesmos sejam em número suficiente para o atendimento das necessidades dos residentes (BELO HORIZONTE, 2000).

Como resultado das exigências em relação a recursos humanos capacitados para o atendimento ao idoso, o MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL formulou o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Esse programa propõe-se a promover ações para uma atenção de qualidade, com dignidade, sistematizando tarefas, priorizando a promoção de saúde, a prevenção de incapacidades e a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS, 2000).

Mello (2001) revelou que 95,3% dos cuidadores das instituições privadas avaliadas em seu estudo eram do sexo feminino, sendo a idade média dos mesmos igual a 36 anos. O tempo médio de experiência profissional dos entrevistados foi 51 meses, dos quais 22 foram na própria instituição. A média de idosos/cuidador foi igual a 13, considerando três turnos cobrindo as 24 horas do dia. Os cuidadores, em relação à categoria profissional, estavam distribuídos em atendente de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Néri e Sommerhalder (2001) descrevem que a literatura gerontológica sobre o perfil dos brasileiros prestadores de cuidados a idosos dependentes no contexto familiar é escassa. Segundo as autoras, durante determinado período houve uma tendência predominante no sentido de investigar os efeitos negativos do exercício desse papel. A constatação de que o cuidado é uma realidade complexa fez com que os pesquisadores procurassem relacionar o bem-estar do cuidador a fatores familiares, sociais e psicológicos. Assim, aspectos positivos do cuidar foram detectados. Quanto ao perfil dos cuidadores, segundo as mesmas autoras, tratam-se normalmente de mulheres, já que essa é,

tradicionalmente, uma tarefa feminina. Muitas são de meia idade, por uma questão geracional, ou seja, comumente cabe aos descendentes diretos cumprir a norma social de cuidar do idoso.

2.5 Cuidadores de Idosos: seus Conhecimentos e Práticas de Saúde Bucal com Idosos Institucionalizados

Para Rak e Warren (1990), profissionais da área de enfermagem com conhecimento em saúde bucal podem identificar e encaminhar para atendimento necessidades bucais acumuladas por pacientes geriátricos, quando de sua internação em hospitais. Esses pesquisadores avaliaram através de questionário o nível de informação sobre odontologia da equipe de enfermagem em um hospital na Inglaterra. Os resultados mostraram um alto nível de conhecimento sobre higiene bucal entre os entrevistados, porém, em todos os níveis de qualificação profissional avaliados, menos de 50% dos indivíduos haviam recebido conhecimentos sobre doenças bucais.

Segundo MacEntee (1990), a halitose devido à dificuldade na higiene bucal tem sido observada em grande parte dos idosos dependentes que vivem em instituições, tornando-se uma causa de isolamento social para tais indivíduos. O autor desse trabalho discute que existem evidências de melhora desse quadro com a escovação supervisionada pelo técnico em higiene dental (THD) e descreve que, no Canadá, a utilização desses profissionais, em instituições, tem-se mostrado difícil, uma vez que os mesmos preferem atuar em consultórios particulares. Portanto, concluiu-se pela incorporação de auxiliares geriátricas treinadas em práticas de higiene bucal à equipe

odontológica, em um esforço adjunto na melhoria da condição de higiene bucal desse grupo da população.

Má condição de higiene bucal e de próteses foi detectada também em residentes de instituições de longa permanência do Reino Unido. Depreendeu-se que os baixos índices de higiene observados relacionavam-se ao fato de que mais de um terço dos idosos, nesse estudo, descreveram dificuldades motoras e 23% problemas de visão. Entretanto, a avaliação de próteses higienizadas por cuidadores mostrou-se tão ruim quanto as que eram limpas pelos idosos. Segundo os autores desse estudo, o fato de somente 8% dos cuidadores terem recebido informações sobre saúde bucal justifica a má condição de limpeza das próteses higienizadas pelos mesmos (MERELIE e HEYMAN, 1992).

Entre os idosos escoceses, o baixo padrão de higiene bucal vem-se tornando um problema aparente. Considera-se como uma possível causa dessa má condição bucal a pouca atenção que cuidadores leigos e profissionais dispensam a essa atividade. Na tentativa de detectar questões subjetivas por trás das dificuldades encontradas por esses indivíduos com as práticas de higiene bucal dos idosos, foi feito um estudo qualitativo através da técnica de grupos de discussão. A análise de conteúdo revelou barreiras aos cuidados bucais como: ser uma atividade de baixa prioridade quando comparada a outros procedimentos, ser uma tarefa descrita como pouco compensatória e desagradável, dificuldade em lidar com a perda de capacidade do idoso (aumento da dependência), além de ser um procedimento estressante e desgastante (EADIE e SCHOU, 1992).

Os idosos restritos ao lar de um programa de *home care* foram examinados em uma pesquisa. Nesse grupo, a condição bucal encontrada, a exemplo de outros trabalhos com idosos dependentes, também foi considerada ruim. Todos os indivíduos avaliados necessitavam de profilaxia dentária e alguns necessitavam exodontias e restaurações. A situação bucal observada entre os pacientes desse estudo foi associada à dependência funcional para as AVD. Os cuidadores desses idosos demonstraram ter consciência da importância de uma boa higiene bucal, porém os mesmos disseram não ter recebido qualquer instrução em relação aos cuidados de higiene bucal que os pudesse auxiliar com pacientes afásicos, demenciados ou com respostas musculares involuntárias. Demonstrando que esses profissionais são pouco preparados em atender as necessidades bucais desse grupo de idosos, e que há uma necessidade de orientá-los melhor nesse sentido (PAUNOVICH, 1994).

Segundo Pietrokovski (1995), a maioria dos pacientes que usam próteses, especialmente os institucionalizados, não consegue mantê-las adequadamente limpas. A quantidade de placa e as medidas de higiene das próteses de 249 pacientes institucionalizados foram avaliadas em um estudo por esse autor. O grupo de idosos independentes que viviam em uma instituição onde havia consultório dentário em funcionamento, apresentou menores índices de placa acumulada e também próteses com melhor condição de higiene quando comparado aos dependentes residentes em locais onde não há atendimento odontológico. Os altos percentuais de limpeza das próteses de em algumas outras instituições (que não possuíam consultório) foram atribuídos à qualidade dos cuidados de higiene prestados pelos profissionais da equipe de enfermagem.

Adams (1996), da mesma forma que outros autores, pesquisou através de questionário o conhecimento e as práticas de higiene bucal entre enfermeiras capacitadas em um hospital da Inglaterra. Os relatos mostraram que enfermeiras sem capacitação eram responsáveis por uma parte substancial dos cuidados bucais e 82,4% das entrevistadas avaliaram que os cuidados bucais não eram feitos com a frequência necessária. Os motivos que impediam uma adequada higienização bucal, detectados nesse estudo pela pesquisadora, foram: falta de tempo dos profissionais, não cooperação dos pacientes, quadro de pessoal deficiente, desconhecimento em saúde bucal dos enfermeiros e ausência de produtos para limpeza bucal.

Segundo Reynolds (1997), todos profissionais de saúde que prestam cuidados aos idosos devem ser instruídos em relação a como colaborar na educação e melhora da condição de saúde bucal dos mesmos. Esse autor destaca a importância de auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos assistentes e cuidadores de instituições terem um melhor conhecimento em saúde bucal devido à proximidade com os pacientes geriátricos, o que os possibilita a atuar como educadores destes. A orientação sobre técnicas preventivas, como uso de evidenciadores de placa, que favorecem a independência e apresentam resultados estimuladores ao idoso residente na comunidade ou institucionalizado, é descrita, em tal estudo, como uma importante ferramenta de trabalho.

Wardth et al. (1997) descrevem como o problema odontológico mais sério, em instituições de longa permanência para pessoas incapacitadas, a má condição de higiene bucal. Uma vez que, por motivos diversos, muitos dos residentes em instituições podem

ter dificuldades em expressar suas necessidades, seus cuidadores têm um importante papel em tomar a iniciativa dos cuidados bucais. Esses autores elaboraram um estudo com a finalidade de determinar o interesse em saúde bucal dos funcionários que prestam cuidados aos residentes dessas instituições, de acordo com a qualificação dos mesmos. Os níveis de formação avaliados foram: enfermeiras com diploma registrado, auxiliares de enfermagem e cuidadores. A maioria dos entrevistados relatou possuir bons hábitos de saúde bucal independente da formação profissional. Apesar das enfermeiras mais qualificadas (com registro) terem demonstrado atitudes mais positivas em relação às atividades de cuidados bucais, essas provavelmente não as executavam. Auxiliares de enfermagem e cuidadores descreveram que, dentre suas funções, a escovação dentária era a mais cansativa. A recusa por parte dos pacientes em relação ao auxílio com os cuidados bucais foi indicada como a principal barreira à obtenção de uma boa higiene bucal.

Kamen (1997) relata que pacientes com seqüelas de acidente vascular cerebral – AVC – podem ter sua capacidade de realizar os procedimentos de higiene bucal afetados. O autor aponta a necessidade de orientar os cuidadores no sentido de realizar procedimentos de higiene bucal dos pacientes sobreviventes a AVC.

Gift et al. (1998) encontraram em seu estudo que 89% das instituições de idosos, nos Estados Unidos, oferecem serviços odontológicos a seus residentes, e que, em 94% destas, os idosos são ajudados com a higiene bucal. Observaram, ainda, que esse auxílio normalmente tem sido prestado por um auxiliar de enfermagem ou terapeuta ocupacional.

Como vem sendo enfatizada, a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados e dependentes de profissionais da área de enfermagem para os cuidados diários, constitui um grande problema. Um estudo realizado com um grupo de profissionais bem treinados em cuidados dentários, com auxiliares de enfermagem e com cuidadores procurou avaliar os efeitos de um programa de orientação em saúde bucal sobre a capacidade de executar os procedimentos de higiene bucal dos idosos. Os resultados desse estudo possibilitaram concluir que programas de educação em saúde oferecidos à equipe prestadora de cuidados aos idosos afetam positivamente a capacidade desses profissionais executarem os procedimentos de higiene bucal de seus pacientes (PAULSSON et al., 1998).

Matear (1999), a exemplo de outros autores citados, descreve que higiene bucal e de próteses é vista por alguns funcionários das instituições como uma atividade desagradável. Segundo esse autor muitos profissionais têm rejeição em executar essa atividade.

Os resultados de um estudo realizado, no Canadá, mostraram uma associação significativa entre limitações funcionais e a presença de cáries radiculares ou coronárias, além de uma pequena utilização de serviços odontológicos entre os residentes de instituições. Segundo o autor desse trabalho, cuidado odontológicos regulares pode minorar os índices de cárie entre os idosos residentes em instituições, independente da condição funcional dos mesmos. Porém, quando da indisponibilidade de uma atenção regular, indivíduos susceptíveis apresentam maior risco de desenvolver cárie dentárias. Assim, programas preventivos em instituições devem considerar as habilidades

individuais, uma vez que somente idosos com boa condição de saúde e bem orientados podem participar efetivamente desses programas. Os dependentes necessitarão de atenção regular de cuidadores (HAWKINS, 1999).

A avaliação da condição de saúde bucal, influência de fatores genéricos (tipo de hospitalização: longa permanência e reabilitação, doenças e medicamentos usados) sobre fatores locais da cavidade bucal (fluxo salivar, capacidade tampão e outros), foi testada em um estudo com idosos franceses hospitalizados. Os resultados mostraram um incremento de cárie maior em relação aos descritos em outros trabalhos. Os autores associaram a maior incidência de cárie à maior dependência de cuidados do grupo analisado. Os idosos com hospitalização de longa permanência mostraram índices de placa mais altos que os em reabilitação, o que demonstra a necessidade pelos mais dependentes de maior assistência dos profissionais de enfermagem com a higiene bucal (GUIVANTE-NABET et al., 1999).

Bento (1999) avaliou a capacidade de realizar a higiene bucal como uma das atividades de vida diária dos residentes em instituições. Os resultados mostraram que dentre os 39 idosos avaliados, 76,9% eram capazes de realizar a higiene bucal, 10,3% necessitavam de supervisão, 5,1% necessitavam de ajuda e 7,7% eram incapazes de escovar os dentes/próteses sozinhos. Esses dados mantiveram relação com a distribuição de ocorrência das variáveis idade e escolaridade. A avaliação da cavidade bucal dessa amostra revelou que entre os idosos capazes de realizar a higiene oral 76,0% apresentavam gengivas hiperemiadas e 53,3% ausência de dentes. Nos idosos que necessitavam de supervisão para a higiene oral, observou-se que 100% mostravam

gingiva, mucosa oral e palato hiperemiados e 75% não possuíam dentes. Nos idosos que necessitavam de ajuda, 100% apresentavam gengiva hiperemiada. Nos idosos incapazes de realizar a higiene oral observou-se gengiva hiperemiada em 66,6% e ausência de dentes em 100%. Esses resultados reforçam a necessidade do suporte educativo, da supervisão e, no caso dos idosos dependentes, da higienização bucal pelos cuidadores.

A maioria dos cuidadores de um estudo realizado em instituições de Genebra informou nunca ter sido educada em como realizar procedimentos de higiene bucal dos idosos. Apesar da pouca qualificação sobre o assunto, os cuidadores dessa pesquisa disseram executar os cuidados bucais dos residentes. É importante destacar que os resultados mostraram que, embora não tenham sido formados para efetuar essas atividades, tais profissionais as executam com facilidade devido à experiência prática. As principais dificuldades com as atividades de higiene bucal, apontadas pelos entrevistados, foram falta de cooperação dos residentes e falta de formação em saúde bucal (CHUNG et al., 2000).

Para Simons et al. (2000), existem muitas barreiras para os cuidados de saúde bucal entre os idosos residentes em instituições de longa permanência. Entre estas se incluem o custo dos cuidados odontológicos, a imobilidade, a não percepção das necessidades pelos residentes e membros da equipe profissional da instituição e a falta de conhecimento entre os cuidadores. Os idosos residentes em instituições frequentemente necessitam de cuidadores para todas as AVD e, portanto, os cuidadores têm um papel fundamental na prevenção das doenças bucais. Apesar disso, esses profissionais, não

têm conhecimento da importância da saúde bucal e de como mantê-la. Desta forma, geralmente os residentes recebem apenas o tratamento das emergências, tendo pouca atenção às suas necessidades de higiene diárias. Gerando uma alta prevalência de doenças bucais.

Isaksson et al. (2000) realizaram um estudo a fim de avaliar o efeito de um programa de educação odontológica para cuidadores de idosos institucionalizados sobre a condição saúde bucal dos mesmos. Foram avaliados inicialmente os seguintes itens: condição dentária (números de dentes presentes), alterações da mucosa (cor, hiperplasias), higiene bucal e inflamação da mucosa (medidas respectivamente através dos índices de placa e de mucosa). Os resultados dos exames bucais realizados nos idosos, posteriormente ao treinamento dos cuidadores, mostraram melhoras significativas na condição da mucosa (cor), índice de placa e de mucosa. Segundo os autores dessa pesquisa, a melhor condição de saúde bucal observada nessa população, após a capacitação dos cuidadores, foi encorajadora. Pois, pessoas com condição sistêmica comprometida ou com incapacidade cognitiva podem tornar a limpeza bucal um problema para a equipe de enfermagem.

Para Fitzpatrick (2000), vários fatores podem interferir na qualidade dos cuidados bucais prestados pelo pessoal de enfermagem aos idosos parcialmente ou totalmente dependentes. Assim, os estudos indicaram haver uma representativa variabilidade no nível de conhecimento e nos procedimentos práticos de higiene bucal entre os profissionais da área de enfermagem com relação, aos cuidados bucais desses pacientes.

Neste sentido, Mello e Padilha (2000) observam que as orientações e treinamento recebidos pelo cuidador vão determinar o perfil de atenção. Consciente do porquê das ações, o cuidador segue o que lhe foi ensinado na teoria, aplicando na prática os conhecimentos. Os cuidadores que não forem informados sobre questões de saúde bucal, sua importância e influência na saúde geral do paciente idoso, e treinados para realizar as tarefas de higiene bucal, dificilmente realizarão tal rotina e dificilmente poderão ser culpados por isso.

O exame clínico de 84 idosos residentes em 12 instituições geriátricas privadas de pequeno porte de Porto Alegre avaliou a condição de saúde bucal desses indivíduos. O índice médio de placa encontrado foi de 2,24, segundo os critérios de Sillnes e Løe. No exame das próteses, segundo índice de Ambjornsen, o resultado apurado atingiu 7,14. A comparação entre a quantidade média de placa em dentes e próteses em relação a sexo, idade e tempo de institucionalização dos idosos não acusou diferença estatística ($p > 0,05$). A análise estatística revelou que os idosos examinados não têm assegurado o bom estado de higiene bucal ainda que residam em casas que cobram preços mais elevados e/ou mantenham um corpo maior de cuidadores. O nível de dependência dos idosos foi a única variável que apresentou diferença estatística entre as médias (MELLO e PADILHA, 2001).

A investigação sobre o cuidado odontológico provido aos idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte, no município de Porto Alegre, constatou que o cuidado odontológico não segue qualquer tipo de protocolo, padronização ou normatização. O contingente predominante de cuidadores é composto por pessoas

leigas, sem formação técnico-profissional. Os cuidadores avaliados no estudo apresentam precária qualificação em saúde bucal de idosos. Esses profissionais exercem essas tarefas na frequência que acham ser necessária e, segundo o que julgam correto, dentro do limite estreito de sua formação (MELLO, 2001).

Segundo Frenkel et al. (2001) os exames bucais realizados nos idosos selecionados para participar desse estudo, antes e após o treinamento dos cuidadores, mostraram uma melhora na higiene das próteses e conseqüentemente da prevalência de estomatites induzidas por essas. Os autores ressaltam que o critério de inclusão, para seleção dos idosos dessa pesquisa, foi não possuir déficits cognitivos severos, pois, nesses casos os pacientes são resistentes aos cuidados bucais. Os resultados mostraram que por um custo relativamente baixo foi possível reduzir os índices de placa e de doenças associadas a essa (gingivite e mucosite) nos idosos. Os pesquisadores chamam a atenção para a necessidade de reforços no treinamento dos cuidadores, em locais onde há grande rotatividade dos mesmos.

Morishita et al. (2001) realizaram um estudo no Japão, através de questionário, com a finalidade de avaliar as necessidades de cuidados bucais entre idosos dependentes restritos ao domicílio. Dos 668 idosos que responderam aos questionários, 52,4% disseram escovar os dentes diariamente. Foram observadas diferenças quanto a frequência de higiene bucal e uso de próteses entre idosos independentes e dependentes. Uma das conclusões dessa pesquisa foi que os cuidados bucais não estavam sendo realizados de forma adequada. Segundo esses autores, uma possível razão para isto era que grande parte dos cuidadores consistia de familiares também idosos (média de idade

62 anos), os quais se encontravam sobrecarregados com outras atividades, consideradas mais importantes que a higiene bucal, resultando em uma pouca atenção com a cavidade bucal.

Frenkel et al. (2002) avaliaram o efeito de uma intervenção educacional com cuidadores sobre o conhecimento e atitudes deles em saúde bucal. Além disso, realizaram exames clínicos nos idosos atendidos por esses profissionais a fim de detectar mudanças ocorridas após a prática pedagógica. Fatores associados ao conhecimento e atitudes (idade e experiência profissional) foram considerados na análise dos dados. Poucos cuidadores possuíam mais de 55 anos, o que refletiu, em parte, a exigência física dessa função. Cuidadores com mais tempo de experiência demonstraram mais conhecimento e atitudes mais positivas com a saúde bucal. Foram detectadas mudanças positivas no nível de conhecimento e na prática dos cuidadores após a orientação sobre os cuidados bucais. No exame clínico dos idosos, observou-se melhora na condição de higiene das próteses e nos índices de estomatite relacionada ao uso das mesmas.

2.6 Saúde Bucal e Qualidade de Vida

As doenças bucais, como a cárie e doença periodontal são um problema universal, mas, como raramente constitui uma ameaça à vida, sua prevenção e tratamento são freqüentemente considerados como sendo de baixa prioridade no planejamento das políticas de saúde. Entretanto, problemas odontológicos têm um impacto significativo em alguns aspectos psicológicos e sociais da qualidade de vida do idoso. Alterações de saúde bucal podem afetar adversamente a qualidade de vida, devido a problemas funcionais (limitação da capacidade mastigatória), sociais e de auto-estima (estética).

Com a finalidade de demonstrar a importância da saúde bucal para aqueles que atuam no planejamento de políticas de saúde, é necessário esclarecer o impacto da saúde bucal na qualidade de vida do paciente, a fim de que se possa reivindicar por parte dessas autoridades (CHEN e HUNTER, 1996).

MacEntee (1996) discute os métodos de pesquisa apropriados para avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida dos idosos. Segundo o autor, o uso de métodos quantitativos é útil para medir relações de causalidade, mensurar intervenções específicas e testar hipóteses. Contrariamente, a pesquisa qualitativa tem como objetivo principal a descoberta de hipóteses e não seu teste. O autor utiliza ambos métodos de pesquisa em diferentes amostras. Inicialmente, avaliaram-se as inquietações sobre saúde bucal entre idosos institucionalizados através de uma abordagem quantitativa utilizando um roteiro estruturado. Devido ao grande número de idosos demenciados e com problemas psíquicos, muitos não puderam responder ao questionário. Entre os respondentes, observou-se que aproximadamente a metade relatou problemas bucais e quase todos descreveram necessidade de tratamento.

A segunda etapa do trabalho foi feita através da metodologia qualitativa, realizando entrevistas com idosos residentes na comunidade. A análise indutiva das mesmas mostrou que os idosos apresentavam uma perspectiva positiva sobre a saúde bucal. Para esse grupo, o contexto social e higiene eram tão determinantes de bem-estar quanto os aspectos fisiológicos. O trabalho concluiu que os resultados do estudo qualitativo suportam o ponto de vista que a qualidade de vida na velhice, assim como em todas outras idades, é uma experiência socialmente construída. Depreende-se, assim, que só

os métodos quantitativos são falhos em penetrar nesse complicado contexto psicossocial, pois diversos fatores sociais e culturais encontram-se envolvidos nessa avaliação, mostrando a necessidade de uso de ambas metodologias.

Vários instrumentos vêm sendo desenvolvidos para a avaliação do impacto da condição dentária na qualidade de vida e função. Dentre os vários indicadores podemos citar: *Oral Health Impact Profile* (OHIP), *Oral Health-related Quality of life* (OHQOL) e o *Geriatric Oral Health Assessment Instrument* (GOHAI), sendo que este último foi desenvolvido especificamente para indivíduos e populações idosas (KRESSIN et al., 1997).

Um estudo de corte prospectivo de 10 anos avaliou a relação entre a condição funcional bucal, variáveis de qualidade de vida e longevidade. As variáveis da qualidade de vida avaliadas foram: humor, condição cognitiva, atividades instrumentais de vida diária, relacionamentos sociais, uso de serviços de saúde, dentre outros. O estudo foi realizado com indivíduos de 70 a 75 anos residentes no distrito de Bréscia na Itália ($n_f=1137$). Os participantes foram divididos em três grupos: um grupo com a dentição adequada às funções mastigatória e estética (mínimo de 20 elementos dentários em oclusão), um segundo grupo com a dentição natural inadequada a tais funções e um terceiro grupo composto de idosos que usavam próteses. A análise dos resultados mostrou que o grupo com dentição natural funcional e dos usuários de prótese teve um melhor perfil de qualidade de vida quando comparado ao grupo que não possuía uma dentição funcional. A análise estatística desse trabalho demonstrou, ainda, que o grupo com uma dentição natural funcional tinha menor risco de mortalidade quando comparado aos demais (APOLLONIO et al., 1997).

Um trabalho efetuado com um grupo de idosos do sul da Austrália avaliou, durante dois anos, mudanças ocorridas na qualidade de vida relacionado-as à saúde bucal. O questionário usado foi o Oral Health Impact Profile (OHIP). Os resultados mostraram que quando a qualidade de vida é medida categoricamente alguns fatores de risco aparecem como preditivos simultâneos de melhora e piora na qualidade de vida. Esse efeito contrastante ocorre presumivelmente devido a alguns fatores de risco, como a perda dentária, que pode piorar a qualidade de vida de alguns indivíduos, mas melhorar a de outros. O autor chama a atenção para o fato de que a perda de dentes para determinada pessoa pode melhorar alguns aspectos da qualidade de vida e piorar outros (SLADE, 1998).

Alguns estudos sobre o envelhecimento indicam que mais pessoas estão conseguindo o chamado “envelhecimento com sucesso”. Dados epidemiológicos apontam uma redução de doenças como câncer e problemas cardíacos e nos índices de incapacidades na população geriátrica. Porém, ainda não existem estudos mostrando alterações na condição de saúde de idosos que, durante a vida adulta, foram mais bem educados em relação a hábitos de vida saudáveis. Os dados relativos à saúde bucal têm mostrado um aumento na utilização de serviços odontológicos em todos grupos etários. Entretanto, o grupo de idosos institucionalizados continua sendo uma exceção nesse aspecto. A ênfase na prevenção e preservação dos elementos dentários pelos dentistas sugere que a maioria das pessoas envelhecerá, ao contrário de tempos atrás, com uma dentição bastante preservada. Essa mudança traz como desafio o atendimento a grupos de idosos fragilizados e residentes em instituições ou, ainda, aqueles que estão restritos ao domicílio (KIYAK, 2000).

McGrath e Bedi (2001) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre residentes, no Reino Unido, considerando-se o número de dentes presentes na cavidade bucal e uso de próteses. Uma amostra randomizada de 2667 indivíduos participou do estudo, que utilizou como instrumento de avaliação o OHQoL-UK(W)[®]. Os resultados do trabalho demonstraram que os participantes com menos de 20 dentes e não usuários de prótese tiveram menos de 50% de probabilidade de desfrutar de uma acentuada qualidade de vida em relação à saúde bucal, quando comparados a indivíduos que possuíam mais de 20 elementos dentários ou ao grupo dos que tinham menos de 20 dentes, mas usavam próteses.

McNaugher et al. (2001) avaliaram a satisfação com a condição bucal e necessidades percebidas, em um grupo de 250 idosos residentes em instituições, dentre os quais 106 usavam próteses totais. Observaram-se diferenças significativas na percepção de saúde bucal dos grupos com e sem prótese total. No grupo que usa prótese total, houve mais relatos de xerostomia, dor durante a alimentação e problemas de fala. Os relatos de ansiedade e depressão foram maiores entre os idosos que utilizavam próteses totais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho foi avaliar práticas e conhecimento de saúde bucal dos cuidadores de idosos, nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte no período de 2002-2003.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar qual o perfil dos cuidadores de idosos, nas instituições longa permanência de Belo Horizonte;
- Identificar as práticas de saúde bucal realizadas pelos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência;
- Avaliar o conhecimento em saúde bucal destes profissionais;
- Detectar como os cuidadores adquiriram os conhecimentos de saúde bucal para lidar com os idosos;
- Comparar o cuidado em saúde bucal entre instituições filantrópicas (FIL) e privadas (PRIV) classificadas pela Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência e Idosos (PJDDPPDI) como boas / muito boas (FIL boas e PRIV boas), regulares (FIL regular e PRIV regular) e fracas / muito fracas (FIL fracas e PRIV fracas);
- Identificar as dificuldades encontradas por estes profissionais com a prática de saúde bucal dos idosos.

4 METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa foi necessário estabelecer uma parceria entre a Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência e Idosos (PJDDPPDI) e o Colegiado de Pós Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG). Essa associação entre FOUFMG e PJDDPPDI foi concretizada a partir do credenciamento do pesquisador como membro voluntário desta última (ANEXO A). Isso possibilitou o acesso à listagem de instituições do município de Belo Horizonte, como também ao cadastro contendo a classificação destas em boas, regulares e fracas, segundo a avaliação da promotoria de 2001.

Essa união foi bastante frutífera para ambas instituições, uma vez que os dados levantados pelo pesquisador possibilitaram conhecer características sobre os cuidadores das instituições do município. Além disso, forneceu à PJDDPPDI profissionais qualificados a discutir com representantes do Sistema Único de saúde (SUS) o atendimento das necessidades odontológicas dos idosos institucionalizados e também a efetuar o treinamento dos cuidadores em saúde bucal.

Belo Horizonte possuía, em maio de 2002 (época em que o pesquisador teve acesso à listagem das instituições), 68 instituições de longa permanência cadastradas junto a PJDDPPDI, sendo 38 filantrópicas e 30 privadas. Para as instituições filantrópicas a distribuição por classificação foi a seguinte: 14 FIL boas, 14FIL regulares e 10 FIL

fracas. Das 30 instituições privadas, 14 enquadravam-se na classificação PRIV boas, 9 na PRIV regulares e 7 eram categorizadas como PRIV fracas.

Segundo Soares e Siqueira (2002), os dados são frequentemente reduzidos a duas categorias para simplificar a análise e sua apresentação. Desta forma, as instituições muito boas e boas foram agrupadas na categoria boas, pois, do total de instituições somente uma se enquadrava na classificação muito boas. O mesmo procedimento foi adotado para as instituições fracas e muito fracas, que foram categorizadas como fracas. Assim, com relação à classificação das instituições foram consideradas para análise as seguintes categorias: boas, regulares e fracas.

De posse da listagem contendo endereço e telefone das instituições, o pesquisador efetuou, por telefone ou visita quando necessário, um censo para detectar o número de profissionais que cuidam de idosos nas mesmas. O número total de cuidadores encontrado nas instituições de Belo Horizonte foi de 512.

4.1 Caracterização do Universo

O universo considerado para este estudo foi constituído de cuidadores de idosos residentes em instituições de longa permanência FIL e PRIV de Belo Horizonte. Dos 512 cuidadores recenseados, 310 atuavam em instituições da modalidade FIL e 202 nas instituições PRIV.

4.2 Cálculo Amostral

O cálculo amostral foi feito através do método de comparação entre proporções. Foi considerado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e o poder do teste de 90% ($\beta = 0,10$). Os valores considerados da população foram o percentual de cuidadores em instituições FIL (60,5%) e PRIV (39,5%) do universo estudado. Após a correção para o n final, obteve-se uma amostra de 98 cuidadores em FIL e 83 cuidadores em PRIV.

4.3 Composição e Seleção da Amostra

A amostra de cuidadores a serem entrevistados em cada modalidade (98 nas instituições FIL e 83 nas instituições PRIV) foi proporcionada a partir do percentual desses profissionais nas diferentes classificações das instituições: FIL boas, 161 cuidadores (52%); FIL regulares, 111 cuidadores (36%); FIL fracas, 38 cuidadores (12%); PRIV boas, 111 cuidadores (55%); PRIV regulares, 61 cuidadores (30%) e; PRIV fracas, 30 cuidadores (15%). Assim, o valor de n final de cada modalidade e classificação foi: 51 cuidadores entrevistados nas FIL boas, 35 cuidadores nas FIL regulares, 12 cuidadores nas FIL Fracas, 46 cuidadores nas PRIV boas, 25 cuidadores nas PRIV regulares e 12 cuidadores nas PRIV fracas (TAB. 1).

TABELA 1

Frequência absoluta e relativa de cuidadores de idosos segundo modalidade e classificação das instituições de longa permanência - Belo Horizonte – 2002

Classificação	Modalidade das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Total	Percentual	n final	Total	Percentual	N final
Boas	161	52	51	11	55	46
Regulares	111	36	35	61	30	25
Fracas	38	12	12	30	15	12
Total	310	100	98	202	100	83

Em cada instituição, os cuidadores foram selecionados aleatoriamente, através de sorteio sistemático a partir da listagem de cada grupo de instituições. De acordo com a listagem e a amostra estabelecida, foram determinados intervalos de 2 a 3, dividindo-se o valor de n total pelo de n final para escolha do cuidador a ser entrevistado.

4.4 Instrumentos para Coleta de Dados

4.4.1 Ficha da instituição

Para a obtenção dos dados institucionais relevantes ao desenvolvimento deste estudo, foi elaborada uma ficha (APÊNDICE B) contendo questões sobre:

- Número de idosos residentes na instituição
- Presença de consultório dentário em funcionamento
- Composição do quadro de funcionários segundo nível de formação técnica

4.4.2 Roteiro Estruturado de Entrevista

Ao invés de se utilizar um questionário com questões fechadas, construídas a partir da perspectiva do pesquisador, nesse estudo adotou-se o roteiro de entrevista estruturado. Essa opção decorreu da compreensão de que, determinados aspectos do cuidar, devem ser obtidos a partir do ponto de vista dos sujeitos que executam essa ação.

Nessa pesquisa, o roteiro estruturado (APÊNDICE D) serviu para a coleta de dados referentes ao perfil do cuidador, satisfação e dificuldades desses indivíduos com o

trabalho, assim como seu conhecimento sobre cuidados odontológicos e problemas com as práticas de higiene bucal dos idosos.

O critério de classificação econômica Brasil da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (BRASIL, 1997) foi incorporado ao roteiro de entrevistas para possibilitar a caracterização econômica dos cuidadores (ANEXO B).

4.5 Coleta de Dados

Foi realizado inicialmente um estudo piloto com 6 cuidadores de idosos, sendo 3 funcionários de FIL e 3 de PRIV do município de Belo Horizonte. Após as entrevistas, o roteiro sofreu algumas modificações, sendo novamente aplicado a 2 cuidadores com a finalidade de testar as alterações realizadas. As duas novas entrevistas possibilitaram constatar que o roteiro estava pronto para a aplicação junto à amostra.

Em um primeiro momento, o pesquisador solicitou ao coordenador (representante legal) de cada instituição visitada autorização para a pesquisa. Em caso de concordância, o representante legal da instituição recebeu um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) para assinatura. Em seguida, procedeu-se ao preenchimento da ficha da instituição com os dados fornecidos pelo seu responsável.

De posse da listagem dos cuidadores da instituição, procedeu-se ao sorteio dos profissionais a serem entrevistados. Em seguida, após o consentimento livre e esclarecido de tais indivíduos (APÊNDICE C), o próprio pesquisador efetuou as entrevistas, utilizando o roteiro testado e adaptado no estudo piloto (APÊNDICE D).

4.6 Apuração e Análise dos Dados

Os dados foram apurados, classificados e organizados de forma sistemática empregando o programa Microsoft Excel. A apresentação quantitativa dos dados foi feita por meio da estatística descritiva e apresentada para cada modalidade de instituição (filantrópica e privada). Os dados foram organizados em forma de tabelas e gráficos.

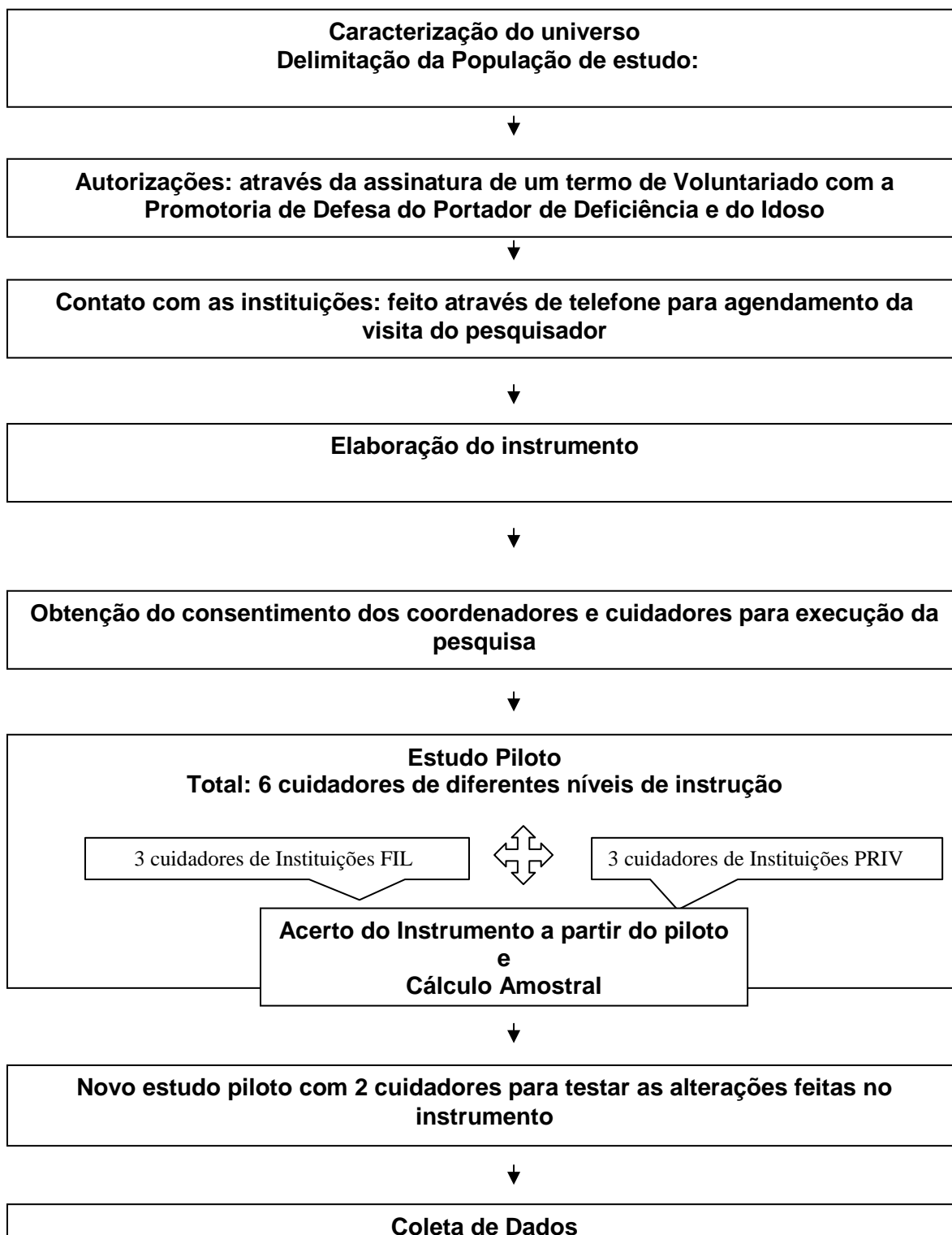
O teste Qui-quadrado foi utilizado quando era necessário comparar os dados das instituições FIL e PRIV.

Quando não foi possível a utilização do Qui-quadrado, utilizou-se o teste exato de Fisher. Os testes estatísticos foram realizados com auxílio do programa estatístico Epiinfo versão 6 (Centers for Disease Control and Prevention – CDC, USA, 1993).

4.7 Avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa

Este projeto, por se tratar de um estudo observacional em humanos, obedecendo às normas do CNS (Conselho Nacional de Saúde) – Resolução 196/1996 foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, e aprovado sob o número 212/01 (ANEXO C).

4.8 Desenho do Estudo



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados, neste estudo, dados referentes aos cuidadores de 51 instituições: 28 filantrópicas (FIL) e 23 privadas (PRIV). Esses números correspondem a 73,5% das instituições de Belo Horizonte no ano de 2002 (68), e representam 73,6% do total de FIL (38) e 76,6% do total das PRIV (30). Residiam, nessas instituições, 1373 idosos, 984 (72%) nas instituições FIL e 389 (28%) nas PRIV. O número médio de residentes nas FIL foi de 48 idosos, e nas PRIV de 17. O total de cuidadores empregados nas instituições que participaram do estudo foi de 448 (280 nas FIL e 168 nas PRIV). O número médio de cuidadores por instituição foi de 8,5 (10 cuidadores nas FIL e 7 nas PRIV). O número médio de idosos/cuidador na totalidade das instituições foi de 3, correspondendo a 3,6 idosos por cuidador nas FIL e a 2,4 nas PRIV.

Quanto ao atendimento odontológico dentro da instituição, este foi detectado em instituições FIL (3) classificadas como boas e que possuíam os maiores números de residentes (60 a 90) da listagem. HOAD-REDDICK e HEATH (1995) relatam que em grandes instituições as visitas regulares de dentistas são mais comuns, assim como, o atendimento a emergências odontológicas. Das três instituições que possuíam consultório odontológico em funcionamento, em uma os dentistas eram contratados e o consultório funcionava 40 horas semanais, nas outras duas, os profissionais eram voluntários e atendiam 4 horas/semana na instituição. Pode se perceber a partir destes dados que, na maioria das instituições a presença da equipe odontológica não constitui uma rotina sendo que em alguns casos, prestada através de voluntariado. Assim, o

papel do cirurgião-dentista na capacitação dos cuidadores de idosos em saúde bucal dentro das instituições é praticamente inexistente.

5.1 Descrição da Amostra

Observou-se que, com relação ao gênero, a maior parte dos cuidadores entrevistados era do sexo feminino (87,8%), independentemente da modalidade (filantrópica ou privada) ou da classificação obtida pela instituição (boas/muito boas, regulares ou fracas/muito fracas). Mello (2001) encontrou um percentual de 95,3% de cuidadores do sexo feminino em uma pesquisa realizada em Porto Alegre. Nesse estudo, o percentual observado foi um pouco menor (87,8%). Entretanto, percebe-se, através de tais dados, que a prevalência das mulheres nessa atividade é bastante elevada. Esse maior número de mulheres na função de cuidador encontra subsídios na literatura gerontológica referente aos cuidadores familiares, que a justificam pelo fato do cuidar ser considerado, na cultura ocidental, uma tarefa feminina (NÉRI e SOMMERHALDER, 2001).

Deve-se observar, entretanto, que no caso dos cuidadores de instituições, outros fatores, além dessa tradição cultural, podem contribuir para a maior prevalência do sexo feminino nessa função, como o fato das mulheres idosas dependentes constituírem maioria nas instituições (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999; MAZO e BENEDETTI, 1999; MEIJER et al., 2000; MELLO e PADILHA, 2001; MERELIE e HEYMAN, 1991; SILVA et al., 1998; TELLES FILHO e PETRILLI FILHO, 2002). Uma vez que grande parte dessas senhoras necessita de auxílio com o banho, vestuário e higiene íntima, profissionais do sexo feminino são mais indicados para ajudarem-nas em tais atividades. Reforçando as descrições anteriores, é interessante observar que, apesar dos

homens possuem maior força física para auxiliar nas atividades de vida diária (AVD), são principalmente mulheres que atuam nessa profissão.

A fala de um cuidador ilustra o constrangimento das idosas quando auxiliadas no banho por um cuidador do sexo masculino.

“Elas ficam meio assim... sem graça... de um homem ajudar, mas depois acaba (sic) aceitando”.

“Elas gostam que uma colega (cuidadora) ajude a trocar...”

No total, 87,5% dos cuidadores possuíam até 50 anos (79% nas FIL e 96% nas PRIV), 12,5% mais de 50 anos (21% nas FIL e 4% nas PRIV). A média de idade dos cuidadores participantes desse estudo foi de 43 anos.

Esses resultados diferem das descrições do perfil dos cuidadores familiares (MORISHITA et al. 2001; NÉRI e SOMMERHALDER, 2001), que são principalmente mulheres de meia idade, em sua maior parte com idade superior a 50 anos (entre 50 e 60 anos). Entretanto, a idade média dos cuidadores desse estudo (43 anos) encontra-se próxima às descrições de Mello (2001) que observou a idade de 36 anos como média dos profissionais nas instituições (cuidadores formais) avaliadas. De forma similar, Frenkel et al., (2002) relatam que poucos cuidadores em seu estudo possuíam mais de 55 anos de idade. Pode se inferir, a exemplo desse último autor, que o maior percentual de profissionais nessa faixa de idade deve-se às exigências físicas da função, pois, muitos idosos possuem problemas de mobilidade, necessitando de ajuda para transferência, banhos e vestuário. WALDOW (1987), observou níveis de dependência mais altos entre idosos de instituições PRIV, o que sugere haver uma maior exigência

física dos profissionais nessa modalidade (cuidadores mais novos), quando comparadas às instituições FIL ($\chi^2=10,83$, $p=0,0009$). É interessante percebermos que poucos cuidadores entrevistados possuíam menos de 20 anos, indicando que não somente força física é necessária aos cuidadores, outros atributos, são avaliados como importantes pela administração das instituições.

Pode-se observar a partir dos GRAF. 1 e 2, que nas instituições FIL, há duas concentrações maiores de cuidadores: aqueles que possuíam o 1º grau incompleto e os que haviam concluído o 2º grau. Já nas PRIV, a maior parte dos cuidadores possuía o 2º grau completo.

De uma forma geral, os cuidadores das instituições FIL possuem menos anos de estudo que os das PRIV. Esses resultados confirmam os de outro estudo realizado em instituições FIL de Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 1993), segundo o qual profissionais com ensino elementar são os responsáveis pelos cuidados dos residentes. Os dados relativos à escolaridade variam de acordo com a classificação da instituição. Nas FIL boas, o percentual de cuidadores com o 2º grau completo (33,3%) foi aproximadamente a metade do das PRIV boas (63,9%). Percebe-se, a partir dos resultados, que os profissionais das instituições PRIV são mais bem preparados que os das instituições FIL, pois, pessoas com mais anos de ensino formal têm melhor raciocínio lógico, estando mais habilitadas a executar atividades que demandam preparo intelectual, como: medicar os pacientes, receber e dar orientações médicas, acompanhar idosos a consultas, ajudá-los com serviços bancários e recebimento de benefícios, dentre outras atividades.

Os GRAF. 1 e 2 apresentam a distribuição dos cuidadores nas instituições filantrópicas e privadas segundo o grau de escolaridades.

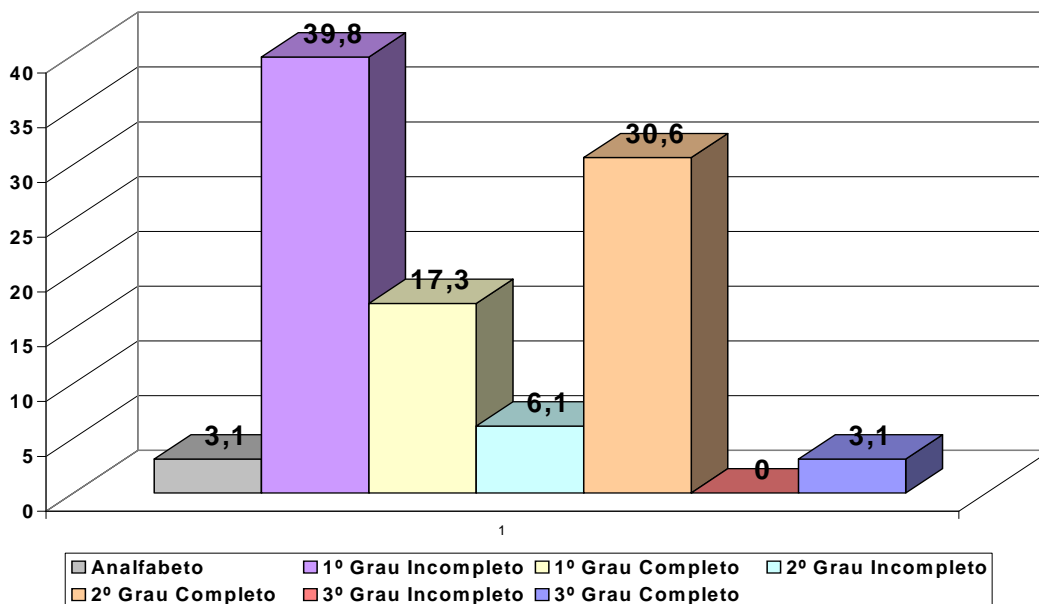


GRÁFICO 1 - Distribuição dos cuidadores segundo escolaridade nas instituições filantrópicas

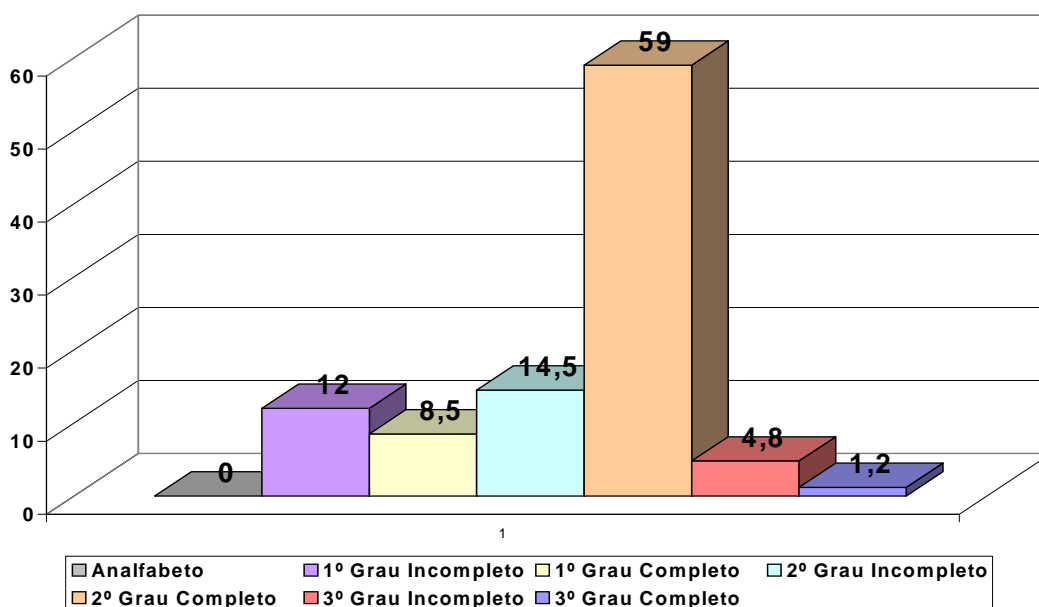


GRÁFICO 2 - Distribuição dos cuidadores segundo escolaridade nas instituições privadas

Com relação à remuneração, a maior parte dos cuidadores recebia entre 1 e 2 salários mínimos (81,1%), independentemente da modalidade ou classificação das instituições.

O trabalho como cuidador voluntário foi detectado nas instituições FIL (1 cuidador), sendo que, em ambas modalidades de instituições, havia profissionais recebendo menos de 1 salário mínimo (TAB 2).

Duarte (1997) descreve que os valores médios cobrados pelos cuidadores domiciliares eram os seguintes: acompanhante - 5,99 salários mínimos; auxiliar de enfermagem - 6,47 salários mínimos; enfermeiro - 10,71 salários mínimos. A faixa salarial da maioria dos indivíduos avaliados nesse estudo (1 a 2 salários mínimos) está, portanto, bastante aquém da remuneração de profissionais que prestam assistência a idosos em domicílio. Esses resultados mostram que, embora alguns autores (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999; CUNHA et al., 1985; KARSCH, 2003; VIEIRA, 2003) considerem que a institucionalização não seja a melhor opção para o idoso, esta constitui muitas vezes uma opção que pode viabilizar cuidados profissionais de qualidade àqueles que não possuem recursos para manter os altos custos para a atenção domiciliar.

Tais constatações, reforçam a necessidade de uma atuação do poder público no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos idosos pelas instituições asilares, indo ao encontro da literatura (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999; CUNHA et al. 1985; KARSCH, 2003; VIEIRA, 2003), que relata que muitos idosos necessitam desse tipo de cuidado.

Deve-se destacar a praticamente inexistência do voluntariado nas instituições, uma vez que, grande parte das FIL é vinculada a entidades religiosas como a Sociedade São Vicente de Paulo.

Do total, mais da metade (51%) dos cuidadores enquadravam-se na classe econômica C, segundo a classificação econômica Brasil da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP,1997). Consideradas as duas modalidades de instituições, a distribuição foi similar (50% para as FIL e 51,8% PRIV). Nas FIL, a proporção de cuidadores em classes econômicas mais baixas foi maior quando comparada às PRIV. O percentual de cuidadores na classe D foi de 33,7% nas FIL, e 18,1% nas PRIV, sendo que, nas FIL, 1% dos entrevistados estavam na classe E e, nas PRIV, não havia cuidadores nessa classe.

A classe B2 obteve frequência relativa mais baixa na modalidade FIL quando comparada à PRIV (9% e 24%, respectivamente). Na classificação econômica B1, o percentual de 6,1% ocorreu tanto em uma, quanto em outra modalidade de instituição.

TABELA 2

Frequência relativa dos cuidadores, segundo faixa salarial, por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003

Salário Mensal	Modalidade de Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Menos de 1 salário	-	-	-	1,6	-	-
1 a 2 salários	76,5	88,6	90,9	80,3	77,8	75,0
Mais de 2 salários	21,6	11,4	9,1	18,1	22,2	25,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Houve registro de 1 cuidador voluntário em uma instituição da modalidade filantrópica classificada como fraca ou muito fraca.

Não existem estudos, no Brasil, que tenham abordado a condição econômica dos cuidadores de idosos, o que impossibilita a comparação desses resultados. O

confrontamento desses dados aos de estudos realizados em países de primeiro mundo apresenta uma série de dificuldades devido às diferenças existentes. Apesar disso, pode-se deduzir que as diferenças em relação à condição econômica observada nos profissionais das duas modalidades de instituição, relaciona-se às maiores exigências das instituições privadas quanto à qualificação profissional.

Requisitos como escolaridade acabam por selecionar profissionais de melhor condição econômica. Quando se compara os níveis de escolaridade nos dois tipos de instituição (FIL e PRIV), pode-se perceber que as privadas empregam profissionais com mais anos de ensino elementar que as filantrópicas. Assim, esses resultados têm a relevância de trazer uma nova variável a ser testada em futuras pesquisas sobre esse tema, o nível de escolaridade dos profissionais que atuam em instituições. A verificação dessa nova alternativa pode ajudar na compreensão dos fatores que interferem com a qualidade do cuidar.

Com relação ao tempo de trabalho na instituição, 28% (16% nas FIL e 40% nas PRIV) dos indivíduos avaliados trabalhavam na instituição há menos de 1 ano; 44% (41% nas FIL e 47% nas PRIV), no período de 1 a 5 anos e; 28% (44% nas FIL e 12% nas PRIV), há mais de 5 anos. O percentual de profissionais com menos de 1 ano de trabalho, nas instituições FIL, foi menor em todas as classificações quando comparado ao das instituições PRIV (TAB 3).

O tempo médio de serviço dos cuidadores nas instituições privadas de Porto Alegre, descrito por Mello (2001), foi de 22 meses, em conformidade com os resultados do presente estudo, segundo os quais a maioria dos cuidadores exerce suas funções, na

instituição, entre 1 e 5 anos (12 a 60 meses). Nas instituições FIL, os percentuais de cuidadores com pouco tempo (menos de 1 ano) de serviço são menores que nas PRIV, ocorrendo o inverso em relação aos com mais tempo de trabalho na instituição (mais de 5 anos). Essas diferenças sugerem haver menor rotatividade de profissionais nas instituições FIL que nas PRIV. Os índices mais altos de dependência dos idosos, associados a um maior número de problemas de convivência entre eles (BEAUVOIR, 1990; CUNHA et al., 1985; MAZO e BENEDETTI, 1999; MEIJER et al, 2000; MELLO e PADILHA, 2001; MERELIE e HEYMAN, 1991; TELLIS FILHO e PETRILLI FILHO, 2002; WALDOW, 1987), são uma das explicações para tal dado, além do fato de que, nas PRIV, os profissionais têm mais oportunidades de emprego, pois, como observado anteriormente, são mais bem qualificados. Muitos dos profissionais entrevistados dizem que, além de trabalhar na instituição, cuidam de idosos residentes em domicílio.

Quanto à experiência profissional, os cuidadores com menor tempo de trabalho na área (menos de 1 ano) representaram 23% da amostra. A maior parte (45%) dos cuidadores entrevistados exercia sua atividade de 1 a 5 anos. Os percentuais de cuidadores com experiência profissional superior a 5 anos foram maiores, nas FIL, em todas as classificações (51% nas boas, 57% nas regulares e 42 % nas fracas) quando comparados aos das PRIV (TAB 4).

Conforme as descrições da literatura, os cuidadores são pessoas com poucos anos de ensino formal, muitos desses oriundos de serviços gerais, faxina (DUARTE, M., 1996). Pode-se, portanto, concluir que, no caso desses profissionais, as habilidades do cuidar são adquiridas, em grande parte, através do seu trabalho diário com os idosos. Assim, os

resultados sugerem que os cuidadores das instituições FIL possuem mais experiência em lidar com os idosos, quando comparados aos profissionais da modalidade de instituições PRIV.

TABELA 3

Frequência relativa dos cuidadores segundo tempo de trabalho na instituição, por modalidade e classificação – Belo Horizonte – 2003

Tempo na instituição	Modalidade e Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Menos de 1 ano	12,5	14,3	33,3	42,6	33,3	50,0
1 a 5 anos	38,2	45,7	33,3	42,6	61,1	-
Mais de 5 anos	49,3	40,0	33,4	14,8	5,6	50,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5.2 O Cuidar

A maioria dos cuidadores relatou satisfação com a profissão (98,5%). Os insatisfeitos (1,5%) corresponderam a 2% dos indivíduos avaliados, nas FIL boas, e 1% nas PRIV regulares.

O alto percentual de satisfação verificado confirma as tendências recentes na pesquisa sobre cuidadores. O cuidar é uma tarefa complexa, podendo ser prazeroso, e não somente uma fonte de estresse como se considerava no passado. As pesquisas sobre cuidadores familiares têm considerado que essa atividade pode contribuir para o bem-estar e para auto-estima dessas pessoas (NÉRI e SOMMERHALDER, 2001). Teixeira (1998) relata que apesar das grandes exigências dessa profissão, cuidar de idosos

dependentes pode ser uma fonte de realização pessoal. As falas dos próprios cuidadores ilustram positivamente essa concepção:

“Eu vejo neles aquilo que posso precisar amanhã. É gratificante o que se faz por eles”

“ Eu sei que estou ajudando, posso ajudar e sei que tenho capacidade de ajudar.”

“Eu gosto de lidar com as idosas,... fico pensando em mim mais tarde.”

“Traz satisfação, história de vida. A gente satisfazer o desejo deles é importante para nós... traz uma realidade de vida incomparável.”

“Eles precisam de nós”

TABELA 4

Frequência relativa dos cuidadores segundo experiência profissional por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003

Experiência Profissional	Modalidade e Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Menos de 1 ano	10,0	6,0	33,0	33,0	56,0	-
Até 5 anos	39,0	37,0	25,0	38,0	28,0	100,0
Mais de 5 anos	51,0	57,0	42,0	29,0	16,0	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Dos 98,5% que se disseram satisfeitos com a profissão, a maioria (96,6%) descreveu como motivo o bem-estar pessoal que a atividade proporcionava. Um percentual de 2,8% relacionou a satisfação com a necessidade de trabalhar. Um cuidador (0,6%) associou o prazer de cuidar do idoso com os cuidados infantis: “é como cuidar de criança”.

Do total de insatisfeitos (1,5%), dos cuidadores das FIL, 2% apontaram o cansaço como causa do descontentamento. Já nas PRIV (1%), a falta de estrutura da instituição foi à fonte do desprazer com a atividade. Cabe ressaltar que os cuidadores insatisfeitos eram de instituições FIL classificadas como boas, e de uma PRIV regular.

Do total de atividades de vida diária (AVD) com as quais os cuidadores relataram auxiliar os idosos (616), a higiene bucal correspondeu somente ao percentual de 7,5%. Desse total, 33% foram relatadas por cuidadores das FIL e 13% de PRIV. Os demais procedimentos descritos foram: alimentação (21,3%), medicação (16,6%), banho (22,5%), higiene íntima (18,2%), vestuário e transferência (1,5%), suporte psicológico (4,4%) e serviços gerais (8%). Na modalidade FIL, 63% dos cuidadores relataram ajudar com a alimentação dos idosos e, nas PRIV, 68%. Nas FIL, a medicação foi citada por 40% dos cuidadores, enquanto nas PRIV, 63%. A outra atividade em que os cuidadores disseram atuar foi o banho: 73% nas FIL e 66% nas PRIV. A higiene íntima foi citada por 49% dos cuidadores das FIL e 63% nas PRIV. O auxílio com vestuário e transferência foi informado por 4% dos cuidadores das FIL e 5% nas PRIV. Suporte psicológico aos pacientes representou 20% dos relatos nas FIL e 7% nas PRIV. O auxílio com serviços gerais foi apontado por 37% dos profissionais das instituições filantrópicas e 12% nas instituições privadas.

O baixo percentual de relatos da higiene bucal dentre as AVD vai ao encontro da literatura segundo a qual essa é uma prática pouco valorizada pelos cuidadores (EADIE e SCHOU, 1992), sugerindo um desconhecimento por parte dos mesmos do impacto da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas idosas (APPOLLONIO et al., 1997;

CHEN e HUNTER, 1996; LOCKER et al., 2002; MAC ENTEE, 1996; MANDEL, 2002; MC GRATH e BEDI, 2000; MCNAUGHER, 2001; TSAKOS et al., 2001). As descrições de auxílio nas AVD alimentação, medicação, higiene íntima, vestuário e transferência foram menores nas FIL que nas PRIV. Essas diferenças podem ser explicadas pelo fato de que, nas FIL, os idosos são menos dependentes que nas PRIV (WALDOW, 1987; CHAIMOWICZ, 1999). A ajuda com os banhos, higiene bucal e o suporte psicológico ao idoso foram mais descritos pelos cuidadores das FIL que os das PRIV. Os percentuais de relatos de auxílio com banho e vestuário entre instituições FIL e PRIV são bastante similares, não sendo possível detectar os motivos disso, uma vez que com outras AVD existem diferenças. As diferenças entre as descrições de suporte psicológico aos idosos nas FIL e PRIV sugerem que nas primeiras os idosos são mais solitários, necessitando que cuidadores lhes dedique a atenção que não recebem da família.

Quase metade dos cuidadores (48%) disse que não sentia qualquer dificuldade no exercício da profissão. Dos cuidadores que as relataram, 46,2% disseram que tais complicações estavam relacionadas à convivência com o idoso; 12%, em lidar com a morte; 31,2%, a transferência; 4,3%, ao banho; 4,3%, a problemas relacionados com as condições de trabalho e; 2%, a causas diversas.

Quando separados por modalidade de instituição, os cuidadores que disseram ter problemas com a profissão representaram 51% dos entrevistados na modalidade FIL, e 52% nas PRIV. Na modalidade FIL, o percentual de cuidadores com dificuldade de convivência com os idosos (42%) foi menor que o das PRIV (51%), o mesmo ocorrendo

com a dificuldade em lidar com a morte (6% FIL e 19% nas PRIV). Já em relação a dificuldades com a transferência, nas instituições FIL, o percentual foi maior (38%) que nas PRIV (23,1%). Em relação ao banho, 2% dos cuidadores das FIL descreveram essa atividade como a mais difícil, já nas PRIV 6,9%. Deve-se realçar que dificuldades devido à falta de infraestrutura da instituição (8%) e outras (4%) foram descritas somente pelos cuidadores das FIL (TAB. 5).

TABELA 5

Frequência relativa de dificuldades da profissão segundo relatos dos cuidadores por modalidade e classificação das instituições – Belo Horizonte – 2003

Dificuldades da profissão	Modalidade e Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Convivência	38,0	47,0	43,0	48,0	60,0	50,0
Lidar com a morte	8,0	0,0	14,0	13,0	40,0	0,0
Transferência	46,0	29,0	29,0	29,0	0,0	50,0
Banho	0,0	6,0	0,0	10,0	0,0	0,0
Má condição de trabalho	4,0	12,0	14,0	0,0	0,0	0,0
Outras	4,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Problemas de convivência com idosos institucionalizados encontram subsídio na literatura gerontológica (BEAUVOIR, 1990) e se justificam pelos elevados percentuais de idosos institucionalizados etilistas, deprimidos ou demenciados (CUNHA et al, 1985; SILVA, 1998; TELLES FILHO e PETRILLI FILHO, 2002; WALDOW, 1987;). Com relação à transferência, a literatura mostra que muitos idosos institucionalizados apresentam problemas de mobilidade (CUNHA et al., 1985; MAZZO e BENEDETTI,1999; WALDOW, 1987). Portanto, essa é uma atividade que demanda

grande esforço dos cuidadores. Além das anteriores, lidar com a morte dos idosos foi outro problema descrito pelos cuidadores. O alto índice de óbitos entre os idosos institucionalizados descrito em alguns trabalhos, (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999, MELLO e PADILHA, 2001) sugere que os cuidadores convivem de forma freqüente com a perda de residentes. Quanto à higiene bucal, ao contrário do estudo de Wardth et al. (1997), neste trabalho, nenhum cuidador descreveu essa atividade como a mais difícil dentre suas funções.

Quando consideradas separadamente as modalidades filantrópicas e privadas, observou-se que os problemas de convivência e de lidar com a morte dos idosos foram mais comuns nas últimas (TAB. 5). Uma vez que, nas FIL, idosos fragilizados têm maior dificuldade em serem aceitos (CHAIMOWICZ e GRECCO, 1999), deduz-se que as diferenças observadas se relacionam ao fato de que nestas os residentes são mais independentes (WALDOW, 1987) e saudáveis. Uma vez que o estudo de Cunha et al. (1985) mostrou haver uma associação entre dependência e mortalidade, as diferenças detectadas nos sugerem que nas PRIV onde os idosos são mais doentes e dependentes, há uma maior exigência psíquica dos cuidadores nesse aspecto. É importante destacarmos que esses dados vêm, novamente, reforçar a complexidade do cuidar (NÉRI e SOMMERHALDER, 2001), pois, apesar de gerar sentimentos de angústia (TEIXEIRA, 1998) e exigir psiquicamente do profissional, essa atividade pode, também, trazer prazer e conforto.

Dos 31,2% que apontaram a transferência como dificuldade, 38% eram das FIL e 23,1% de PRIV. Os resultados mostraram que, nas FIL, um maior número de cuidadores acha a

transferência a atividade mais difícil. Uma vez que a média de idosos por cuidador, nessa modalidade de instituição, foi mais alta, pode-se deduzir que, nas FIL, essa atividade representa uma sobrecarga física para os trabalhadores (TEIXEIRA, 1998). Como as normas de funcionamentos das instituições (BELO HORIZONTE, 2000) indicam que o número de profissionais deve ser o suficiente para atender os idosos, porém, não especificando qual a relação residente/cuidadores ideal, essas observações apontam a necessidade de se definir essa proporção.

Ao serem questionados onde aprenderam a profissão, 50% do total de cuidadores (42% nas FIL e 59% nas PRIV) declararam que adquiriram suas habilidades na prática diária, 31% (39% nas FIL e 22% nas PRIV) através de curso técnico e 19% (19% nas Fil e 19% nas PRIV) com a prática e cursos (GRAF. 5 e 6). Dos profissionais que aprenderam na prática, alguns descreveram a própria instituição como o local de formação, enquanto outros, a própria família. Foram detectadas diferenças estatísticas ($\chi^2=7,60$, $p=0,02$) quanto ao tipo de formação, nas instituições privadas um maior número de cuidadores consideram ter aprendido a cuidar dos idosos de forma prática, ou seja, atuando na própria instituição.

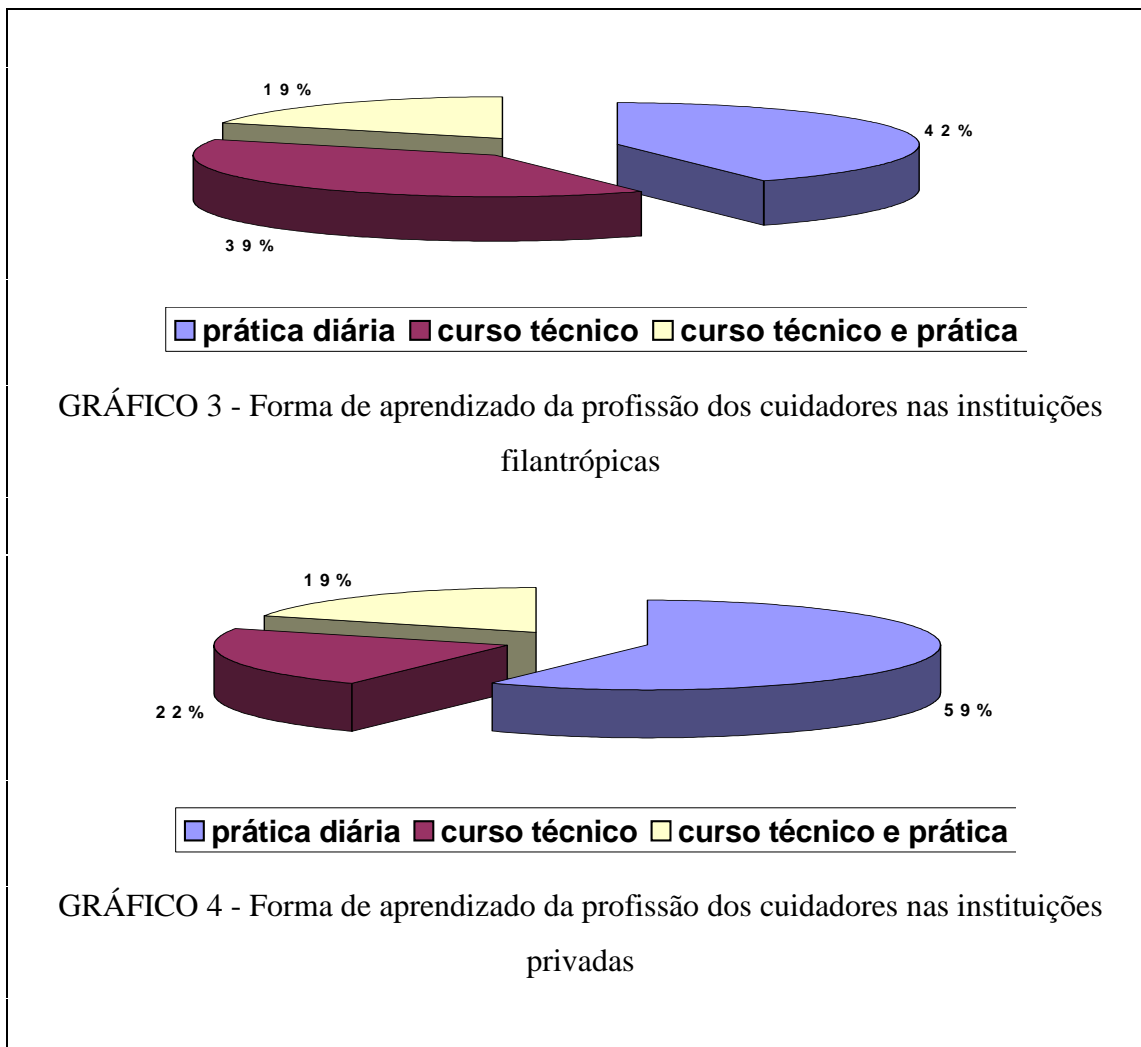
A metade dos participantes desse estudo narra ter adquirido suas habilidades profissionais com a prática diária, o que confirma os dados da literatura sobre o assunto (DUARTE, Y., 1997), segundo os quais muitos daqueles que se dispõem a exercer a função de cuidadores de idosos dependentes não possuem capacitação para tal. Confirmando os relatos do trabalho de Duarte, M. (1996), vários participantes dessa pesquisa dizem ter sido admitidos na instituição para executar serviços gerais, e com o

tempo passaram a exercer a atividade de cuidador. Tal fato é descrito principalmente em instituições FIL. Chama atenção o fato de que mesmo os profissionais com curso superior ou técnico na área de enfermagem descreverem a importância do trabalho na instituição em sua formação. Essas informações indicam que para muitos dos profissionais avaliados, o ensino formal não forneceu o embasamento que consideram necessário ao exercício da função. Assim, pode se constatar pelos resultados que a maior parte daqueles que auxiliam idosos nas AVD tem uma formação eminentemente prática, o que justifica, portanto, a preocupação com a capacitação desses indivíduos por parte dos programas de atenção ao idoso (BRASIL,1999; BELO HORIZONTE 2000; BRASIL, 2000).

É importante destacar que muitos dos entrevistados que se qualificam de forma prática, descrevem os cuidados a familiares como origem de seus conhecimentos. As diferenças verificadas no aprendizado da profissão entre os cuidadores de instituições FIL e PRIV se explicam pelo fato de que nas últimas é comum o treinamento em serviço, o que ajuda a suprir deficiências do ensino em geriatria.

Ao serem questionados sobre ter recebido treinamento após admissão pela instituição, 54,7% do total de cuidadores relataram tê-lo recebido. Quando comparadas as duas modalidades de instituições foi observado que, nas FIL, 45% dos cuidadores declararam ter recebido orientação no momento de sua contratação, enquanto nas PRIV, 65% dos entrevistados tiveram esse tipo de capacitação. Houve diferença estatística quanto ao treinamento em serviço entre as duas modalidades de instituição ($\chi^2=6,65$, $p=0,009$).

Nas instituições PRIV, é mais comum os cuidadores receberem orientações em serviço no momento de seu emprego (TAB. 6).



De acordo com esses dados, pode-se observar que existe uma preocupação principalmente por parte das instituições PRIV em melhorar a qualificação de seu quadro de funcionários. Muitos dos entrevistados das PRIV disseram ter recebido treinamento fornecido dentro da própria instituição. Esse fato justifica os relatos de muitos cuidadores terem aprendido sua função na prática. Portanto, a qualificação em serviço é uma forma de elevar o nível de assistência prestado, através da sistematização de condutas e procedimentos. O que mostra a importância desse critério quando da

avaliação das instituições (MINAS GERAIS, 2000). A maior proporção de cuidadores orientados previamente ao início do trabalho, nas instituições PRIV, quando comparados aos das FIL, sugere que nas primeiras há um maior interesse na qualificação desses funcionários.

TABELA 6

Frequência relativa de cuidadores treinados em serviço após contratação segundo modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003

Recebeu treinamento	Modalidade e Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Sim	55,0	37,0	33,0	66,0	61,0	75,0
Não	45,0	63,0	67,0	34,0	39,0	25,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5.3 Os Cuidados Bucais

Como apresentado na TAB. 7, a maior parte dos cuidadores (76%) relatou ter aprendido a fazer a higiene bucal dos residentes. Quando consideradas as duas modalidades de instituição, foi observado que, nas FIL, o percentual de cuidadores que não aprendeu os cuidados bucais (33%) foi maior que nas PRIV (13%). Houve diferença estatística entre o aprendizado dos procedimentos em higiene bucal e treinamento em serviço ($\chi^2=6,49$, $p=0,01$). A maior parte dos cuidadores que recebeu treinamento em serviço aprendeu a executar os cuidados bucais, enquanto os que não receberam treinamento não aprenderam a executar a higiene bucal.

Esse alto percentual de educação em higiene bucal detectado contraria resultados de estudos de outros países (ADAMS, 1996; CHUNG et al, 2000; MERELIE e HEYMAN, 1992; PAUNOVICH, 1994; SIMONS et al., 2000) e também o de Mello (2001) realizado no Brasil. Entretanto, devemos considerar que alguns desses estudos foram realizados em hospitais (ADAMS, 1996) e com cuidadores de idosos residentes no domicílio (PAUNOVICH, 1994) e em nenhum deles, instituições FIL e PRIV foram consideradas juntas ou comparadas. Um estudo feito no Brasil (MELLO, 2001) avaliou somente cuidadores de instituições PRIV. Além disso, durante o ano de 2003, a Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência e do Idoso (PJDDPPDI) acordou com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) que fosse feito um treinamento para os cuidadores das instituições de Belo Horizonte, o qual foi ofertado gratuitamente aos funcionários das FIL. Essa capacitação compensou a ausência de treinamentos em serviço nas instituições FIL, fornecendo aos profissionais dessas instituições novos conhecimentos. Dentro do plano de curso desse treinamento foi inserida a saúde bucal, a qual foi ministrada por este pesquisador, durante o treinamento desses profissionais ocorrido no ano de 2003.

Ainda que o percentual de informação sobre higiene bucal, de uma forma geral seja alto, percebe-se que existem diferenças entre as instituições filantrópicas e privadas quanto a esse aprendizado. Tais desigualdades são maiores entre as três categorias de instituições na modalidade filantrópicas, quando comparadas as privadas.

A análise estatística dos resultados mostra que o treinamento dos cuidadores em saúde bucal pelas instituições é uma importante forma de informação sobre higiene bucal.

Ainda que não constitua objetivo deste estudo, essas observações podem ajudar o planejamento de intervenções educativas com cuidadores de idosos no futuro.

TABELA 7

Frequência relativa de cuidadores que aprenderam os procedimentos de higiene bucal por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003

Aprendizado higiene bucal	Modalidade e Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Sim	86,0	49,0	33,0	87,0	83,0	100,0
Não	14,0	51,0	67,0	13,0	17,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Dos cuidadores que aprenderam a fazer os procedimentos de higiene bucal, 47% aprenderam com a prática profissional, 37% em cursos técnicos e 16% em cursos e com a prática. Na modalidade FIL, um percentual menor de cuidadores adquiriu as habilidades de higiene bucal em cursos (34%) quando se compara às PRIV (40%). A aquisição de conhecimentos de saúde bucal com a prática foi relatada por 44% dos cuidadores das FIL e 49% das PRIV; 22% dos cuidadores das FIL e 11%, nas PRIV, afirmaram ter formação em higiene bucal através de cursos e com a prática (TAB. 8). As modalidades não apresentaram diferença estatística significativa quanto à fonte de informação sobre higiene bucal ($\chi^2=4,42$, $p=0,10$). Deve-se registrar que mesmo os cuidadores que disseram não ter aprendido higiene bucal, executavam esses procedimentos da forma que viram os outros colegas fazendo.

Os resultados mostram que quase a metade dos cuidadores que disseram ter aprendido a executar os cuidados bucais adquirem esse conhecimento através da prática, o que vai

ao encontro dos dados da literatura (CHUNG et al., 2000; FRENKEL et al., 2002) que descrevem essa como uma importante forma de aquisição de informações sobre saúde bucal por parte dos cuidadores. O fato de alguns dos profissionais sem formação em higiene bucal discorrerem que executam tal tarefa de acordo com o que outros companheiros de trabalho fazem, reforça novamente, a importância do aprendizado prático para esses trabalhadores. Em seguida, o aprendizado em cursos técnicos foi a forma mais referida.

Cabe ressaltar que um pequeno número de cuidadores que adquiriram seus conhecimentos na prática diária teve orientação de cirurgiões-dentistas. Esses achados demonstram que, embora a legislação referente à atenção odontológica nas instituições seja uma exigência para seu funcionamento (BELO HORIZONTE, 2000), essa norma ainda está distante da realidade das instituições.

Mais da metade dos cuidadores (52,5%) disseram que achavam a higiene bucal uma atividade fácil, sendo que, esse percentual foi maior para as FIL (58,2%) que nas Priv (45,8%). A frequência relativa de cuidadores que achavam fácil a higiene bucal, de acordo com a classificação e modalidade de instituição pode ser conferidos na TAB. 8. As duas modalidades de instituição não diferiram quanto a opinião dos cuidadores em relação à dificuldade/facilidade de realização dos procedimentos de higiene bucal. Houve uma distribuição semelhante entre o percentual de entrevistados que consideram essa atividade fácil ou difícil, tanto nas instituições privadas quanto nas filantrópicas ($\chi^2 = 3,02$, $p=0,08$).

O aprendizado de higiene bucal não interferiu com o grau de dificuldade de realização dos cuidados bucais pelos cuidadores das instituições FIL ($\chi^2=3,93$, $p=0,14$). A dificuldade ou facilidade do cuidador com as práticas de higiene bucal no idoso não sofreu influência do seu tempo de experiência profissional, tanto nas instituições filantrópicas ($\chi^2=1,37$, $p=0,50$) quanto nas privadas ($\chi^2= 5,48$, $p=0,06$).

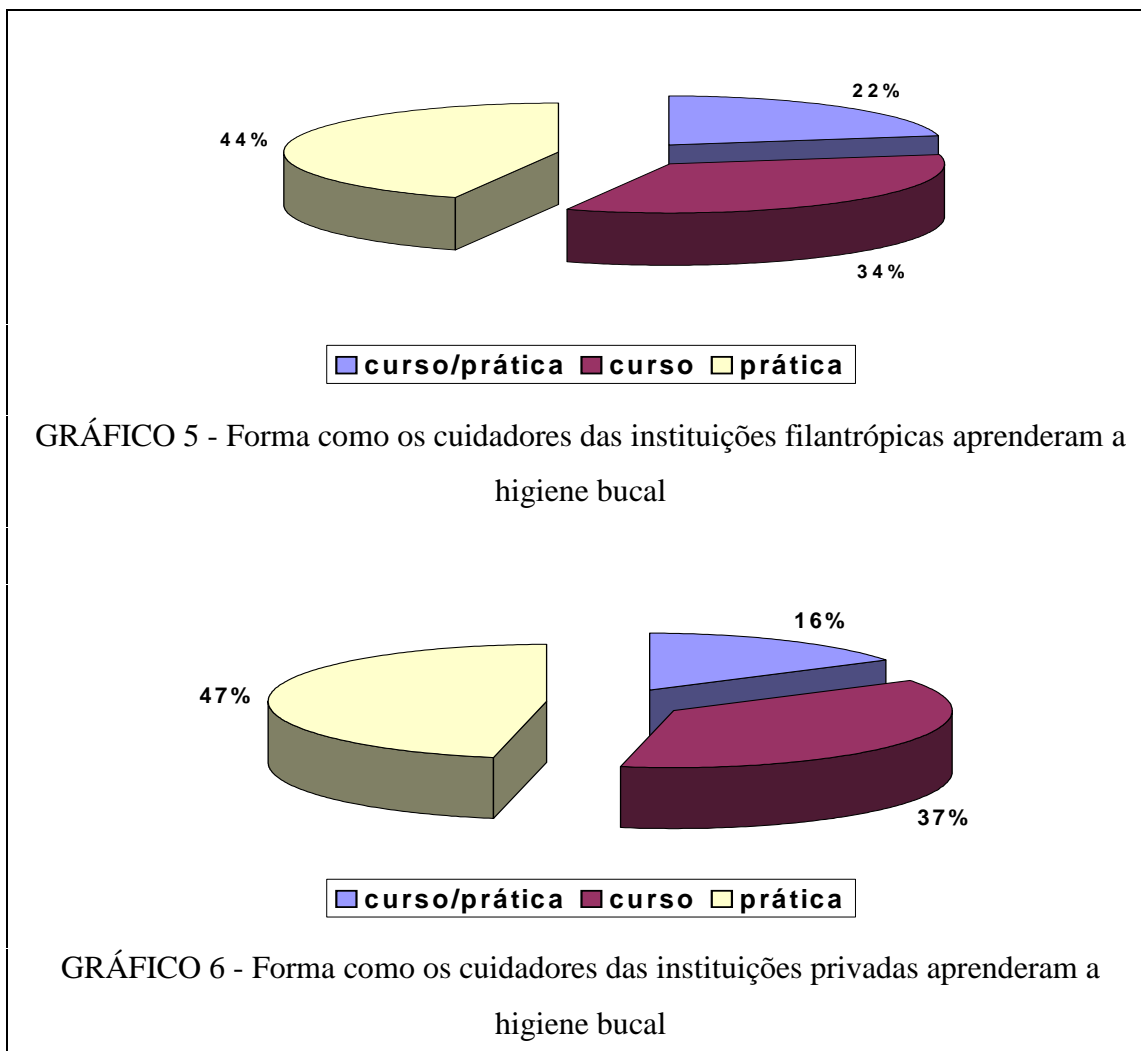
TABELA 8

Frequência relativa de cuidadores que consideram fácil a higiene bucal dos idosos segundo modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003

Consideram fácil	Modalidade e Classificação das instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Sim	58,8	63,0	41,7	39,3	61,1	75,0
Não	39,2	34,2	58,3	60,7	33,3	25,0
N.S.R.	2,0	2,8	0,0	0,0	5,6	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quando consideramos os resultados por modalidade de instituição, podemos inferir que os maiores percentuais de relatos de facilidade com a higiene bucal observados nas FIL, deve-se ao fato de que nestas os idosos são menos dependentes de auxílio com essa atividade (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999; WALDOW, 1987). Portanto, a demanda e conseqüentemente os relatos de dificuldade com essa atividade devem ser menores que nas PRIV, uma vez que os idosos dependentes para as AVD é que necessitam de mais apoio dos profissionais com essa prática (BENTO,1999; GUIVANTE-NABET et al., 1999; HaAWKINS, 1999; KAMEN, 1997; MACENTEE, 1990; MELLO e PADILHA, 2001; PAUNOVICH, 1994; SIMONS et al, 2000; WARDTH et al. 1997). Tal resultado

vai ao encontro das descrições de Bento (1999) de que a maior parte dos residentes de uma instituição FIL de João Pessoa estava capacitada a realizar a higiene bucal.



Os cuidadores que sentiam dificuldade com a higiene bucal apontaram como causa a resistência do próprio idoso (70%); dificuldade no manejo (28%); dificuldades pessoais com essa atividade (1%) e; outros (1%). O percentual de cuidadores das FIL que descreveu dificuldades com o manejo (21%) foi menor que o das PRIV (34%). Já quanto à resistência, o percentual foi maior nas FIL (74%) que nas PRIV (66%). Somente nas FIL registraram-se dificuldades pessoais com a higiene bucal (2,5%) além de outras dificuldades (2,5%). As dificuldades descritas pelos cuidadores com os

procedimentos de higiene bucal, por modalidade e classificação de instituição, podem ser visualizados na TAB. 9.

A rejeição à higiene bucal por parte dos idosos foi detectada em outros trabalhos (ADAMS, 1996; CHUNG et al., 2000; WARDTH et al., 1997). Depreende-se que a alta prevalência de problemas psíquicos entre os idosos institucionalizados (CUNHA et al., 1985; MACENTEE, 1996; TELLES FILHO e PETRILLI FILHO, 2002; WALDOW, 1987) é um dos fatores que tornam a higiene bucal uma atividade trabalhosa para os cuidadores (ISAKSSON et al., 2000; FRENKEL et al., 2001). Entretanto, segundo o estudo de Locker et al. (2002), mesmo idosos com problemas mentais percebem o impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida, o que indica haver outras causas para a resistência aos procedimentos de higiene bucal, como por exemplo, o hábito.

Uma outra explicação da rejeição à higiene bucal é o pequeno impacto ou a falta de percepção da condição de saúde bucal na qualidade de vida (APPOLLONIO et al., 1997; MANDEL, 2002; MCGRATH e BEDI, 2000; TSAKOS et al., 2001). Deve-se lembrar que bem-estar e qualidade de vida são conceitos individualizados, pois, para alguns idosos, a perda de elementos dentários pode melhorar esta última (SLADE, 1998) e o uso de próteses pode inclusive piorá-la (MCNAUGHER et al., 2001).

Os problemas com o manejo também foram descritos, sendo que esse está diretamente relacionado a incapacidades físicas dos idosos (KAMEN, 1997). Existe, na literatura, relato de cuidadores segundo os quais eles não são preparados para realizar cuidados bucais em pacientes com determinados tipos de problemas, como aqueles que têm respostas musculares involuntárias (PAUNOVICH, 1994). Assim, esses profissionais, ainda que conscientes da necessidade dos procedimentos de higiene bucal, muitas vezes

não conseguem executar adequadamente essa tarefa devido à falta de uma formação específica para atendimento das complexas exigências dessa clientela.

O pequeno percentual de cuidadores que disse ter dificuldades pessoais com a execução dessa tarefa (TAB. 9) mostra que os transtornos na sua execução relacionam-se mais aos problemas dos idosos do que ao cuidador. Ainda que esses profissionais sejam bem informados sobre técnicas de higiene bucal, a condição mental, a dificuldade no manejo ou a não percepção da importância da saúde bucal pelos idosos impossibilita a execução dessa atividade.

TABELA 9

Frequência relativa das dificuldades com a higiene bucal dos idosos relatados pelos cuidadores por modalidade e classificação de instituições – Belo Horizonte – 2003

Motivo da Dificuldade	Modalidade e Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Manejo	26,2	8,3	29,0	27,0	66,7	100,0
Resistência	68,4	91,7	71,0	73,0	33,3	0,0
Dificuldade pessoal	5,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outros	5,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Os resultados do estudo, portanto, vão de encontro aos de outros (EADIE e SCHOU, 1992, MATEAR, 1999) segundo os quais muitos cuidadores consideraram os procedimentos de higiene bucal como uma atividade desagradável e estressante. Essas observações apontam para a necessidade de sensibilizar os idosos sobre a importância da saúde bucal para a qualidade de vida, e principalmente do desenvolvimento de técnicas de higienização específicas para a higiene bucal de idosos portadores de

problemas físicos ou psíquicos, tornando assim essa tarefa uma atividade mais fácil para os cuidadores.

Quanto às descrições dos procedimentos de higiene bucal executado nas instituições, a maior frequência de relatos foi para escovação dentária (29%), seguida de higiene das próteses (20,4%), higiene da mucosa (16,7%), limpeza bucal com produtos diversos (16,2%), higiene da língua (10,6%). Um percentual de 3,2% dos entrevistados não soube responder a essa pergunta. Dos 3,9% de relatos restantes, 2,4% referiam-se ao uso de fio dental; 1,1% não fazia qualquer procedimento de higiene bucal; 0,2% disseram somente lavar a boca dos idosos com água no momento do banho e 0,2% afirmaram que faziam a higiene da língua, porém, não era executada rotineiramente.

Com relação aos procedimentos de higiene bucal, quando consideradas as duas modalidades de instituições, o percentual de cuidadores nas instituições filantrópicas que não souberam responder (5,3%) foi maior que nas privadas (1,4%). Os relatos da escovação dentária nas filantrópicas (31,4%) também foram maiores que nas privadas (27%). A higiene da mucosa foi menos descrita nas filantrópicas (13,6%) que nas privadas (19,2%), o mesmo ocorrendo com a higiene da língua (13% nas filantrópicas e 18% nas privadas). A higiene bucal com produtos também foi menos diagnosticada nas filantrópicas (11,2%) que nas privadas (20,2%). Nas instituições filantrópicas, 1,2% dos indivíduos entrevistados declarou usar o fio dental e 3,4% nas instituições privadas (TAB. 10).

O maior percentual de cuidadores que não sabe responder a essa pergunta, nas FIL, sugere que grande parte dos residentes nessas instituições é capaz de executar essa

AVD. Indicando assim, pouca participação dos cuidadores nessa atividade. A variabilidade dos percentuais de técnicas e de produtos usados leva-nos a concluir, conforme descrito na literatura (MELLO, 2001), que os cuidados bucais não seguem qualquer tipo de protocolo nas instituições. Assim, os cuidadores agem de acordo com seus critérios. A fala de alguns entrevistados ilustra bem essa situação:

“Às vezes eu limpo a língua deles...assim...quando eu vejo que precisa”

“Quando precisa a gente dá uma caprichada...uma geral”

TABELA 10

Frequência dos tipos de procedimento de higiene bucal descritos pelos cuidadores por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003

Procedimentos de Higiene Bucal	Modalidade e Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Escovação dentária	21,4	48,0	50,0	26,0	26,3	50,0
Escovação próteses	22,5	20,0	12,5	19,1	26,3	12,5
Hig. mucosa	19,4	8,0	0,0	20,4	18,5	0,0
Hig. Língua	15,3	10,0	6,2	8,0	10,5	12,5
Limp. prod. diversos	14,3	6,0	12,5	21,6	15,8	12,5
Fio dental	1,0	0,0	12,5	3,7	0,0	12,5
NSR	6,1	4,0	6,3	1,2	2,6	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Segundo 87,3% dos cuidadores entrevistados (86,7% nas FIL e 87,9% nas PRIV), sempre há disponibilidade de produtos para higiene bucal nas instituições.

Os dados mostram que a falta de produtos de higiene bucal não é uma justificativa para a má condição de higiene bucal (GUIVAANTE-NABET et al., 1999; MACENTEE,

1990; MELLO e PADILHA, 2001; MERELIE e HEYMAN, 1992; PAULSSON et al, 1998; PIETROKOVSKI, 1995; WARDTH et al., 1997) nos idosos institucionalizados, uma vez que a maior parte dos cuidadores relatou sempre haver disponibilidade dos mesmos na instituição. Portanto, esses resultados mostram que, ao contrário dos relatos de Adams (1996), a indisponibilidade de produtos de higiene bucal não pode ser considerada uma barreira à saúde bucal dos idosos residentes nas instituições avaliadas nesta pesquisa. Nesse aspecto, é conveniente ressaltar que mesmo nas instituições FIL a falta de material para limpeza bucal não foi detectada.

Segundo 25% dos cuidadores, a higiene bucal dos idosos é feita uma vez ao dia, 25% relatou que faz duas vezes ao dia, enquanto 45% realizam esses procedimentos três vezes ao dia e 0,5% faz quatro vezes ao dia. Um percentual de 1,7% dos cuidadores não faz higiene bucal e 0,5% disseram que fazem quando necessário. Os profissionais que não souberam responder representaram 2,2% dos entrevistados. Na modalidade FIL, um percentual de 33% dos cuidadores relatou fazer a higiene bucal somente uma vez ao dia e, nas PRIV, 16% higienizam com essa frequência. Enquanto nas FIL 33% dos cuidadores relataram que a higiene bucal é feita três vezes ao dia, nas PRIV 60% descreveram que o fazem nessa frequência. Na modalidade FIL, alguns disseram que não fazem higiene bucal (1,7%), ou o fazem quando julgam necessário (0,5%), e alguns entrevistados (2,2%) não souberam responder (TAB. 11).

Observa-se, pelos resultados obtidos, que, nas instituições FIL, a frequência de higienização é bem inferior à que é feita nas PRIV, indicando haver uma maior valorização dessa prática nas últimas. Além disso, as descrições de alguns cuidadores

que dizem executar a higienização quando “acham necessário” demonstram, conforme relatado por Mello (2001), a falta de sistematização dos cuidados bucais nas instituições FIL. As observações anteriores são corroboradas pelo fato de alguns participantes das mesmas não saberem responder à frequência com que são feitos os cuidados bucais. Tais constatações demonstram a importância do treinamento em serviço dos cuidadores.

TABELA11

Frequência relativa da higiene bucal dos idosos segundo o relato dos cuidadores por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003

Frequência da higiene bucal	Modalidade e Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Uma vez ao dia	29,0	43,0	17,0	18,0	11,0	0,0
Duas vezes ao dia	22,0	28,0	33,0	25,0	28,0	0,0
Três vezes ao dia	41,0	23,0	25,0	57,0	61,0	100,0
Quatro vezes ao dia	0,0	3,0	57,0	0,0	0,0	0,0
Não faz	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Quando necessário	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
NSR	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Com relação à higiene bucal dos idosos independentes, em ambas modalidades de instituição 41% dos cuidadores disseram que os supervisionam nessa atividade e 31 % relataram que não. Um percentual de 2,8% de cuidadores supervisiona esporadicamente essa prática, 0,6% dos cuidadores disseram que a higiene bucal não é feita e 0,6% que não havia independentes na instituição.

Na modalidade FIL, um maior percentual de cuidadores (31%) quando comparados aos das PRIV (17%) não soube responder como era a higiene bucal dos residentes independentes. A supervisão com a higiene bucal nas FIL foi menos descrita (67%) que nas PRIV (18%). Nas FIL o percentual de cuidadores que não supervisionam os independentes com higiene bucal (44%), foi maior que nas PRIV (16%). Na modalidade FIL, 5% dos cuidadores falaram que supervisionam, de vez em quando, a higiene bucal, enquanto 1% disse que não havia independentes na instituição e 1% que os independentes não fazem higiene bucal (TAB. 12).

TABELA 12

Frequência relativa de descrições da higiene bucal dos idosos independentes por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003

Escovação dos independentes	Modalidade e Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
N.S.R.	43,0	17,2	17,0	18,0	11,0	25,0
Supervisionada	27,5	8,5	8,0	64,0	78,0	75,0
S/ supervisão	25,5	60,0	75,0	18,0	11,0	0,0
Supervisão esporádica	3,9	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Não fazem	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Não existem independentes	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A literatura referente à saúde bucal de idosos dependentes residentes em instituições classifica a condição de higiene bucal destes como ruim (EADIE e SCHOU,1992; MACENTEE, 1990; MERELIE e HEYMAN, 1992; MELLO e PADILHA, 2001; WARDTH et al., 1997). Entretanto, poucos estudos compararam ou avaliaram essa

condição entre os institucionalizados independentes (PIETROKOVSKI, 1995). Dessa forma, a maioria dos estudos tem avaliado o preparo dos cuidadores para a execução da higiene bucal daqueles que apresentam limitações funcionais (ADAMS, 1996; CHUNG et al., 2000; 1990, FITZPATRICK, 2000; MELLO, 2001; MELLO e PADILHA, 2000; MERELIE e HEYMAN, 1992; PAULSSON, et al., 1998; PAUNOVICH, 1994; PIETROKOVSKI, 1995; RAK e WARREN; SIMONS et al., 2000;.). O papel desses profissionais em estimular, educar e auxiliar idosos independentes (REYNOLDS, 1997) para as práticas de saúde bucal ainda é pouco conhecido. Os resultados deste estudo mostram, porém, que nas instituições privadas esses profissionais vêm acompanhando os idosos nessa atividade, tendo, portanto, um papel positivo na manutenção da saúde bucal dos mesmos, conforme descrito por Bento (1997). A avaliação da relação do cuidador com a higiene bucal de idosos independentes abre uma nova perspectiva de pesquisa para o entendimento de fatores associados à condição de saúde bucal de idosos institucionalizados.

No caso de percepção de algum problema ou necessidade, na boca, 35% dos cuidadores disseram descrever o fato ao coordenador da instituição; 24%, ao enfermeiro; 20%, ao médico; 8% avisam à família do idoso; 7%, ao dentista; 3% avisam a um colega mais experiente; 0,5% disse não fazer nada; 0,5% encaminha ao Posto de Saúde; 0,5% disse que nunca percebeu qualquer alteração e; 1,5% não soube responder (TAB. 13).

Existe uma expectativa por parte dos familiares dos idosos de que os cuidadores estejam atentos a sinais de infecção e lesões nesses pacientes (TEIXEIRA, 1998), uma vez que muitos idosos são incapazes de relatar tais alterações (WARDTH et al., 1997). Assim,

os cuidadores devem ter conhecimento das principais patologias bucais para que possam encaminhá-los ao atendimento (RAK e WARREN,1990). Neste sentido merecem destaques lesões associadas ao uso de prótese, assim como, a avaliação da qualidade da higiene bucal pois, esta é de grande importância na prevenção de doenças bucais. A não percepção de necessidades acumuladas pode levar à exacerbação destas, interferindo com a qualidade de vida dos idosos (CHEN e HUNTER, 1996). Pelos relatos, percebe-se que o coordenador da instituição destaca-se como aquele a quem cabe procurar assistência às necessidades dos residentes. Quando observamos os dados divididos por modalidade de instituição, observa-se que, nas FIL, a enfermeira é bastante requisitada neste sentido. Tais achados encontram embasamento na literatura que narra a importância que estas possuem, já que têm atitudes mais positivas para a questão da atenção odontológica (WARDTH et al., 1997).

Pelos resultados, percebe-se que mesmo cuidadores que disseram ter formação em higiene bucal, possuem interesse em saber mais sobre o tema. Conclui-se que os mesmos têm dúvidas sobre esse tema e que muitos realizam procedimentos aprendidos de forma prática, executando-os rotineiramente, porém se sentindo inseguros quanto à execução correta. Dados da literatura (MELLO, 2001) confirmam que a formação dos cuidadores em saúde bucal é precária e que muitos executam atividades de higiene bucal de acordo com as poucas informações que dispõem sobre esse tema. Esses dados indicam haver falhas na participação do cirurgião-dentista nas equipes de saúde multidisciplinares enquanto formadores dos cuidadores de idosos em saúde bucal. Salienta-se assim, mais uma vez a importância da integração dos profissionais da área odontológica nestas equipes.

TABELA 13

Frequência relativa de responsáveis pelo encaminhamento para atenção das necessidades odontológicas dos idosos segundo relatos dos cuidadores por modalidade e classificação da instituição – Belo Horizonte – 2003

Responsável encaminhamento	Modalidade e Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Coordenador	33,3	42,9	0,0	39,4	27,8	50,0
Família	4,0	2,9	0,0	16,4	5,6	0,0
Enfermeiro	41,2	14,2	58,3	11,5	16,7	0,0
Médico	11,8	28,6	25,0	16,3	38,9	25,0
Dentista	5,9	5,6	16,7	8,2	0,0	25,0
Cuidador mais experiente	0,0	2,9	0,0	6,5	0,0	0,0
Não faz nada	0,0	0,0	0,0	0,0	5,5	0,0
Encaminha PS	0,0	0,0	0,0	0,0	5,5	0,0
Nunca percebeu	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
NSR	1,9	2,9	0,0	1,7	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A maior parte dos cuidadores (96,7%) demonstrou interesse em saber mais sobre saúde bucal. Dos 5 cuidadores que disseram não ter interesse (3,3%), três exerciam suas funções em FIL boas e 2 em FIL regulares.

Quanto a dificuldades em participar de treinamentos sobre saúde bucal, 54% disseram que não possuíam e 46% que sim. Os cuidadores das FIL mostraram menos empecilhos para tomar parte de cursos sobre cuidados dentários (38%), ao passo que, nas PRIV, 55% possuíam motivos impeditivos. A frequência relativa de cuidadores com dificuldade em participar de treinamentos segundo modalidade e classificação de instituições encontra-se na TAB. 14.

Os cuidadores das FIL que disseram ter dificuldade em participar de treinamento sobre saúde bucal apontaram como motivo principal o horário (73%). As demais causas descritas foram problemas financeiros (8,1%) e problemas de aprendizagem (5,4%). Houve ainda registro de um cuidador que disse ser analfabeto, um que não gostava, um com problemas de visão e um de local. Nas PRIV, todos cuidadores apontaram o horário como causa da dificuldade.

É interessante destacarmos que muitos cuidadores disseram ter outro vínculo empregatício, além da instituição. Muitas cuidadoras disseram ser casadas e ter limitação de tempo devido ao acúmulo de funções.

TABELA 14

Frequência relativa de cuidadores com dificuldade em participar de treinamentos por modalidade e classificação de instituição – Belo Horizonte – 2003

Dificuldade participar treinamentos	Modalidade e Classificação das Instituições					
	Filantrópicas			Privadas		
	Boas	Regulares	Fracas	Boas	Regulares	Fracas
Sim	43,0	26,0	50,0	59,0	56,0	0,0
Não	57,0	74,0	50,0	41,0	44,0	100,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5.4 O Cuidador e o Idoso

O pequeno número de publicações nacionais sobre a condição de saúde e cuidados de higiene bucal dos idosos institucionalizados, mostra o desconhecimento da situação odontológica desse grupo populacional. Assim, o aumento do número de idosos na

população, trouxe para os profissionais da área odontológica a necessidade de conhecer uma relação até pouco tempo atrás ignorada: a do idoso institucionalizado e de seu cuidador. A compreensão dessa relação é de grande importância para se conseguir mudanças no atual quadro de saúde bucal desse grupo de idosos.

Nesse estudo buscou-se conhecer o cuidador e o significado do cuidar de idosos, a partir do relato dos próprios profissionais. Os resultados dessa procura mostraram-se frutíferos ao descortinar a complexidade do intercâmbio entre cuidador/idoso dependente, mostrando que, contrariamente ao que se pensava antes, essa profissão pode ser para aqueles que a exercem uma fonte de prazer e bem-estar pessoal.

Segundo Houaiss (2001), cuidador é aquele que se mostra zeloso, diligente para com outrem. Podemos inferir a partir dessa definição que, o cuidador é aquele que auxilia os idosos com as atividades de vida diária (AVD), zelando pela promoção e manutenção da saúde desses.

Os dados nacionais referentes a esses profissionais são escassos, o que demonstra que a exemplo da odontologia, outras áreas da saúde, como a enfermagem, não têm pesquisado sobre a relação do cuidador com o idoso institucionalizado. Essa situação torna-se notória quando se descobre que, nem as entidades de classe possuem o número de cuidadores/idosos necessário à atenção das necessidades dos residentes nas instituições.

Essa falta de sistematização associada à ausência de uma fiscalização efetiva faz com que em muitos casos, conforme observado durante a coleta de dados, os cuidadores de determinados turnos trabalhem sobrecarregados prestando auxílio até a 20 idosos dependentes.

O cuidador, em muitas instituições filantrópicas avaliadas nesse estudo, mistura funções da área de enfermagem com serviços gerais. Muitos desses profissionais são empregados nas instituições como faxineiro, sendo promovidos a cuidador devido a seu aprendizado prático. Dessa forma não aprenderam algumas ações formais que são obtidas em cursos técnicos.

Por outro lado, nas instituições privadas, ainda que os profissionais possuam qualificação técnica (cursos técnicos na área de enfermagem), esses consideram que somente o ensino formal não lhes forneceu o conhecimento necessário ao exercício da função. Para esses, a instituição é o local de aprendizado, o que mostra a importância de estágios nos cursos técnicos e dos treinamentos em serviço.

Algumas suposições iniciais desse estudo, como a falta de educação dos cuidadores quanto aos procedimentos de higiene bucal mostraram-se falsa, porém novas perspectivas surgiram a partir dos resultados obtidos. Uma das quais refere-se a como efetuar adequadamente os procedimentos de higiene bucal necessários em idosos com problemas cognitivos (FRENKEL et al., 2001; ISAKSSON et al., 2000) que rejeitam esses cuidados.

Ainda que a remuneração dos cuidadores seja baixa (1 a 2 salários mínimos), pode-se perceber que eles têm vontade de participar de treinamentos para melhorar profissionalmente. Muitos profissionais avaliados dizem que executam os procedimentos de higiene bucal que aprenderam com o colega, porém têm dúvidas quanto à estar agindo certo. Isto indica que há uma conscientização por parte dos mesmos quanto à necessidade de aprimorar sua prática.

Finalizando, o tamanho da amostra de indivíduos entrevistados, nos permite inferir que, os resultados desse estudo representam o sentimento do universo dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. Assim, o cuidar para esses profissionais é uma fonte de prazer e bem estar, que deve ser valorizado.

6 CONCLUSÕES

- Nas instituições de longa permanência os idosos são cuidados principalmente por mulheres, que em sua maioria possuem idades variando até 50 anos.
- Os cuidadores das instituições filantrópicas possuem níveis de escolaridade mais baixos que os das privadas, demonstrando haver uma maior exigência das últimas em relação à escolaridade dos profissionais que auxiliam os idosos com as atividades de vida diária.
- Nas instituições filantrópicas o percentual de profissionais que trabalha há mais tempo na instituição é bastante superior ao das privadas, demonstrando uma menor rotatividade de profissionais naquelas.
- As instituições filantrópicas possuem em suas equipes, profissionais com mais experiência prática que as privadas.
- Cuidar de idosos institucionalizados é para a maioria dos cuidadores uma fonte de satisfação e bem-estar.
- Os problemas de convivência com os idosos são a principal dificuldade descrita pelos cuidadores.

- Nas instituições filantrópicas a dificuldade com transferência de idosos é maior que nas privadas devido ao menor número de profissionais.
- Mesmo cuidadores com cursos técnicos da área de enfermagem não possuem o conhecimento necessário ao exercício de sua atividade.
- A higiene bucal é uma atividade menos valorizada pelos cuidadores, que outras funções.
- Os cuidadores, em sua maioria receberam orientação, principalmente prática, para execução dos procedimentos de higiene bucal.
- Para muitos cuidadores não há dificuldade em executar os procedimentos de higiene bucal nos idosos, e a maioria relata ter interesse em aprimorar seus conhecimentos.
- Tanto o aprendizado dos procedimentos de higiene bucal, por parte do cuidador, quanto seu tempo de experiência profissional não tornam esta atividade mais fácil para os cuidadores.
- As dificuldades com a higiene bucal dos idosos dependentes residentes em instituições relacionam-se principalmente a fatores ligados a condição do idoso, como resistência a esse procedimento, do que ao cuidador.

- Os procedimentos de higiene bucal nas instituições não seguem qualquer tipo de rotina sendo executados de acordo com o arbítrio dos cuidadores, que em muitos casos executam essa atividade quando julgam necessário.
- A falta de produtos para limpeza bucal não constitui uma barreira aos cuidados bucais em nenhuma das duas modalidades de instituições e, nas instituições privadas, existe uma preocupação maior em supervisionar a higiene bucal dos idosos independentes.

REFERÊNCIAS

1. ADAMS, R. Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v.24, n.3, p.552-560. sep.1996
2. APPOLLONIO, I. et al. Dental status, quality of life, and mortality in an older Community population: a multivariate approach. *American Geriatric Society*, [s.l.], v.45, n.11, p. 1315-1323. nov. 1997.]
3. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA. *Critério de classificação econômica Brasil*. Brasília, 1997. Disponível em <<http://www.anep.org.br/arquivo.htm>> acesso em: 20 mai 2001.
4. BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. p.711.
5. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA/SUS – BH nº 052 de 15 dezembro de 2000. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br>> Acesso em: 13 fev. 2003.
6. BENTO, M. L. F. *Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados*. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. 1999. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem, Enfermagem de Saúde Pública).
7. BRASIL. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil de 1997. Disponível em <<http://www.anep.org.Br>>. acesso em 20 maio de 2003.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 810 de 1989. Disponível em <<http://www.pgjmg.gov.br/caoppdi>>. Acesso em: 25 jan. 2004.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso – Portaria 1395/GM. Brasília, 1999. Disponível em <<http://www.saúde.gov.Br>>. Acesso em: 20 jul. 2004.
10. CHAIMOWICZ, F. *Os idosos brasileiros no século XXI: demografia saúde sociedade*. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. p. 51.
11. CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n.5, p.454-60, out.1999.
12. CHEN, M.; HUNTER, P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc. Sci Med*, Grã Bretanha, v.43, n.8, p.1213-122, 1996.
13. CHUNG, J. et al. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses and physicians. *Special Dental Care*, Genebra, v.20, n.1, p.12-17, 2000.
14. CORRÊA, A. C. O. *Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer*. Belo Horizonte: Health, 1996. p. 227.
15. CUNHA, U. G. V. et al. Levantamento Psicogeriátrico em Asilos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.34, n.6, p.389-394, nov-dez. 1985.
16. DUARTE, M. J. R. S. Cuidadores? Por que e para quê?- Atenção ao idoso no domicílio. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, edição extra, p.126-130, 1996.
17. DUARTE, M. J. R. S. Autocuidado para a qualidade de vida. In: CALDAS, Célia Pereira. *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998. p.17-34.

18. DUARTE, Y. A. O. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. *O Mundo da Saúde*, v.21, n.4, jul-ago, 1997.
19. EADIE, D. R., SCHOU, L. An exploratory study of barriers to promoting oral hygiene through carers of elderly people. *Community Dental Health*, Houndsmiths, Hampshire, v.9, n.4, p.343-348, jan. 1992.
20. FITZPATRICK, J. Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v.32, n.6, p.1325-1332, jun. 2000.
21. FRENKEL, H. et al. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, v.29, p.289-297, 2001.
22. FRENKEL, H. et al. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomized controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, [s.l] v.30, p.91-100, 2002.
23. GIFT, H. C. et al. Oral Health care in US nursing homes, 1995. *Special Care Dentistry*, Chicago, v. 18, n.6, p. 226-233, 1998.
24. GUIVANTE-NABET, C et al. Caries activity and associated risk factors in elderly hospitalised population - 15-months follow-up in french institutions. *Gerodontology*, Paris, v.16, n.1, p. 47-58, 1999.
25. HAWKINS, R. J. Functional status and untreated dental caries among nursing homes residents aged 65 and over. *Special Dental Care*, Chicago, v.19. n.4 p. 158-163, jul-aug.1999.

26. HOAD-REDDICK, G.; HEATH, J. R. Identification of elderly in particular need: results of a survey undertaken in residential homes ins Manchester area. *J. Dent.*, Kidlington, Great Britain, v.23, p.273-279, 1995.
27. HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss de língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001, p.2922.
28. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2000*, 2002 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 02 abr. 2002.
29. ISAKSSON, R. et al. Evaluating of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. Part II: clinical aspects. *Specail Care in Dentistry*, v.20, n.3, p.109-113, 2000.
30. KAMEN, S. Oral Health Care for the Stroke Survivor. *Cda. Journal*, Anaheim, v.25, n.4, p.297-303, apr. 1997.
31. KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.861-866, maio-jun,2003.
32. KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, Chicago, v.185, p.914-919, 1963.
33. KIYAK, H. A. Successful aging: implication for oral health. *Journal of Public Health Dentistry*, Raleigh, v.60, n.4, p. 277-281, fall, 2000.
34. KRESSIN , N. R. et al. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the geriatric oral health assessment index. *Journal of public health dentistry*, Raleigh, v.57, n.4, fall, 1997.

35. LOCKER, D. et al. Oral health – related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dental Health*, Houdsmiths, Hampshire, v.19, p.90-97, 2002.
36. MACENTEE, M. I. Does the Dental Profession Care for Disabled Elders? Some Pratical Questions. *Journal Dental Association*, Vancouver, v.56, n.3, p.215-217, mar. 1990.
37. MACENTEE, M. I. Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative views. *Gerodontology*, v. 13, n.2, p. 76-81, 1996.
38. MANDEL, I. Oral infections: impact on human health, well being, and health care costs. *Compendium*. v. 23, n.5, p. 403-413. may. 2002.
39. MANETTA, C. E. et al Uma promissora atividade no Novo Século: Odontogeriatría. *Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica*, São Paulo, v.2. n.10, p.85-87. 1998.
40. MATEAR, D. Demonstrating the Need for Oral Health Education in Geriatric Institutions. *PROBE*, Ottawa, v.33, n.2, p. 66-71, mar-apr. 1999.
41. MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. B. Condições de vida dos idosos institucionalizados na Grande Florianópolis. *Revista Ciência da Saúde*. v.18, n.1, p.51-56, jan-dez, 1999.
42. MCGRATH, C.; BEDI, R. Can dentures improve the quality of life of those who experienced considerable tooth loss?. *Journal of Dentistry*. Kidlington, v.29, p. 243-246, may, 2001.

43. MCNAUGHER, G. A. et al. Assessing expressed need and satisfaction in complete denture wears. *Gerodontology*, v.18, n.1, p.51-57, 2001.
44. MEIJER, A. et al. A comparative study of the financing, provision and quality of care in nursing homes. The approach of four European countries: Belgium, Denmark, Germany and the Netherlands. *Journal of Advanced Nurse*. v.32, n.3, p.554-561, 2000.
45. MELLO, A. L. S. F.; PADILHA, D. M. P. Instituições Geriátricas e Negligência Odontológica. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, Porto Alegre, v.41, n.1, p.44-48, jul. 2000.
46. MELLO, A. L. S. F. *Cuidado Odontológico Provido a Pessoas Idosas Residentes em Instituições de Pequeno Porte em Porto Alegre – RS: A retórica, a prática e os métodos*. Porto Alegre. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001. (Dissertação, Mestrado em Odontologia, Saúde Coletiva).
47. MELLO, A. S. F., PADILHA, D. M. P. Condições de higiene bucal de idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre. *Revista da Faculdade de Odontologia Porto Alegre*, Porto Alegre, v.43, n.2, p.12-19, dez., 2001.
48. MELLO JORGE, M. H. P. *A Saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999*. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde, 2001. p.244.
49. MERELIE, D. L.; HEYMAN, B. Dental needs of the elderly in residential care in Newcastle-upon-Tyne and role of formal carers. *Gerodontology*, v.20, p.106-111, may. 1992.
50. MINAS GERAIS. Fundação João Pinheiro. *População Idosa em Minas Gerais e políticas de Atendimento: Volume 1 – Perfil da população idosa e diagnóstico das*

políticas de atendimento na região metropolitana de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 1993.

51. MINAS GERAIS. Ministério Público – Promotoria de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência e do Idoso (2000).

52. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, Brasília. *Portaria Interministerial n. 5153 de 07 abr. 1999*. Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. p.4, ago.2000.

53. MORISHITA, M. et al. Oral Health care status of homebound elderly in Japan. *Journal of Oral Rehabilitation*, n.28, p.717-720, 2001

54. NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea Editora, 2001. p. 9-62.

55. PAULSSON, G. et al. Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. *Special Care Dentistry*, v.18, n.6, p.234-242, 1998.

56. PAUNOVICH, E. Assessment of the oral health status of the medically compromised homebound geriatric patient: A descriptive pilot study. *Special Dental care*, v.14, n.2, p. 80-82, 1994.

57. PEREIRA, A. C. et al. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba – SP. *Revista Robrac*, v.8, n.26, p.17-21, 1999.

58. PIETROKOVSKI, J. et al. Oral findings in elderly nursing home resident in selected countries: Oral hygiene conditions and plaque accumulation on denture surfaces. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, Jerusalém, v.73, n.2, p.136-141. feb. 1995.

59. PUCCA JUNIOR, G. A. Saúde Bucal e Reabilitação na Terceira Idade. *OM*. v.XXII, n.4, p.27-28, out.1995.
60. RAK, O. S.; WARREN, K. An assessment of the level of dental care and mouthcare knowledge amongst nurses working with elderly patients. *Community Dental Health*, Birmingham, v.7, n.3, p.295-301, jan.1990.
61. REYNOLDS, M. W. Education for geriatric oral health promotion. *Special Care Dentistry*, Chicago, v.17, n.1, p.33-36, 1997.
62. ROSA, A. G. F. et al. Saúde bucal na terceira idade: um diagnóstico epidemiológico. *RGO*, v.41, n.2, p.97-102, mar-abr, 1993.
63. SILVA, E. B. N. et al. A Instituição e o Idoso: Um Estudo das Características da Instituição e do Perfil de seus Moradores. *Gerontologia*, v.6, n.4, p.167-176, 1998.
64. SIMONS, D. et al. An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes. *British Dental Journal*, v.188, n.4, p.206-210, 2000.
65. SLADE, G. D. Assessing change in quality of life using the oral health impact profile. *Community Dentistry and oral Epidemiology*, v.26, p.52-61, 1998.
66. SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A.L. Introdução à Estatística Médica. Belo Horizonte: 2002. p. 300.
67. TEIXEIRA, M, H. *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. p. 191-196.

68. TELLES FILHO, J. C. P., PETRILLI FILHO, J. F. Causas de inserção de idosos em uma instituição asilar. *Esc. Anna Nery Ver. Enferm*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.135-143, abr. 2002.
69. TSAKOS, G. et al. Cross-cultural differences in oral impacts on daily performance between greek and british olders adults. *Community Dental Health*, v 18, n.4, p.209-213. 2001.
70. VERAS, R. P., ALVES, M. I. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, Maria Cecília (Org). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora-Hucitec_Abrasco,1999. p.320-337.
71. VIEIRA, E. B. *Instituições Geriátricas – Avanço ou Retrocesso?* Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p99.
72. WALDOW, V. R. Determinação do nível de dependência em enfermagem junto a idosos institucionalizados de Porto Alegre. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.8, n.1, p.46-73, jan. 1987.
73. WARDH, I. et al. Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Gerodontology*, Londres, v.14, n.1, p.28-32, spring. 1997.

Apêndice A - Consentimento Livre Esclarecido para Coordenadores

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Odontologia

Departamento de Odontologia Restauradora

Mestrado em Odontologia, área de concentração Clínica Odontológica

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo conhecer os cuidadores de idosos das instituições de longa permanência de Belo Horizonte em relação ao perfil deste profissional, sua formação para a função e as práticas de saúde bucal realizadas por estes profissionais. Com esta finalidade, gostaríamos de entrevistar os cuidadores desta instituição. As entrevistas serão realizadas de acordo com um roteiro em anexo.

A instituição tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo. O material desta entrevista ficará sob responsabilidade do pesquisador, que se compromete a mantê-lo sob sigilo absoluto.

Os gastos com esta entrevista são de total responsabilidade do pesquisador. Em caso de dúvida entre em contato comigo pelo telefone 3488-4643, Professor Allyson, telefone 3444-1271 ou mesmo o Comitê de Ética, telefone 3248-9366.

Agradeço, pela sua colaboração e disponibilidade.

Eu _____, CI
nº _____ coordenador da Instituição

estou a par dos termos aos quais os cuidadores desta instituição serão submetidos, dos quais estou informado e dou pleno consentimento de execução.

Assinatura do Coordenador

Belo Horizonte, de de

Apêndice B – Ficha da Instituição

INSTITUIÇÃO.....

MODALIDADE DE INSTITUIÇÃO:

() PRIVADA

() FILANTRÓPICA

Nº DE IDOSOS RESIDENTES.....

Nº DE IDOSOS CASA/DIA.....

PRESENÇA DE CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO EM FUNCIONAMENTO NA INSTITUIÇÃO:

() SIM

() NÃO

FREQÜÊNCIA DO DENTISTA-----HS/SEMANAIS

DADOS DA EQUIPE DA INSTITUIÇÃO:

Nº DE CUIDADORES-----

Nº DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM-----

Nº DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM-----

Nº DE ENFERMEIROS-----

QUESITOS DA PROMOTORIA PARA CLASSIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO:

1. CONDIÇÕES DE MORADIA
2. CONDIÇÕES DE LIMPEZA E HIGIENE
3. ALIMENTAÇÃO
4. EQUIPE DE SAÚDE PRÓPRIA (médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, odontólogo, fisioterapeuta)
5. ATIVIDADES DE LAZER RECREATIVAS E CULTURAIS
6. DIREITOS PREVIDENCIÁRIOS
7. REGULAMENTAÇÃO LEGAL
8. PROGRAMA DE MANUTENÇÃO DE VÍNCULOS FAMILIARES
9. PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS E CUIDADORES
10. ATENDIMENTO ESPECÍFICO A PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS

CLASSIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PELA PROMOTORIA:- -----

Apêndice C –Consentimento Livre e Esclarecido para Cuidadores

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Odontologia

Departamento de Odontologia Restauradora

Mestrado em Odontologia, área de concentração Clínica Odontológica

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo conhecer os cuidadores de idosos das instituições de longa permanência de Belo Horizonte em relação ao perfil do profissional, formação recebida para o exercício desta função e práticas de saúde bucal realizadas nas instituições. Uma das etapas é o preenchimento dos dados referentes a sua identificação e da instituição. A segunda etapa constitui-se de uma entrevista.

A entrevista será feita de acordo com um roteiro, e suas respostas serão anotadas pelo pesquisador, que se compromete a manter seus dados sob sigilo absoluto.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo. Se você tiver alguma dúvida, entre em contato comigo pelo telefone 3488-4643, com o orientador Professor Allyson, telefone 3444-1271 ou mesmo o Comitê de Ética, telefone 3248-9366.

Eu _____,
CI nº _____, estou a par dos termos dos questionamentos aos quais estarei sendo submetido, dos quais estou informado e dou pleno consentimento de execução.

Assinatura do cuidador

Belo Horizonte, de de

Apêndice D – Roteiro estruturado de Entrevistas

PARTE I - DADOS PESSOAIS DO CUIDADOR

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: -----

SEXO----- IDADE-----

ESCOLARIDADE:

1º GRAU INCOMPLETO

1º GRAU COMPLETO

2º GRAU INCOMPLETO

2º GRAU COMPLETO

3º GRAU INCOMPLETO

3º GRAU COMPLETO

ESTADO CIVIL-----

REMUNERAÇÃO MENSAL-----

HORÁRIO DE TRABALHO-----

Posse de itens	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Videocassete					
Geladeira					
Freezer independente ou parte da geladeira					

FONTE: ANEP

Grau de Instrução do Chefe da família, caso não seja o cuidador	Pontos
Analfabeto/ primário incompleto	
Primário completo/ ginásial incompleto	
Ginásial completo/ colegial incompleto	
Colegial completo/ superior incompleto	
Superior completo	

FONTE: ANEP

Tempo de trabalho na Instituição:-----

Tempo de Trabalho na Função: -----

1. Já trabalhou anteriormente com residentes em instituição de idosos?

() sim

() não

2. Em caso de resposta afirmativa ao item anterior, quanto tempo trabalhou na instituição anterior?-----

3. Você está satisfeito com este trabalho?

() sim

() não

Por quê?-----

4. Quais são as atividades que você realiza em seu trabalho?

5. Quais são as dificuldades que você mais sente neste trabalho?

6. Onde você aprendeu a cuidar do idoso?

Você ficou um tempo só aprendendo suas atividades?

7. Você aprendeu a executar as atividades de higiene bucal?

() sim

() não

Como você aprendeu os procedimentos?

8. É fácil para você realizar os cuidados bucais dos idosos?

() sim

() não

Por quê?

11. Quando você percebe alguma alteração na cavidade bucal (gengiva, mucosa ou dentes) do idoso, o que você faz?

12. Você gostaria de ter mais informações sobre saúde bucal dos idosos?

() sim

() não

O quê?-----

13. Você acha que seria difícil fazer um treinamento de cuidador?

14. Fale um pouco sobre o que significa para você a saúde bucal.

Anexo A – Termo de Voluntariado

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA

Ofício nº 704/2002


Belo Horizonte, 21 de maio de 2002.

Senhor Presidente,

Encaminho a Vossa Senhoria, para ciência, cópia dos “Termos de Compromisso para Credenciamento de voluntários”, assinado pelo Dr. Marco Túlio de Freitas Ribeiro e Dra. Raquel Conceição Ferreira, cujo projeto “Avaliação das Condições de Saúde Bucal dos Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte e do Grau de Comprometimento de seus Cuidadores”, coordenado pelo Professor Allyson Nogueira Moreira, encontra-se nesse ilustrado Comitê.

Assevero, ainda, que os dados coletados para o referido projeto são de extrema valia para o diagnóstico da saúde bucal dos cuidadores e idosos institucionalizados no Município de Belo Horizonte, objetivando a melhoria do atendimento odontológico pelo Poder Público.

Renovo, na oportunidade, protestos de apreço e consideração.


SIMONE MONTEZ PINTO MONTEIRO
Promotora de Justiça

Ilustríssimo Senhor
Professor **Dirceu Greco**
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP-UFMG
Belo Horizonte/MG

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DOS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA E IDOSOS
Endereço: Avenida Olegário Maciel, 1772 – Térreo – Santo Agostinho - Belo Horizonte - MG
CEP.: 30.180-111 - Telefone: (31) 3335-8375
Home-page: www.pgj.mg.gov.br/caoppdi
e-mail: pj.deficiente@mp.mg.gov.br
e-mail: pj.idoso@mp.mg.gov.br

Anexo B – Critério de Classificação Econômica

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

A adoção do mercado a um Critério de Classificação Econômica comum, restabelece a unicidade dos mecanismos de avaliação do potencial de compra dos consumidores, após alguns anos de existência de dois critérios.

O novo sistema, batizado de **Critério de Classificação Econômica Brasil**, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida pelas entidades é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Não tem	T E M			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

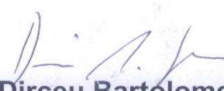
Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

Anexo C – Parecer COEP

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de ética em pesquisa da UFMG - COEP**Parecer n.º 212/01****Interessados: Prof. Dr. Allyson Nogueira Moreira e
Marco Túlio de Freitas Ribeiro
Pós – Graduação – FO/UFMG****Voto:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou em 20/11/02 o projeto de pesquisa intitulado « **Avaliação de um grupo de cuidadores de idosos em relação ao conhecimento e práticas de saúde bucal, em instituições de longa permanência de Belo Horizonte** » e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido do referido projeto. O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


**Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco
Presidente do COEP/UFMG**

Av. Alfredo Balena, 110 – 1º andar Cep 30.130-100 – Belo Horizonte-MG
Telefone: (031) 248-9364 - FAX: (031) 248 -9380 e-mail: coep@reitoria.ufmg.br

voto 212

