

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

DANIELLE BIANCA DE LIMA FREIRE

**“A BOCA NÃO EXISTE”
SABERES E PRÁTICAS DE TRABALHADORES DA
SAÚDE COMUNITÁRIA SOBRE SAÚDE BUCAL DE
IDOSOS**

Porto Alegre
Setembro de 2005

DANIELLE BIANCA DE LIMA FREIRE

“A BOCA NÃO EXISTE”

**SABERES E PRÁTICAS DE TRABALHADORES DA SAÚDE COMUNITÁRIA
SOBRE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva

ORIENTADOR: Dalva Maria Pereira Padilha

CO-ORIENTADOR: Júlio Baldisserotto

Porto Alegre

Setembro de 2005

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

F866b

Freire, Danielle Bianca de Lima

“A boca não existe” : saberes e práticas da saúde comunitária sobre saúde bucal de idosos / Danielle Bianca de Lima Freire ; orientação de Dalva Maria Pereira Padilha ; co-orientação de Julio Baldisserotto. – Porto Alegre, 2005.

150 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva.

1. Saúde Bucal – Idosos. 2. Educação em Saúde – Idosos.
I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. II. Título.

CDU 616.314-084

Catálogo: Bibliotecária Júlia Angst Coelho – CRB Provisório 05/05

DEDICATÓRIA

Para meus pais Maria José e Elias, que mesmo longe estiveram presentes em cada telefonema de incentivo, fé e amor.

Ao Rodrigues pelo incentivo e compreensão pelas muitas horas que passei estudando.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dalva Maria Pereira Padilha, orientadora desta dissertação, pela experiência e conhecimento compartilhados ao longo desse período. Pela oportunidade de refletir e mergulhar, sobre as questões do idoso, antes adormecidas. E principalmente, pelo seu exemplo de integridade e franqueza sempre presentes.

Ào professor Júlio Baldisserotto, co-orientador da dissertação, pelo auxílio disponibilizado;

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFRGS, pelas trocas de informações e em especial aos professores da área de Saúde Bucal Coletiva: Tânia Maria Drehmer, Claúdes Abbeg e Sônia Maria Slavutzky

À Lorena, ao Roberto, a Rosane e a Adriana que carinhosamente me acolheram e em muitos momentos, me ajudaram a resolver os mais diversos problemas;

Aos colegas de mestrado Silvânia, Marco, Alexandre Hernandez, Alexandre Emídio, Joice, Claudete e Andréa;

Às minhas amigas Silvânia e Letícia, que compartilharam comigo as dúvidas e as alegrias de se fazer pesquisa, mas principalmente pela confiança prestada.

Aos profissionais médicos, enfermeiros e residentes de medicina por terem compartilhado seus saberes para que eu compreendesse a importância do trabalho em equipe na busca pela totalidade do indivíduo;

Ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição pelo espaço fornecido para pesquisa, demonstrando a coragem e a capacidade de se avaliar e crescer a cada dia;

À professora Clary que me ajudou a trilhar alguns caminhos desconhecidos, fazendo-me refletir e questionar, sempre atenciosa;

Aos Professores Dr. Demétrius Machado Araújo e Milton Fernando de Andrade e Silva por me iniciarem nesta paixão que é o ensino – pesquisa, no período da graduação;

Aos profissionais da Prefeitura de Delmiro Gouveia- AL, que acreditaram e auxiliaram para a realização deste sonho;

À Aderbal Tenório (*in memoriam*) por compreender a ânsia do aprender e crescer como grande motivador da vida;

Aos meus queridos pais que me confortaram e deram força neste período de adaptação a uma nova vida. E por terem me permitido a conjugação de muitos “verbos”, me ensinando a “buscar”, “persistir”, “respeitar”, “ouvir”, “trabalhar”, “amar”.....

Aos meus irmãos Cláudia, Thaisy, Beto e Juninho que torceram por mim desde o início desta jornada;

Ao meu esposo que incansavelmente me apoiava e estimulava em todos os passos desta pesquisa. A todos um forte abraço e muito obrigada!

RESUMO

Compreender que o indivíduo, no processo saúde - doença, deve ser avaliado de forma completa, reunindo saberes das diversas áreas e atuando de forma interdisciplinar, são características importantes para os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na atenção primária - que representam a porta de entrada do serviço público de saúde. Este estudo tem como objetivo investigar os saberes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária sobre a temática **saúde bucal de idosos, interdisciplinaridade e educação em saúde**. Este objetivo foi balizado pelo entendimento de que a temática saúde bucal deve permear vários campos. Na presente pesquisa, estas questões são estudadas em Unidades de Serviço de Atenção Primária pertencentes ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. A pesquisa segue uma metodologia qualitativa, de caráter descritivo, em que é descrito o contexto das Unidades de Saúde em que trabalham os profissionais de saúde. Esses dados foram obtidos através de notas de campo, análise de documentos e textos. No segundo momento da investigação, faz-se a análise do conteúdo de 25 relatos de profissionais médicos, residentes de medicina e de enfermeiros, de ambos os sexos, coletados através de entrevistas semi-estruturadas. Das entrevistas, emergiram temas, categorias e subcategorias que, associadas aos dados da descrição do contexto, levaram a conclusão de que a saúde bucal do idoso ainda é um tema pouco abordado entre esses profissionais, os quais enfatizam principalmente a saúde bucal do público infantil. Considera-se, portanto, que a odontologia necessita encontrar estratégias para difundir, de forma interdisciplinar, a temática **saúde bucal**, especialmente a do idoso, como uma população em crescimento e que apresenta um acúmulo de necessidades de atenção não satisfeitas pela Odontologia durante a sua história.

Palavras-chave: saúde bucal, idoso e atenção primária.

ABSTRACT

Inside the health disease process the individual has to be evaluated in a complete way. Knowledge from diverse areas has to be linked in an interdisciplinary way. The process of understanding it is a very important characteristic of health workers mainly those who work in primary care settings that is the “entrance door” to public health system. The aim of this study is to investigate the knowledge and practice of medical doctors and nurses from health primary care settings about **elderly oral health, interdisciplinary and education in health**. This objective was based on the understanding that oral health theme has to permeate several health fields of study. In the present research, those subjects were studied in Primary Care Unit from the Community Health Service of Grupo Hospitalar Conceição. The methodology followed was qualitative and descriptive where the way and place of work was described. The history of each Health Care Unit and its insertion in the community was described as well. Those data was obtained through field notes, documental and text analysis. In the second moment of investigation, the “analysis of content” technique was applied in 25 reports of medical doctors, medical doctors residents and nurses, males and females. Those reports were collected using semi-structured interviews. Themes, categories and subcategories emerged from interviews that associated with context description lead to the conclusion that elderly oral health is a theme less broached whitening those professionals who only emphasize the children oral health. It was concluded that Dentistry and dentistry professionals need to find strategies to divulge in an interdisciplinary way the oral health subject especially elderly oral health. It is important mainly because elderly is a growing population group that has a accumulation of care and attention needs that were not supplied of dentistry during its history.

Key words: oral health, elderly and primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS

CPO-D – Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados

FM – Função mastigatória

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto do Câncer

PPP – Programas e Políticas Públicas

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PSF – Programa de Saúde da Família

R1 – Residente do primeiro ano

R2 – residente do segundo ano

SB – Saúde Bucal

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

US – Unidade de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 O CONCEITO DE IDOSO NA SOCIEDADE E OS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS (PPP)	13
2.1.1 A Saúde do Idoso e os PPP	17
2.1.2 A Saúde Bucal do Idoso e os PPP	18
2.1.3 Os Programas e Políticas Públicas para Saúde Bucal.....	27
2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	29
2.3 O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	32
3 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO INVESTIGADO.....	37
3.1 O SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA (SSC)	37
3.2 AS UNIDADES DE SAÚDE PESQUISADAS	39
4 METODOLOGIA.....	46
4.1 DELINEAMENTO	46
4.2 LOCAL	46
4.3 SUJEITOS.....	47
4.4 INSTRUMENTOS E MATERIAIS.....	48
4.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	49
5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	54

6 DISCUSSÃO	107
6.1 REVISITANDO A LITERATURA	107
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
REFERÊNCIAS	131
ANEXOS	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Temas, categorias e subcategorias emergentes dos relatos das enfermeiras ...	55
Tabela2: Temas, categorias e subcategorias emergentes dos relatos dos médicos	56
Tabela 3: Temas, categorias e subcategorias emergentes dos relatos dos R1	57
Tabela 4: Temas, categorias e subcategorias emergentes dos relatos dos R2	58
Tabela 5: Temas, categorias e subcategorias emergentes dos relatos de todos os profissionais entrevistados	59

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve origem a partir de observações da autora sobre o processo saúde-doença, sobre o papel do profissional de saúde na comunidade e sobre o trabalho do cirurgião dentista em uma equipe de saúde, enquanto trabalhava em uma unidade de saúde da família na cidade de Delmiro Gouveia, sertão alagoano.

A atenção à saúde é oferecida por diversas categorias profissionais, e a prática da especialização é muito comum e em consequência o conhecimento torna-se cada vez mais específico, porém fragmentado em seu todo. Então, enxergar o indivíduo com uma visão holística, proporcionando uma atenção integral, é um desafio diário, pois entender o indivíduo no seu contexto sócio-econômico e as suas relações sociais é um componente indispensável para que se entenda o verdadeiro processo saúde-doença.

Contudo, para se trabalhar com esta visão ampliada do ser humano, é imprescindível o trabalho em equipe, que deve ser norteado pela interdisciplinaridade dos saberes profissionais, em conjunto com a intersetorialidade de ações.

A possibilidade dos conhecimentos em saúde bucal serem compartilhados com os demais profissionais de equipes de saúde, torna-se de grande importância, principalmente para aqueles grupos populacionais que não possuem acesso facilitado ao serviço odontológico, como os idosos.

Os idosos, a depender do contexto sócio-econômico, procuram menos os serviços odontológicos se comparados aos serviços médicos (LIMA–COSTA et al., 2003). Além disso os programas do governo, por longo período, priorizaram o trabalho de prevenção ao público infantil.

Sabe-se que solucionar os problemas de saúde bucal da população não se faz somente com a ampliação de serviços ou do número de profissionais, mas também da conscientização sobre este tema junto às comunidades, com a abordagem do fator de risco comum, com a implementação de políticas públicas voltadas para a perspectiva da prevenção e promoção à saúde em todas as fases da vida, trabalhando a autonomia dos indivíduos para poderem realizar as suas escolhas saudáveis.

Vários espaços podem ser utilizados para o desenvolvimento de um trabalho educativo e de prevenção em saúde bucal, que não seja somente o ambiente escolar ou o consultório odontológico. Os grupos comunitários e as unidades de saúde de atenção básica ou primária, que desenvolvem atividades de grupo e visitas domiciliares entre outros, também podem ser espaços da educação em saúde bucal.

Os profissionais médicos e enfermeiros que trabalham com a população idosa, seriam fortes aliados na prevenção e detecção precoce de alterações bucais que podem comprometer o estado geral do idoso. Também os idosos, principalmente os que utilizam o fumo e o álcool, estão mais predispostos ao desenvolvimento de vários tipos de câncer, inclusive o câncer bucal.

Sabe-se que a deficiência mastigatória decorrente da perda dentária ou do uso de próteses mal adaptadas podem acarretar mudanças na seleção alimentar e conseqüentemente uma deficiência nutricional e distúrbios sistêmicos (SAUNDERS, 1997; JOSHIPURA; WILLETT; DOUGLASS, 1996; BRODEUR et al., 1993).

Com o objetivo de investigar quais os conhecimentos e práticas em relação a saúde bucal de idosos, de médicos, enfermeiros e residentes de medicina da atenção primária, desenvolveu-se este trabalho

A presente pesquisa procurou identificar, através dos discursos dos profissionais, a presença da prática da avaliação da cavidade bucal, as condutas de promoção de saúde bucal, as fontes de informação sobre saúde bucal, a presença de protocolos e, na perspectiva dos profissionais pesquisados, qual a interação com o serviço de odontologia, abordando a temática interdisciplinarietà e educação em saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A seguir serão desenvolvidos, através da revisão da literatura, os temas que embasam esta pesquisa.

2.1 O CONCEITO DE IDOSO NA SOCIEDADE E OS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS (PPP)

Para a legislação brasileira, os idosos são as pessoas que possuem idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 1994). Segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999), idoso é um adjetivo que significa aquele que tem bastante idade. Já a palavra **velho**, denota diversos significados tais como: o que tem muito tempo de existência, gasto pelo uso, usadíssimo, desusado, antiquado, obsoleto e outros.

Na história, Hipócrates, que retomou a teoria pitagórica dos quatro humores (o sangue, fleuma, bile amarela e a bile negra), observava a velhice como resultado de um desequilíbrio entre esses quatro componentes. Para Aristóteles, fundamentado em especulações, a senescência estava associada a um resfriamento do calor interior do indivíduo (BEAUVOIR,1990).

Fraiman (1995) relata em seu trabalho que o senso comum entende o velho como aquele que tem muitos anos de idade e uma grande experiência acumulada, que o diferencia

dos outros. E que o envelhecer não se dá em apenas um só momento, mas de uma forma complexa com implicações para quem está envelhecendo e para a sociedade que o assiste.

Para Fraimman, a idade é um regulador do comportamento social e das relações entre os indivíduos e grupos nas sociedades. Entretanto para Hayflick (1997), o envelhecimento não é somente uma passagem do tempo, mas as modificações biológicas que ocorrem durante um período de tempo.

Em um estudo realizado na cidade de Florianópolis, procuraram-se conhecer as representações sociais das pessoas sobre a velhice, o idoso e o envelhecimento. Para tanto, foram entrevistadas 37 pessoas com idades entre 52 a 92 anos de três grupos: professores universitários aposentados, participantes de um programa da universidade para terceira idade e residentes de um centro para idosos. A partir daí, os resultados apontam para três tipos de representação social do envelhecimento: a primeira é uma representação doméstica e feminina onde a perda dos laços familiares é central, a segunda tipicamente masculina apoia-se na noção de atividade, caracterizando o envelhecimento como perda do ritmo de trabalho, e a última apresenta o envelhecimento como desgaste da máquina humana. (VELOZ, NASCIMENTO-SCHULZE, CAMARGO, 1999).

A lei Orgânica da Saúde (nº 8.080) de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) foi criada como uma complementação da Constituição de 1988, tendo sido bastante influenciada pelos movimentos sanitários e sociais da época. Esta lei tem, entre seus princípios e diretrizes, a integralidade de assistência e preservação da autonomia e já neste momento contemplava a população idosa.

A integralidade segundo Albuquerque e Stotz (2004) se apresenta como

um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde.

Com o aumento da população idosa no Mundo e no Brasil, outras leis foram criadas. Em janeiro de 1994, no Brasil, foi aprovada a Lei nº 8.842 – Política Nacional do Idoso, que surgia como a primeira lei que buscava assegurar os direitos sociais do idoso através do estímulo à autonomia e efetiva participação na sociedade.

O Art. 4º, que constitui as diretrizes da política nacional do idoso, refere no inciso V, a relevância da capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços; já, no inciso VII, estabelece mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento.(BRASIL, 1994).

Mas foi em 1999 que surgiu a Política Nacional de Saúde do Idoso. Esta tinha por objetivo fundamentar a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento (BRASIL, 1999).

As diretrizes que norteiam esta política são: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde dos idosos, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos

especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas. A seguir descrever-se-á brevemente sobre cada uma dessas diretrizes.

— A promoção do envelhecimento saudável dar-se-á por ações de caráter preventivo através de processos educativos e informativos continuados para adoção de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

— Para a manutenção da capacidade funcional, a política estabelece dois níveis de atenção: o primeiro refere-se à prevenção de agravos à saúde e se baseará na aplicação de vacinas; já o segundo nível, trata da detecção precoce de problemas de saúde ou dos já instalados, cujo avanço poderá colocar em risco as habilidades e a autonomia dos idosos, além do reforço no diagnóstico precoce de doenças não-transmissíveis.

— A assistência às necessidades de saúde dos idosos poderá ser prestada no âmbito ambulatorial, hospitalar e domiciliar, cada um com sua conduta clínica e a sua reabilitação da capacidade funcional comprometida. Ocorrerá de forma precoce para evitar a evolução e recuperar perdas funcionais.

— A formação de recursos humanos, para trabalhar com esta clientela, faz-se presente como uma diretriz especial e de responsabilidade das três esferas do governo, com ações intersetoriais.

— No apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, esta política busca desenvolver uma parceria entre os profissionais de saúde e os cuidadores informais de idosos

dependentes, visando uma melhoria da capacidade funcional e situação menos onerosa para o serviço.

— Por último, tem-se que o apoio a estudos e pesquisas deverá concentrar-se nas seguintes linhas: o perfil do idoso nas diferentes regiões do Brasil; estudos que avaliem a capacidade funcional, prevenção de doenças; estudos de modelos de cuidados, implementando, acompanhando e avaliando as intervenções; por último, estudos sobre hospitalização e alternativas de assistência hospitalar.

2.1.1 A Saúde do Idoso e os PPP

O tema **saúde na velhice e o idoso saudável** estão obtendo cada vez mais espaço de discussão nas pesquisas. Teixeira, Schulze e Camargo (2002) realizaram um trabalho para averiguar as representações sociais sobre a saúde na velhice com quatro grupos de participantes: o primeiro de idosos que se percebiam doentes; o segundo de idosos não considerados doentes no momento da pesquisa; o terceiro grupo de trabalhadores da rede básica de saúde e o quarto grupo de cuidadores de idosos.

Observaram que para os idosos ditos doentes, o idoso saudável depende de uma estabilidade psíquica, uma noção de bem estar emocional; para os idosos saudáveis, é representado pela autonomia do indivíduo. Já os trabalhadores de saúde identificaram o idoso saudável a uma função da prática de atividades e de não ter doenças; além disso, foi relatado o acesso a serviços sociais e de saúde, focalizando também a questão financeira como importante para o acesso a serviços de saúde privados.

O último grupo de cuidadores que possuíam diferentes graus de parentesco com seus idosos, definiu o idoso saudável como função do estilo de vida, baseados em noções de promoção de saúde e de cuidados no estilo de comportamento ao longo do curso da vida e a questão da autonomia.

Promoção de saúde é um tema em evidência na atualidade. Dessa forma os pesquisadores Assis, Hartz e Valla (2004) realizaram uma pesquisa de revisão sistemática sobre a avaliação de programas de promoção da saúde do idoso entre os períodos de 1990 a 2002 nas bases de dados Medline e Lilacs. Os resultados obtidos foram que nas publicações internacionais existem mais estudos quase - experimental; enquanto que no Brasil, são comuns os relatos de experiências desenvolvidas em serviços públicos de saúde, vinculados à assistência regular.

A promoção de saúde e da vida com qualidade são os objetivos dos programas que empregam ações de caráter educativo.

2.1.2 A Saúde Bucal do Idoso e os PPP

Percepção de saúde bucal do idoso: O olhar do idoso

Existem poucos trabalhos no Brasil que se preocupam com a percepção da saúde bucal dos idosos. Segundo Silva e Castellanos Fernandes (2001), o cirurgião dentista avalia a condição clínica através da existência, ou não, de alguma enfermidade, mas o paciente é avaliado pelos danos sociais e funcionais decorrentes das doenças bucais.

Castilhos (2001) realizou um estudo quali-quantitativo sobre a importância de dentes e próteses para três grupos distintos de idosos, empregando como instrumentos de coleta de dados uma entrevista aberta associada a exames clínicos. Os idosos foram classificados em: independentes, asilados de uma instituição filantrópica e, o último grupo, por institucionalizados de uma instituição particular.

O que emergiu das entrevistas é que a importância dos dentes varia de indivíduo para indivíduo e que para eles a relação entre os dentes e a mastigação, digestão, prazer de comer, aparência, aspectos psicológicos, comunicação, o sorrir, a sexualidade, a higiene oral, a saúde geral e qualidade de vida é bastante evidente.

Silva e Castellanos Fernandes (2001) realizaram um estudo com 201 idosos funcionalmente independentes, inscritos em um centro de reabilitação do município de Araraquara, SP. Este trabalho avaliou a percepção da condição de saúde bucal em idosos e analisou, também, os fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos que interferem nesta percepção. Os resultados obtidos foram que a população estudada percebia sua condição bucal de maneira favorável, enquanto que os dados clínicos epidemiológicos demonstraram ao contrário. A classe social foi um fator importante, pois as condições de trabalho e de vida dos indivíduos orientam a forma de pensar e de agir para com a saúde.

Na pesquisa, o grupo estudado encontrava-se em uma classe social com muitas necessidades básicas não supridas em diversas áreas, fazendo com que a saúde bucal não fosse incluída como uma das prioridades. Alguns fatores contribuíram com esse aspecto, como o caráter não letal da doença bucal, gerando certo “conformismo”; e o fato de

pertencerem a uma época onde, além da alta prevalência da cárie, o tratamento era baseado na extração independente da classe social a qual se pertencia.

Outros trabalhos preocupam-se em identificar como a presença da dentição natural ou não, afetam a vida diária do indivíduo idoso. Strauss e Hunt (1993) realizaram uma pesquisa com 818 idosos dentados e 200 edêntulos da Carolina do Norte (Estados Unidos) que revelou as percepções de idosos americanos de como a dentição afeta a função social, psicológica e biológica na qualidade de vida.

A maioria das respostas foi positiva, onde 50% dos entrevistados responderam que os dentes influenciavam na aparência, no conforto da mastigação e no prazer de comer, enquanto 38% achavam que influenciava na saúde geral.

As respostas mais frequentes afirmavam que os dentes influenciavam a aparência para os outros e para si próprio, alimentação, em seu prazer e mastigação. Também tinham efeito positivo no conforto, fala, prazer e longevidade de vida. Cerca de 19 a 30% dos entrevistados informaram que seus dentes tinham um impacto negativo na alimentação; o gosto tinha sido alterado para 11% dos entrevistados e a sua aparência era negativa para 13 a 15%. Mas observaram que as motivações destes pacientes a frequentarem um serviço odontológico eram diferentes dos grupos mais jovens, assim como se preocupavam com a alimentação, o hálito, a fala, o conforto e a aparência.

Aspectos epidemiológicos da SB do Idoso

Sob o ponto de vista epidemiológico, muitas pesquisas estão sendo realizadas no mundo, demonstrando preocupação com a situação de condição bucal dos idosos. Taylor, Loesche e Terpenning (2000) analisaram dados de uma pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição (NHANES III), nos E.U.A. e demonstraram que a cárie dental e a doença periodontal ocorrem com substancial freqüência. Isso também foi encontrado no trabalho de Nordström (1998), na Suécia, onde a perda dental foi o desfecho mais encontrado nestes indivíduos. Warren et al. (2002) realizaram um estudo de acompanhamento de idosos por 13 – 15 anos dos 65 aos 80 anos e observou que a perda dental continuava com o passar dos anos.

No Brasil, o acesso dos idosos aos serviços de saúde bucal mostra-se ainda bem restrito, como demonstra o trabalho de Lima-Costa et al. (2003). Eles analisaram os dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) e constataram que 6,9% da população acima de 65 anos nunca freqüentaram o dentista e 74% tinham visitado o dentista há mais de 3 anos.

Analisando também os dados do PNAD 1998, Matos, Giatti e Lima-Costa (2004) pesquisaram os fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos pelos idosos e concluíram que ocorre uma redução progressiva de visitas ao dentista com o aumento da idade em ambos os sexos. Já a escolaridade e a renda domiciliar influenciaram de forma independente no uso destes serviços e que tanto a menor freqüência de visitas ao dentista, quanto ao fato de jamais ter ido ao dentista foram mais freqüentes entre idoso residentes nas regiões Sudeste, Norte e Nordeste, quando comparados aos residentes na

região Sul. A análise dos autores aponta, entretanto, outros fatores como responsáveis por essas diferenças.

Os aspectos epidemiológicos dos idosos, em várias regiões do Brasil, estão sendo demonstrados em vários trabalhos, divididos em grupos de idosos não-institucionalizados e institucionalizados. Meneghim e Saliba (2000) avaliaram as condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba – SP e verificaram que o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) médio foi de 26,58, ou seja, de trinta e dois dentes permanentes que um indivíduo possui, 26,58 estavam comprometidos com cárie ou foram extraídos ou restaurados. A prevalência de cárie de raiz individual foi de 0,83. Esse dado é baixo devido ao número reduzido de elementos dentários restantes em boca. E os autores demonstraram uma precária condição bucal desses idosos.

Rosa et al. (1992) realizaram um estudo epidemiológico de dois grupos de idosos de São Paulo. O primeiro grupo foi constituído de idosos residentes em seus domicílios e de três regiões diferentes da cidade de São Paulo (região central, intermediária e periférica), somando um total de 84 participantes. O outro grupo foi formado por idosos dependentes e institucionalizados, perfazendo um total de 152 participantes.

Neste estudo, o número médio de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) foi de 29,3 para os examinados no domicílio com participação de 93,5% de dentes extraídos e, CPO 30,97 para os examinados nas instituições com participação de 96,1% dos dentes extraídos, revelando uma precária condição dentária, com um grande número de extrações dentárias. Em relação às condições periodontais, ambos os grupos encontram-se em situação severa. Nos domicílios, 50% dos sextantes examinados necessitavam de tratamento. Já nas

pessoas examinadas nas instituições, considerando as mesmas condições, este percentual elevou-se para 67%.

Na cidade de Fortaleza, Ceará, foi realizado um levantamento epidemiológico referente ao envelhecimento no Nordeste do Brasil. Este estudo verificou que a ausência total de dentes foi referida por metade dos entrevistados (51,4%), sendo esta proporção na área periférica de 58,7%, na área intermediária 60% e 35,9% na região central da cidade.(COELHO FILHO; RAMOS, 1999).

Objetivando analisar os estudos epidemiológicos sobre a saúde bucal dos idosos no Brasil entre o período de 1988 a 2001, Colussi e Freitas (2002) encontraram vários artigos e verificaram que o CPOD médio variou de 26,8 a 31,0, sendo que o componente perdido representou cerca de 84% desse índice, demonstrando uma dificuldade de acesso a programas preventivos. A prevalência do edentulismo ficou em 68% e baseado numa avaliação normativa, somente 3,9% não necessitavam e nem usavam nenhum tipo de prótese.

Um estudo chileno procurou determinar a prevalência de lesões na mucosa oral em 889 idosos, encontrando 22,3% com estomatite protética, 9,4% hiperplasia, 9% varicosidades, 4% lesões pigmentadas solitárias, 3,5% úlceras traumática, 1,7% leucoplasia entre outras (ESPINOZA et al., 2003).

No Brasil Birman, Silveira e Sampaio (1991), estudando 170 pacientes idosos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, verificaram que as alterações mais frequentes foram as varicosidades (49,41%), candidíase,

principalmente a palatina (28,24%), lesões proliferativas não neoplásicas (17,06%) e, em menor grau, grânulos de Fordyce, língua fissurada e lesões brancas (6,47%).

Em vários estudos epidemiológicos, os casos de câncer bucal surgem em pequeno número (ESPINOZA et al., 2003), porém o seu diagnóstico é de grande importância devido à sua gravidade. A causa mais importante do atraso do diagnóstico do câncer de boca e de orofaringe é a evolução inicial oligossintomática, pouco conhecimento sobre a doença entre pacientes e profissionais de saúde, medo do diagnóstico e dificuldades para acessar o sistema de saúde (KOWALSKI; SOUZA, 2001).

Em um estudo retrospectivo de pacientes portadores de câncer bucal do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis, São Paulo, de 1978 – 1997, Perussi et al. (2002), encontraram 562 registros de idosos (60 anos ou mais) e 878 registros de pacientes com idades inferiores a 60 anos. A relação entre os sexos (masculino: feminino) foi de 3:1 após os 60 anos. Observou-se que as localizações na língua e no soalho bucais ocorreram com maior frequência nos pacientes idosos. O câncer da região superior da cavidade bucal (palato) ocorreu com maior frequência nas idades abaixo de 60 anos.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), através de dados consolidados do Brasil no ano de 2003, levantou um total de 7.750 casos novos de câncer na cavidade oral de homens nos estados brasileiros e de 2.540 óbitos por esta neoplasia. Nas mulheres, o número de casos novos nos estados foi de 2.885 e de 705 casos de óbitos (INCA, 2003).

De maneira geral, o câncer bucal constitui-se de um problema de saúde pública e há necessidades de programas preventivos para a detecção precoce, principalmente com a

participação da população idosa. Os trabalhos direcionados à prevenção do câncer bucal em idosos podem interferir de forma benéfica na qualidade de vida destes pacientes.

Função Mastigatória e Nutrição

Para o paciente idoso a condição bucal tem grande importância para a sua qualidade de vida seja no quesito da relação com a saúde geral, na aparência como na mastigação (STRAUSS; HUNT, 1993).

A mastigação é uma das principais funções do sistema estomatognático. A função mastigatória realiza a degradação e trituração dos alimentos para a formação do bolo alimentar, sendo este o primeiro passo no processo de digestão e nutrição (AMENÁBAR; BALDISSEROTTO; PADILHA, 2003).

Como se pode observar dos estudos anteriormente descritos, a perda dental, ao longo da vida, é um desfecho bastante comum nesse grupo populacional. Contudo, a perda desses elementos é a mais frequente causa de deficiência da Função Mastigatória (FM).

Muitos trabalhos relacionam o prejuízo da função mastigatória a uma seleção inadequada de alimentos (CHAUNCEY et al., 1984; BRODEUR et al., 1993; NORLÉN; BIRKHED; BJÖRN, 1993; GREKSA; PARRAGA; CLARK, 1995; JOSHIPURA; WILLETT; DOUGLAS, 1996; KRALL; HAYES; GARCIA, 1998; HAMASHA; HAND; LEVY, 1998; PAPAS et al., 1998a; PAPAS et al., 1998b; MARCENES et al., 2003).

As pessoas que sofrem de problemas na função mastigatória geralmente escolhem alimentos mais industrializados e processados do que alimentos naturais (CHAUNCEY et al., 1984; NORLÉN; BIRKHED; BJÖRN, 1993; JOSHIPURA; WILLETT; DOUGLAS, 1996; KRALL; HAYES; GARCIA, 1998). Nestas escolhas, normalmente os alimentos mais duros como vegetais crus e frutas frescas, alimentos ricos em vitaminas e fibras, deixam de ser consumidos.

Marcenes et al. (2003) revisaram os dados de um levantamento epidemiológico no Reino Unido que avaliou a relação entre saúde bucal, ingestão de nutrientes e estado nutricional de idosos institucionalizados e não institucionalizados. Observaram que em uma amostra de idosos não institucionalizados havia maior dificuldade de mastigação os idosos desdentados e aqueles que possuíam de um a dez dentes.

Também se verificou que a ingesta diária de nutrientes como polissacarídeos não-amido (fibra), proteína, cálcio, niacina e vitamina C foram significativamente menores em idosos desdentados. Na análise sanguínea o ácido ascórbico plasmático em pacientes desdentados foi cerca de 20% menor quando comparados com os pacientes dentados e o nível de retinol plasmático também foi significativamente menor nos desdentados.

Outro fator que influencia na mastigação e na nutrição é a utilização de vários fármacos pelos idosos no tratamento de doenças crônicas, pois determinados medicamentos sistêmicos podem agir reduzindo o fluxo salivar produzindo os sintomas da xerostomia por mudança na qualidade da saliva, percepção do fluxo salivar ou nas características da própria mucosa (THOMSOM et al., 2002).

Essa alteração do fluxo salivar também produz uma modificação no preparo do bolo alimentar e na sua consistência. Apresentando esta dificuldade de se alimentar com produtos sólidos, o paciente prefere consumir alimentos líquidos ou na consistência pastosa, onde, na maioria das vezes, não contém os nutrientes e fibras tão necessárias para a sua saúde (AMENÁBAR; BALDISSEROTTO; PADILHA, 2003).

N'gom e Woda (2002) realizaram uma revisão da literatura sobre condição bucal e nutrição e comentaram sobre a relação existente entre a ausência de uma boa performance mastigatória e uma redução do consumo de alimentos fibrosos com problemas gastrointestinais (BRODEUR et al., 1993). Tosello et al. (2001) realizaram também um estudo focando este tema e também verificaram esta relação.

2.1.3 Os Programas e Políticas Públicas para Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente

O Brasil, no ano de 2004, apresentou a Política Nacional de Saúde Bucal, baseada nos resultados da pesquisa “Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”. Esta política busca a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal em todos os níveis de atenção e com um novo método de trabalho e tem como meta o cuidado (BRASIL, 2004a).

Ela explicita as “linhas do cuidado” para a atenção à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso, sendo bastante abrangente. O cuidado traz consigo a proposta de humanização dos

serviços em um trabalho conjunto com o usuário para a produção de conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário.

Os pressupostos que norteiam esta política são: a qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade independente da estratégia adotada; uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa; a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo; a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita.

Além disso, esta política visa também utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento; acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores; centrar a atuação na Vigilância à saúde; incorporar a saúde da família como estratégia importante de reorganização da atenção básica; estabelecer política de financiamento; definir uma agenda de pesquisa científica para investigar os principais problemas de saúde bucal e definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal para que atendam às demandas da população e aos princípios do Sus são outros pressupostos explicitados neste programa.

Baseada no princípio constitucional da intersetorialidade, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com áreas de saneamento, assistência social, cultura, transporte, educação entre outras.

Apresentam-se como os princípios norteadores das ações de cuidado em saúde bucal a gestão participativa, a ética, o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilidade

profissional. Dentre eles, pode-se citar o “acesso”, que é citado como universal para a assistência e para dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir das situações individuais e vice-versa e se responsabilizando pelos problemas de saúde da população de determinado espaço geográfico.

O vínculo responsabiliza a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência com ações eficazes, com o controle do usuário e representando a humanização da relação com o usuário.

2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde- Carta de Ottawa- o desenvolver de habilidades pessoais e sociais foi uma importante temática abordada. Mas, para ser colocada em prática, seriam utilizadas algumas atividades como divulgação de informações, educação para a saúde e a intensificação das habilidades vitais da população aumentando o seu controle sobre a própria saúde. Também explicita que é de grande importância que as pessoas sejam capacitadas a aprenderem durante toda a vida e que se preparem para todas as fases da vida como as possíveis doenças crônicas e causas externas (BRASIL, 2001).

Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a), a educação em saúde compreende atividades que possibilitem a compreensão do processo saúde-doença, trabalhe as questões dos fatores de risco e proteção à saúde bucal e que o usuário detenha o controle da sua própria saúde.

A educação em saúde pode ser conceituada como

um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. (L'ABBATE, 1994)

A reorganização dos serviços de saúde, assim como mudanças na formação dos profissionais de saúde, são estratégias que podem viabilizar a concretização da promoção da saúde, sendo que para isso a educação em saúde torne-se uma ação fundamental. Mas a educação em saúde tradicional ou hegemônica, revela um instrumento de saber dominante em que responsabiliza o paciente pela redução dos seus riscos à saúde, não contemplando o princípio da integralidade, a promoção à saúde e fazendo com que alternativas sejam pensadas e trabalhadas como a educação popular em saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

O Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde apresenta-se como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica com ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde (BRASIL, 2000).

Para promover atividades de promoção à saúde e preventivas com o enfoque no autocuidado para os usuários, o PSF pode utilizar uma prática de educação em saúde de modelo dialógico, que respeita o sujeito como detentor de saberes, propondo as trocas de

conhecimento, apreensão das reais necessidades de saúde desses sujeitos e, dessa forma, contrapondo-se ao modelo de educação em saúde hegemônico.

Ele se caracteriza pela transmissão de informação de um saber técnico em saúde, paternalista, baseado em programas de saúde predefinidos, ou seja, verticalizados, que propõem a mudança de hábitos sem levar em consideração os determinantes sociais, culturais e econômicos do indivíduo (ALVES, 2005) e o conhecimento prévio.

O saber médico é expressado por Pereira e Almeida (2005):

por ser concebido e seu discurso enunciado como independentes do corpo que os produzem, superiores ao restante da vivência humana, bem como preparados para se dirigirem a órgãos e tecidos em si, absolutizados e isolados de um sistema mais amplo, de uma história pessoal, de uma cultura e de relações político-sociais.

Mas mudanças também na formação dos profissionais de saúde, integradas ao sistema de saúde, são uma outra estratégia que tenta trabalhar a promoção da saúde.

Pereira et al. (1991), pesquisando médicos chefes de 115 unidades de saúde da prefeitura municipal de São Paulo sobre a percepção destes quanto ao trabalho de saúde com a população e a educação em saúde, observou que cerca de 33,6% prepararam-se formalmente para o trabalho em saúde coletiva, realizando a especialização em saúde pública. Viram que a maior parte 43,2%, entendia educação em saúde como transmissão de informação que era traduzido como comportamento definido a “*priori*” e que somente 12,5% dos médicos entrevistados relacionaram a educação em saúde a um trabalho crítico, de troca,

transformação social, conscientização da população do processo saúde-doença e também sobre a organização popular para a conquista de melhores condições de vida.

É importante levantar este estudo, pois o mesmo foi desenvolvido pouco tempo após a implantação da Constituição de 1988 e da lei Orgânica da Saúde, demonstrando as transformações iniciais no modelo assistencial.

A participação do Cirurgião Dentista no processo de educação em saúde mostra-se pouco expressivo. Segundo pesquisa anterior, os cirurgiões dentistas, juntamente com os psicólogos e os médicos, tinham mais dificuldade em participar de ações educativas formais (atividades planejadas como discussão de grupos) devido a uma demanda expressiva de pacientes e a cobrança pela produtividade.

Chaves e Vieira-da-Silva (2002) realizaram uma revisão sistemática sobre as práticas preventivas no controle à cárie dental. Os achados revelaram uma concepção biológica e medicamentosa no controle desta doença e que a educação em saúde, como ferramenta básica e fundamental para qualquer ação preventiva, estava sendo pouco descrita e valorizada.

2.3 O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A proposta de trabalho em equipes multidisciplinares de saúde vem sendo enfatizada no Brasil desde a década de 70, período de forte expansão do mercado de trabalho em saúde.

Essa extensão realizou-se por meio da atenção primária e pelo crescimento da rede médico-hospitalar privada.

Na atenção primária, evidencia-se a influência da medicina comunitária como uma estratégia de expansão. (PEDUZZI; PALMA, 1996). Ela é a assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas para todos os indivíduos. Também exige transformações nos conhecimentos, atitudes e práticas da equipe de saúde e de suas relações com a população (FEIX, 1990).

A equipe de saúde de Atenção Primária é uma estrutura organizada e funcional, constituída por profissionais que devem desempenhar, de forma continuada e compartilhada, as funções e atividades de uma unidade de Atenção Primária de uma determinada comunidade (ZURRO; PEREZ, 1989).

As equipes de trabalho em saúde muitas vezes são referidas com o termo multidisciplinar, e em número menor de vezes pelo termo interdisciplinar. O prefixo “multi” significa a justaposição de trabalhos realizados por agregados de agentes de diferentes qualificações técnicas; já o termo “inter” diz respeito ao trabalho conector e integrado que leva em consideração cada uma das ações dos diferentes agentes, valorizando a cooperação e coordenação do trabalho coletivo (PEDUZZI; PALMA, 1996).

A interdisciplinaridade é a interação entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento, visando à reconstrução do conhecimento. Segundo Fazenda (2001), a interdisciplinaridade pauta-se numa ação em movimento, tendo como pressuposto a

metamorfose, a incerteza e que ser interdisciplinar é superar a visão fragmentada não só das disciplinas, mas de nós mesmos e da realidade que nos cerca.

Souza (1999) observou que alguns trabalhos relatavam o relacionamento dos profissionais de saúde quanto à comunicação e troca de conhecimentos. E verificou que os conhecimentos eram reproduzidos da mesma forma como foram adquiridos: de maneira isolada, com comunicação restrita entre os profissionais e com também acentuado formalismo entre as profissões que dividem o mesmo espaço e processo de trabalho. Esse tipo de atitude reflete a formação hegemônica que continua a ser reproduzida nos espaços de formação e de trabalho tradicional.

Uma atuação em parceria através de uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares, busca um novo conhecimento e soluções mais completas para os problemas existentes (NUNES, 2002); é um ponto de suma importância para a equipe que atua na atenção primária de saúde. A interdisciplinaridade, envolve uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e com a presença de um nível hierárquico superior, com a presença de um coordenador (JAPIASSU, 1976 apud IRIBARRY, 2003).*

A Política Nacional de Saúde Bucal, na adequação do processo de trabalho, requer, dentre outros pontos, a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo, não limitando a atuação da equipe somente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico, devendo interagir com os demais profissionais de outras áreas, permitindo a troca de saberes para que os aspectos da saúde bucal sejam apropriados e se tornem objeto das suas práticas (BRASIL, 2004a).

* Referências: JAPIASSU, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago / IRIBARRY, I.N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 483-490, 2003

Esse novo conhecimento gerado pelas parcerias profissionais, problematiza o agravamento à saúde em suas múltiplas dimensões (SOUZA, 1999). Neste contexto, uma estratégia para a promoção da saúde é a abordagem do fator de risco comum/ Fator de Saúde (SHEIHAM; MOYSÉS, 2000), a qual enfoca a população como um todo, atuando para melhorar a saúde através da redução de riscos comuns a várias doenças e promovendo a saúde através de ambientes suportivos que facilitem as mudanças comportamentais coletivas.

Essa abordagem de fator de risco comum poderia servir como base para o trabalho e a educação em saúde pública, pois várias doenças crônicas, tais como doenças cardíacas, carcinomas, acidentes vasculares e doenças bucais têm fatores de risco comum, sendo que muitos destes estão associados a mais de uma doença crônica. Sendo assim, as estratégias voltadas para os fatores de risco comuns são mais racionais do que as estratégias para doenças específicas. Nesse contexto, a promoção da saúde bucal é um conceito que transcende o setor técnico odontológico e se integra às demais práticas de saúde coletiva (SHEIHAM; MOYSÉS, 2000).

As crianças sempre foram a população alvo das atenções em saúde bucal (PARAJARA; GUZZO, 2000) e alguns trabalhos também preocuparam-se em levantar os conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde e educadores sobre saúde oral de crianças como parte integrante dessa rede interdisciplinar (POMARICO; SOUZA; TURA, 2003; FREIRE; MACÊDO; SILVA, 2000).

Apesar de fazer parte do corpo, a saúde bucal de idosos ainda é bastante negligenciada (PARAJARA; GUZZO, 2000; SALIBA et al., 1999; FERNANDES et al., 1997). Porém alguns estudos vêm demonstrando preocupação em conhecer as percepções,

saberes e atitudes sobre saúde bucal de idosos dos profissionais médicos, de enfermeiros, equipe auxiliar e cuidadores que trabalham em hospitais instituições geriátricas.

Paulsson, Nederfors e Fridlund (1999), através de uma análise qualitativa das concepções de saúde oral entre enfermeiros chefes, concluíram que estes profissionais consideravam a saúde oral como parte importante, porém era também uma parte negligenciada pela enfermagem. Além disso, profissionais de saúde expressavam o desejo de serem atualizados nesta área, (FRENKEL; HARVEY; NEEDS, 2002; MORGAN et al., 2001; CHUNG; MOJON; BUDTZ-JORGENSEN, 2000; FITZPATRICK, 2000; JOHNSON; LANGE, 1999; LOGAN et al., 1991) e tentar em conjunto com a equipe odontológica modificar e melhorar este quadro.

No artigo de Lima-Costa et al. (2003) analisou-se a desigualdade social e a saúde entre idosos brasileiros baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Observou-se que o número de consultas médicas acontecia em maior proporção que as consultas odontológicas; e a filiação a um plano privado de saúde foi menor em idosos com pior renda per capita, o que significa que eles utilizam com maior frequência a rede pública. Dessa forma a verificação dos saberes e práticas sobre saúde bucal em idosos de médicos e enfermeiros da atenção primária a saúde faz-se importante, pois estes entram em contato com a população idosa em maior número de vezes durante o ano, podendo identificar alterações dessa região o mais precoce possível, bem como trabalhar com alguns fatores de risco comum à saúde geral e bucal.

3 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO INVESTIGADO

Este capítulo descreverá o contexto em que se desenvolveu a pesquisa, assumindo caráter importante no auxílio à compreensão dos relatos obtidos das entrevistas.

3.1 O SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA (SSC)

O Serviço de Saúde comunitária é o segmento do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) responsável por prestar atenção primária à saúde de uma população de aproximadamente 120.000 pessoas da zona norte de Porto Alegre.

Tendo iniciado em janeiro de 1983 com a primeira Unidade de Saúde (US) e a criação da residência em Medicina Geral Comunitária, a expansão do Serviço aconteceu a partir das solicitações das populações vizinhas, nos bairros da Zona Norte da cidade, aliadas ao interesse do GHC na ampliação do atendimento em Atenção Primária. (BRASIL, [19--])

Em sua origem foi fortemente influenciado pelo modelo de Saúde Inglês e, em seguida, pelos vários movimentos da Saúde no Brasil. Para romper a visão tradicional da Medicina Familiar, em 1989 o nome foi mudado para Serviço de Saúde Comunitária e integrou profissionais de outras áreas na busca pela atenção interdisciplinar. Além da formação de recursos humanos e da atenção à saúde das populações, o Serviço atua ainda assessorando municípios e instituições. (GIACOMAZZI; NADER; SOUZA, 1996).

Os princípios do serviço são: integralidade da atenção, continuidade do cuidado, porta de entrada ao sistema de saúde, respeito às práticas e aos valores culturais da população. E as suas principais características de trabalho são: o fácil acesso da população às Unidades de Saúde; registro dos atendimentos; alta resolutividade; áreas geograficamente limitadas; atividades nos diferentes níveis de complexidade (primário e secundário), de atuação (promoção, prevenção, cura e reabilitação) e de intervenção (individual, familiar e comunitária).

Quanto à Atenção à Saúde, são desenvolvidas atenções individualizadas e coletivas, por meio das seguintes ações programáticas: Atenção à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Adulto, do Idoso, Vigilância Epidemiológica, acompanhamento de situações de risco atendimento domiciliar, saúde mental e saúde bucal. (BRASIL, [19--]).

Atividades preventivas, de educação em saúde, de assistência, de formação de recursos humanos, entre outras, são realizadas por doze equipes de saúde, multiprofissionais localizadas nas Unidades de Saúde Barão de Bagé, Coinma, Costa e Silva, Divina Providência, Conceição, Jardim Itu, Jardim Leopoldina, Nossa Senhora Aparecida, Parque dos Maias, Sesc, Santíssima Trindade e Vila Floresta.

Esta pesquisa teve como sujeitos de estudo os profissionais da área médica e de enfermagem que trabalham nestas equipes multidisciplinares. O Serviço de Saúde Comunitária, no período da pesquisa, possuía 20 enfermeiras contratadas, 58 médicos contratados e 73 residentes de medicina comunitária (R1 e R2) ativos.

3.2 AS UNIDADES DE SAÚDE PESQUISADAS

A seguir será apresentado um resumo do contexto social das Unidades de Saúde que foram pesquisadas. Este breve relato é baseado em dados documentais de pesquisas realizadas no SSC pelas Doutoradas Maria Cristina Çonçalves Giacomazzi e Sílvia Maristela Pasa Takeda, além do setor de Epidemiologia e das observações da autora desta pesquisa.

A Unidade de Saúde Divina Providência

Esta Unidade foi criada em 1986, fruto de reivindicações sociais da comunidade do Bairro Vila Jardim e dos profissionais de saúde do SSC. Após várias sedes a Unidade localiza-se na Rua Cananéia, no limite da área de abrangência e em direção ao Shopping Center Iguatemi.

O Bairro Vila Jardim vive um processo de modificação ambiental, pois, em suas proximidades, encontra-se o Shopping Center Iguatemi que valorizou bastante a área dando lugar aos condomínios modernos e mansões que contrastam com os casebres dos becos.

Problemas sociais como o analfabetismo, falta de saneamento básico, luz e água é o retrato da vila, principalmente nos Becos. A violência, tráfico de drogas e o alcoolismo são bastante comuns na área. As casas são construídas com restos de madeira e são protegidas por cercas de madeira ou arame farpado.

A Unidade recebe vários alunos, da residência (como doutorandos das faculdades de medicina), e devido ao número de profissionais torna-se pequena para acomodá-los.

Esta Unidade possui o serviço odontológico e com cirurgiões dentistas nos dois turnos. Além disso, a Coordenadora da equipe da unidade também é uma Cirurgiã Dentista. As reuniões de equipe são geralmente na sala dos seminários, que não é tão grande assim.

Nesta unidade foi realizado o teste piloto para calibração da pesquisadora e das entrevistas.

A unidade de saúde Jardim Itú

A abertura desta Unidade aconteceu em 1992, também através de movimento comunitário. Está localizada no mesmo terreno da Associação de Moradores.

O bairro aloja pessoas geralmente da classe média média. Possui uma grande população idosa. As casas de alvenaria e as de madeira contrastam com três cortiços existentes no local e um conjunto de edifícios com mais de 5 mil pessoas. A região aparentemente mostra-se calma, mas há registros de violência no local relacionados a tráfico e assalto.

Os idosos em estado de abandono e solidão, juntamente com o número de adolescentes grávidas e os cortiços, aparecem como problemas na região. O Jardim Itú, segundo o IBGE de 2000, abriga cerca de 10831 pessoas.

A Unidade possui também problemas de espaço físico para abrigar todos os profissionais. O serviço de Odontologia encontra-se junto à sala de espera dos usuários, mas não entra em contato com as salas dos outros profissionais. Espacialmente é isolada. Possui

THD atuando também. As reuniões da equipe dão-se nesta sala de espera: o maior local da Unidade.

Unidade de saúde Jardim Leopoldina

O Jardim Leopoldina encontra-se em uma região constituída basicamente de blocos de edifícios, com parte deles em situação irregular. O bairro possui duas áreas de risco onde prédios mal acabados foram ocupados e são denominados de a Carcaça e o Acampamento. Este bairro possui grande número de idosos e crianças. Segundo o Censo do IBGE 2000, existem cerca de 15007 pessoas residindo neste bairro.

A atual sede possui um bom espaço físico. O serviço odontológico possui apenas um Ciurgião Dentista que trabalha um horário e não recebe Residente de odontologia da Residência Integrada em Saúde.

Unidade de Saúde Vila Floresta

Fundada em 1984, foi a Segunda Unidade do SSC a ser criada. O bairro é bastante arborizado, constituído de pessoas de classe média, possui três microáreas de risco. Os idosos estão presentes em grande número, mas existem aqueles em situação de abandono e/ou pobreza, o que é uma realidade no local.

A sede atual está construída ao lado da Associação de Moradores do bairro, que é bastante atuante. A Vila Floresta abriga cerca de 17786 pessoas pelo censo 2000.

Esta unidade estruturalmente é bem dividida. Possui o serviço odontológico no local que trabalha com THD e está recebendo residentes de odontologia da Residência Integrada em Saúde.

Unidade Hospital Conceição

A unidade Conceição possui um grupo de idosos bastante atuantes com cerca de 100 integrantes sendo este o maior grupo entre as Unidades.

As atividades econômicas da comunidade são predominantemente relacionadas ao comércio, incluindo o pequeno comércio e o informal, com grande parcela da população desempenhando atividades nos centros comerciais da região e lojas da Assis Brasil.

Muitos dos moradores também são profissionais que atuam nos hospitais Cristo Redentor, N. Sra. Conceição e da Criança, localizados na área.

Toda a área é pavimentada, com asfalto ou paralelepípedo e o tipo de habitação normalmente é de alvenaria, existindo muitos prédios de apartamento e conjuntos habitacionais. Algumas ruas ainda conservam muitas casas, que progressivamente têm sido substituídas por prédios ou casas comerciais. Há rede de esgoto, coleta de lixo, abastecimento de energia elétrica e água, de modo organizado e satisfatório.

Existe a presença de recursos sociais como entidades, associações, grupos culturais, políticos e religiosos na área de abrangência desta unidade, podendo-se citar o grupo do Apostolado, Pastoral da Saúde, SLJ (grupo de jovens), Grupo da Legião de Maria, Grupo de

Promoção de Eventos – todos, grupos da Igreja Cristo Redentor. Também há a presença do Coral do Conceição, do Coral do Cristo Redentor, CTG - Chama da Amizade entre outros.

As causas de óbito em 1999 foram, em ordem de frequência: Doenças do aparelho circulatório (33); Neoplasia (20); Doenças do aparelho respiratório (15); Doenças do aparelho digestivo (5); Sintomas sinais e achados de exame clínico e laboratorial anormais (4); Doenças endócrino nutricionais e metabólicas(2); Malformações congênitas e anomalias cromossômicas (2); Doenças do aparelho genitourinário (1); Afecções do período perinatal(1).

Algumas ações que o serviço de saúde presta à comunidade são: os programas de assistência domiciliar, da gestante, de hipertensão, da criança, de imunização, declarações de nascidos vivos, programa de volta pra casa, da mulher, vigilância epidemiológica, renovação de receitas.

A unidade desenvolve reuniões com a comunidade e com grupos de hipertensão, da terceira idade, de terapia psicológica, de mulheres, de crianças, de adultos, de pais e grupo de apoio ao câncer de mama.

As informações da unidade são registradas através de vários instrumentos, com objetivo de que haja registro de todas as atividades desenvolvidas pela equipe. De uma maneira geral, pode-se, citar como principais meios de registro, o Boletim de Atendimento, o Prontuário de Família, os Livros de Registro das diversas reuniões da equipe e os softwares padronizados do Grupo Hospitalar Conceição, para onde são enviados os dados dos Boletins de Atendimento.

O Prontuário de Família é um arquivo onde ficam disponíveis os documentos de cadastro de cada família (formulário de registro dos incluídos, comprovante de residência, xerox dos documentos de identidade das pessoas incluídas), além da ficha individual de cada pessoa. Nestas fichas, há uma folha de rosto que lista os problemas de saúde de cada pessoa; as demais páginas são folhas de evolução, utilizadas pelos médicos, psicólogos e equipe de enfermagem para registro dos atendimentos. Cada Prontuário de Família é codificado por um número e fica disponível à equipe em um armário na Recepção da unidade.

As reuniões de equipe são registradas por seus responsáveis em livro específico de cada reunião. Em cada reunião, registram-se os profissionais presentes, o tema da reunião e suas implicações para a equipe, bem como a pauta das próximas reuniões. Os livros ficam na própria unidade.

Unidade de Saúde Coínma

A Unidade de Saúde (U.S.) Coínma está localizada na zona norte do município de Porto Alegre, e visa o atendimento universal, integral, continuado, de fácil acesso e com área geográfica delimitada.

Teve sua inauguração em maio de 1994 após ampla solicitação e organização comunitária. Atualmente atende às comunidades Coínma, Vila Margarita e parte do bairro Jardim Itú-Sabará, compreendendo um total de quase 9.000 pessoas. Realiza trabalho curativo e preventivo a essa comunidade.

Por ser uma U.S. ligada a um hospital-escola, tem recebido alunos de diversas universidades que estagiam e auxiliam no atendimento. É uma Unidade pequena e atenta ao seu trabalho. Não possui o serviço odontológico no local, mas atualmente tem referência no Hospital Conceição.

Unidade de Saúde Costa e Siva

Até meados de 1992, no bairro COHAB Costa e Silva funcionava uma Unidade de Saúde do Estado, mas foi fechada após ser arrombada várias vezes. A partir disso as lideranças comunitárias passaram a reivindicar a municipalização do posto. A reivindicação foi apresentada ao Grupo Hospitalar Conceição e definiu-se pela instalação do Serviço de Saúde Comunitária na COHAB Costa e Silva.

A abertura provisória foi no dia 14 de novembro de 1994 e a inauguração formal foi em 29 de março de 1995, com atendimento ao público no dia seguinte. A unidade foi transferida para um prédio (antiga creche), onde se encontra instalada até hoje aguardando a construção da nova sede. Esta Unidade atende cerca de 4047 pessoas, segundo o censo de 2000.

A busca pela mobilização da comunidade é bastante forte. A unidade encontra-se com espaço muito limitado de trabalho e há falta de espaço para as reuniões que comportem confortavelmente a todos. Não há serviço odontológico no local e os pacientes, atualmente, são referenciados para o Hospital Conceição.

4 METODOLOGIA

A seguir serão descritos a metodologia adotada e os materiais utilizados para a realização deste trabalho.

4.1 DELINEAMENTO

Este estudo utilizou uma metodologia qualitativa de caráter exploratório descritivo. Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, aprofundando o seu estudo, buscando antecedentes e aumento do seu conhecimento (TRIVIÑOS, 1987).

4.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde (US) de Atenção Primária que pertencem ao Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição, localizado na região zona norte de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

O Serviço de Saúde Comunitária possui 12 US, constituída de equipes multidisciplinares. Inicialmente foram selecionadas US que, através de dados epidemiológicos do Serviço de Saúde Comunitário, baseados no senso IBGE 2000, eram caracterizadas pela presença expressiva da população idosa. Em seguida, realizou-se sorteio aleatório para seleção de quatro US que continham atendimento odontológico e foram selecionadas mais

três US, intencionalmente, por não prestarem este serviço à comunidade. São elas: Unidade Coinma, Costa e Silva e Conceição, que não possuem o serviço odontológico na unidade e do Jardim Itú, Jardim Leopoldina, Floresta e Divina Providência (esta última foi selecionada para a realização de teste piloto com finalidade de calibração da pesquisadora e das questões norteadoras).

4.3 SUJEITOS

Este estudo realizou certo trajeto até o encontro com os participantes finais. Inicialmente o trabalho foi apresentado ao chefe do SSC e aos coordenadores das US e em seguida foram agendadas visitas nas US selecionadas para apresentação do estudo aos profissionais de saúde e esclarecer as dúvidas existentes.

A participação foi voluntária e um termo de consentimento informado também foi trabalhado nestas reuniões. Ao final de cada encontro a pesquisadora recolhia o nome dos profissionais que gostariam de participar e agendava um retorno para a realização das entrevistas, tendo-se o cuidado de não marcar mais que três entrevistas ao dia para não haver uma estafa mental da pesquisadora.

A população estudada compreendeu profissionais médicos, residentes de medicina e enfermeiras que atuavam em US do SSC do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Foi entrevistado pelo menos um representante de cada categoria profissional médica e de enfermagem contratados pelo serviço, e os residentes de medicina formaram dois grupos, levando-se em consideração o ano de residência (R1 ou R2).

Foi entrevistado um total de 44 profissionais. Durante o processo de transcrição das entrevistas utilizou-se a técnica de saturação das narrativas em que finalizaram em 25 entrevistas as quais foram analisadas: 7 entrevistas de médicos, 6 de enfermeiras, 6 de residentes do 1º ano e 6 de residentes do 2º ano.

Os profissionais entrevistados foram informados quanto aos objetivos do estudo e assinaram um termo de consentimento informado (anexo 1). A participação na pesquisa foi voluntária, tendo sido garantida a devolução das conclusões elaboradas pela autora para os profissionais entrevistados como também para o SSC.

4.4 INSTRUMENTOS E MATERIAIS

O estudo utilizou-se de três instrumentos para o levantamento das informações: a entrevista semi - estruturada, análise documental e diário de campo das unidades de saúde pesquisadas.

Inicialmente realizou-se um estudo piloto na Unidade Divina Providência para o ajuste da entrevista semi – estruturada. As entrevistas nesta Unidade não foram utilizadas para a análise.

A entrevista semi – estruturada foi oral, gravada, realizada no mesmo local de trabalho em horário pré determinado e individual. Das narrativas das entrevistas emergiram os temas e categorias que foram analisados e discutidos neste trabalho.

A entrevista pode ser dita como uma conversa entre duas pessoas com propósitos específicos em mente. Na pesquisa semi-estruturada, o entrevistador faz indagações de temas

básicos em ordem pré-determinada, mas o informante tem grande liberdade nas respostas (MOREIRA, 2002).

Entretanto a entrevista semi-estruturada possui algumas limitações, pois a flexibilidade adquirida traduz-se por uma perda de uniformidade, que atinge agora tanto as perguntas quanto às respostas, mesmo que as entrevistas sejam feitas pela mesma pessoa; mas em compensação, sua flexibilidade possibilita um contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo assim a exploração em profundidade dos seus saberes. (LAVILLE, DIONNE, 1999a).

Foi realizada uma análise documental de textos e de documentos no sentido de auxiliar a situar a temática abordada: a saúde bucal do idoso, na esfera de um serviço de atenção primária.

Foram realizadas notas de campo das Unidades de saúde pesquisadas: elaboradas no momento do contato com os sujeitos ou situações, tendo-se o cuidado ao redigi-las. Esta pesquisa utilizou-se de um diário de campo, em que as situações ocorridas em determinado dia eram anotadas no mesmo período para que não houvesse perdas de detalhes.

4.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Num primeiro momento, procurou-se descrever o contexto onde se desenvolveu a pesquisa porque reflete as posições e afirmações dos participantes sobre o tema estudado: saúde bucal de idosos. Através da leitura de documentos, entrevistas e observações participantes, tentou-se descrever um recorte do contexto em que os participantes estivessem

inseridos, seus territórios culturais e demais fatores complexos e, de certa forma, do modo de organização dos profissionais das US. Esta proposta metodológica foi denominada de “cunho etnográfico” (SAPIRO, 2005).

Para análise das entrevistas dos profissionais, utilizada na descrição do contexto, foi empregada a Análise de Conteúdo, podendo ser do tipo quantitativa e qualitativa. Este método empreende

um estudo minucioso de seu conteúdo, das palavras e frases que o compõem, procurar-lhes o sentido, captá-lhes as intenções, comparar, avaliar, descartar o acessório, reconhecer o essencial e selecioná-lo em torno das idéias principais... (LAVILLE, DIONNE, 1999b)

A análise de conteúdo empregada foi a proposta por Sapiro (2005) e que se assemelha bastante com Bardin (1977):

Temos então:

- 1º Passo: A leitura de toda a descrição com a finalidade de apreender o sentido do todo – isso implica em um contato inicial com todo o material disponível, documentos, registros de observações, transcrições de entrevistas, etc. Leitura Flutuante
- 2º Passo: Procede-se a uma nova leitura para desta vez, marcar transições significativas

- 3º Passo: Emergem dos textos as unidades de significância que são classificadas em categorias.

Essas categorias, depois de definidas a partir de sua importância ou predominância, são passíveis de interpretação.à luz de teorias que respondam consistentemente às questões norteadoras do pesquisador e que emergem como metáforas daquele contexto.

As categorias, uma vez definidas e identificadas, são detalhadamente interpretadas, e o detalhamento muitas vezes dá conta de subcategorias. Algumas categorias da pesquisa foram pré-definidas pela pesquisadora como a categoria interdisciplinaridade e educação em saúde, por julgá-las importantes para o contexto estudado, sendo que muitas categorias emergiram dos relatos dos profissionais entrevistados.

- 4º Passo: A síntese das unidades, a construção e escrita dessa estrutura interpretativa que deve comunicar os achados do estudo de forma clara.

As categorias são de alguma forma mensuráveis (não implicando isso em quantificação e/ou análise estatística, mas não excluindo a possibilidade se houver interesse do pesquisador). Para Sapiro: “a técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos tem que ser reinventada a cada momento à luz das teorias pertinentes”

Optou-se por utilizar inicialmente, para análise dos dados, a descrição do contexto em que estes profissionais estão inseridos. Em seguida, analisaram-se as entrevistas dos profissionais a cerca do entendimento sobre saúde bucal dos idosos.

A pesquisa analisou as categorias de todos os profissionais de uma forma geral, sem comparar as diferentes percepções existentes entre as unidades de saúde com ou sem o atendimento odontológico. Esta análise será realizada futuramente.

Para a análise dos dados e preservar o anonimato dos entrevistados, as US foram codificadas por letras do alfabeto e os profissionais com as iniciais de suas categorias.

Os profissionais entrevistados foram codificados através das iniciais de suas categorias. Para os médicos contratados do serviço ficou as iniciais “Med”, para as enfermeiras a inicial “Enf” e para os residentes de medicina de família e comunidade as iniciais “R1” ou “R2” para distingui-los. Apenas na unidade “A” houve dois relatos de médicos, neste caso eles foram identificados como “Med1-A” e “Med2-A”.

- Médicos = Med
- Enfermeiras = Enf
- Residentes do 1º ano = R1
- Residentes do 2º ano = R2

As três Unidades de Saúde, que não ofereciam atendimento odontológico no local no período das entrevistas, foram codificadas com as letras: A; B e C. Enquanto as três unidades restantes receberam a seguinte codificação: D; E e F.

Unidades sem serviço odontológico {
A
B
C

Unidades com serviço odontológico { D
E
F

Citar-se-á um exemplo de identificação de um relato de entrevista:

(R1-D) *“Sobre idoso? Não, sobre idoso a gente tem bastante, bastante coisas assim na faculdade. Doenças dos idosos, agora vai ter um módulo de aula na residência só sobre saúde do idoso, agente não teve ainda, mas vai ter.”*

Este relato pertence a um residente do 1º ano da Residência em saúde de família e comunidade e que atuava na Unidade de Saúde “D” (onde ocorre atendimento odontológico).

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Antes de serem abordados e analisados os temas e categorias emergentes das entrevistas, será descrito, sucintamente, o perfil dos profissionais entrevistados quanto ao gênero, tempo de formação profissional e qual universidade cursou (pública ou privada).

Neste estudo, a categoria profissional enfermagem identificou-se pela presença maciça do sexo feminino, contratadas do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), com o tempo de graduação variando de 4 a 21 anos, sendo que metade delas cursou universidade privada.

Já os profissionais médicos contratados do SSC e entrevistados foram de ambos os sexos, com tempo de graduação variando de 18 a 24 anos e a grande maioria cursou universidade pública.

Os residentes de medicina de família e comunidade eram de ambos os sexos; a grande maioria cursou universidade pública, sendo que, para os residentes do primeiro ano, o tempo de formado foi de 6 meses a 3 anos, enquanto que os do segundo ano de residência possuíam de 1 a 5 anos de formados. A seguir passar-se-á a analisar os temas e categorias emergentes das entrevistas dos profissionais de saúde que estão expostos na tabela 1, 2, 3, 4, e 5 que serão descritos nas próximas páginas:

Tabela 1**Temas, categorias e subcategorias emergentes dos relatos das enfermeiras**

Temas	Categorias	Subcategorias
Conhecimentos e práticas em saúde	Vivências formadoras	
O Serviço de Saúde Comunitária (SSC)	Burocratização	
	Crítica ao modelo de atenção	
Interdisciplinaridade	Momento interdisciplinar	
	Ausência de interdisciplinaridade	Hierarquia Ausência de incorporação de uma linguagem comum
Práticas em Saúde Bucal	Práticas educativas em SB	
	Ausência de práticas em SB	
	Avaliação de SB	Demanda espontânea Função diagnóstica
Conhecimentos em SB	Conhecimentos clínicos	
	Senso comum em SB	Corpo clínico
Representação de Saúde Bucal do Idoso	Degeneração	
	Negligenciada	
Saúde Bucal	Existência	Sorriso
	Prevenção	Higiene Infância Cuidado
Educação em Saúde	Orientação pra saúde	Promoção de saúde
		Construção de conhecimento
		Mudança de comportamento
	Ausência	Infra estrutura em educação para saúde bucal

Tabela 2

Temas, categorias e subcategorias emergentes dos relatos dos médicos

Temas	Categorias	Subcategorias
Conhecimentos e práticas em saúde	Vivências formadoras	
	Conhecimentos clínicos	Rotinização do procedimento
O Serviço de Saúde Comunitária (SSC)	Crítica ao modelo de atenção	
	Dificuldade de acesso	
	Função formadora	Integração de áreas de conhecimento
		Campo de estágios
		Atualização de dados
Resolutividade	Produtividade Imediatismo	
Interdisciplinaridade	Momento interdisciplinar	
	Ausência de interdisciplinaridade	Hierarquia Ausência de incorporação de uma linguagem comum
Práticas em Saúde Bucal	Práticas educativas em SB	
	Ausência de práticas em SB	
	Avaliação de SB	Demanda espontânea Função diagnóstica
Conhecimentos em SB	Conhecimentos clínicos	
	Contexto sócio-econômico	
	Senso comum em SB	Paciente atendido Corpo clínico
Representação de Saúde Bucal do Idoso	Degeneração	
	Negligenciada	
Saúde Bucal	Ausência	Conformismo Sofrimento
		“É [do] dentista”
	Prevenção	Infância
Educação em Saúde	Orientação para saúde	Promoção de saúde
		Construção de conhecimento
		Mudança de comportamento
Ausência	Infra estrutura em educação para saúde bucal	

Tabela 3

Temas, categorias e subcategorias emergentes dos relatos dos R1

Temas	Categorias	Subcategorias
Conhecimentos e práticas em saúde	Vivências formadoras	
O Serviço de Saúde Comunitária (SSC)	Crítica ao modelo de atenção	
	Dificuldade de acesso	
	Função formadora	Integração de áreas de conhecimento Campo de estágios
Interdisciplinaridade	Momento interdisciplinar	
	Ausência de interdisciplinaridade	Hierarquia Ausência de incorporação de uma linguagem comum
Práticas em Saúde Bucal	Práticas educativas em SB	
	Ausência de práticas em SB	
	Avaliação de SB	Demanda espontânea Prevenção
Conhecimentos em SB	Conhecimentos clínicos	
	Senso comum em SB	Corpo clínico
Representação de Saúde Bucal do Idoso	Negligenciada	
	Prótese	
Saúde Bucal	Existência	“É [do] dentista”
	Prevenção	Infância
Educação em Saúde	Orientação para saúde	Promoção de saúde
		Construção de conhecimento
		Mudança de comportamento
	Ausência	Infra estrutura em educação para saúde bucal

Tabela 4

Temas, categorias e subcategorias emergentes dos relatos dos R2

Temas	Categorias	Subcategorias
Conhecimentos e práticas em saúde	Vivências formadoras	
O Serviço de Saúde Comunitária (SSC)	Crítica ao modelo de atenção	
	Função formadora	Integração de áreas de conhecimento Campo de estágios
Interdisciplinaridade	Momento interdisciplinar	
	Ausência de interdisciplinaridade	Hierarquia Ausência de incorporação de uma linguagem comum
Práticas em Saúde Bucal	Práticas educativas em SB	
	Avaliação de SB	Demanda espontânea
		Prevenção Função diagnóstica
Conhecimentos em SB	Conhecimentos clínicos	
	Contexto sócio-econômico	
	Senso comum em SB	Corpo clínico
Representação de Saúde Bucal do Idoso	Prevenção	
	Negligenciada	
Saúde Bucal	Existência	Funcionalidade
	Prevenção	Higiene Infância
Educação em Saúde	Orientação para saúde	Promoção de saúde
		Construção de conhecimento Mudança de comportamento
	Ausência	Infra estrutura em educação para saúde bucal

Tabela 5

Temas, categorias e subcategorias emergentes dos relatos de todos os profissionais entrevistados

Temas	Categorias	Subcategorias
1-Conhecimentos e práticas em saúde	1.1-Vivências formadoras	
	1.2-Conhecimentos clínicos	1.2.1 Rotinização do procedimento
2-O Serviço de Saúde Comunitária (SSC)	2.1-Burocratização	
	2.2-Crítica ao modelo de atenção	
	2.3-Dificuldade de acesso	
	2.4-Função formadora	2.4.1- Integração de áreas de conhecimento
		2.4.2-Campo de estágios
		2.4.3-Atualização de dados
2.5-Resolutividade	2.5.1-Produtividade	
	2.5.2-Imediatismo	
3-Interdisciplinaridade	3.1-Moment o interdisciplinar	
	3.2-Ausência de interdisciplinaridade	3.2.1-Hierarquia
		3.2.2-Ausência de incorporação de uma linguagem comum
4-Práticas em Saúde Bucal	4.1-Práticas educativas em SB	
	4.2-Ausência de práticas em SB	
	4.3-Avaliação de SB	4.3.1-Prevenção
		4.3.2-Demanda espontânea
4.3.3-Função diagnóstica		
5-Conhecimentos em SB	5.1-Conhecimentos clínicos	
	5.2-Contexto sócio-econômico	
	5.3-Senso comum em SB	5.3.1-Paciente atendido
5.3.2-Corpo clínico		
6-Representação de Saúde Bucal do Idoso	6.1-Degeneração	
	6.2-Prótese	
	6.3-Negligenciada	
	6.4-Prevenção	
	6.5-História de vida	
7- Saúde Bucal	7.1-Ausência	7.1.1-Conformismo
		7.1.2-Sofrimento
	7.2-Existência	7.2.1-“É [do] dentista”
		7.2.2- Sorriso
		7.2.3- Funcionalidade
	7.3-Prevenção	7.3.1-Infância
7.3.2-Higiene		
8-Educação em Saúde	8.1-Orientação pra saúde	8.1.1-Cuidado
		8.1.2-Promoção de saúde
		8.1.3-Construção de conhecimento
		8.1.4-Mudança de comportamento
	8.2-Ausência	8.2.1-Infra estrutura em educação para saúde bucal

1 Conhecimentos e práticas em saúde

Neste tema, agrupou-se a categoria referente às experiências formadoras do profissional ao longo da sua vida que fundamentam seus conhecimentos e práticas em saúde.

As práticas em saúde eram muitas vezes representadas, nos relatos, por uma padronização ou sistematização de ações, onde a cavidade bucal fazia parte da avaliação geral.

1.1 Vivências formadoras

Nos relatos das entrevistas dos profissionais, puderam-se constatar os aspectos positivos das experiências vividas como fator determinante na escolha da saúde pública como campo de trabalho:

Med-D “(. . .) surgiu uma proposta de trabalho na cidade de Araranguá em SC em postos de saúde do município e no ano que eu trabalhei eu convivi com dois ex residentes da medicina de família aqui de Porto Alegre. Nesse trabalho então eu me envolvi de maneira assim bem importante(. . .) aonde eu convivi especificamente com esse modelo de trabalho, de atenção primária foi no município de Araranguá com esses dois colegas que eram ex residentes da medicina do Conceição.”

Também se pôde observar a participação anterior dos profissionais em programas de saúde como um fator motivacional determinante:

Enf-A “(. . .) nesse serviço estou desde dezembro (. . .) eu optei porque eu já tinha uma experiência anterior de psf (. . .).”

Med1-A *“Quando eu comecei a participar desses projetos Rondon, atividades comunitárias em vilas, em lugares no interior eu comecei a ver que eu gostava daquilo né.”*

Outro ponto importante é o despertar para saúde pública no período da graduação:

Med-E *“(. . .) e no terceiro ano então a gente tinha uma cadeira que chamava medicina de comunidade e comecei a gostar da área (. . .) depois fui monitora e depois da monitoria fiz um sexto ano que foi em saúde comunitária, daí fiz residência e até hoje.”*

R2-A *“Desde que eu entrei na faculdade eu já comecei a me envolver com assuntos que tivessem relação com a saúde coletiva, ou com alguma coisa que fosse preocupação social mais intensa.”*

Med1-A *“Eu tive a experiência, de quando estudante, fazer estágio no Murialdo (. . .) onde na época tinha residência multiprofissional (. . .).”*

Outros relatos demonstram as novas vivências como agregador de conhecimentos entre áreas diversas:

Med-F *“(. . .) eu tou fazendo um curso de geriatria na ULBRA não passei nessa parte ainda [saúde bucal] mas a parte de fono e do fisiatra já coloca a coisa da saúde bucal do idoso. Então eu acho que já tem uma outra visão.”*

Os relatos demonstram também uma mudança de paradigma de alguns profissionais que optaram mudar as suas atividades, antes relacionadas ao setor hospitalar de nível mais complexo de atendimento, onde o paciente encontra-se mais debilitado e não é acompanhado no seu meio, para atuar na perspectiva da atenção primária, com a prevenção:

Enf-C *“(. . .) eu trabalho nesse hospital [Hospital Conceição] há quinze anos, né. Eu trabalhei durante oito anos, nove, dez na....com....na internação(. . .) Aí eu resolvi vir trabalhar na Saúde Comunitária e.....pra....porque eu vi, vejo uma perspectiva melhor de trabalho na minha área, eu acho que tu consegue fazer um trabalho de prevenção e tu consegue vê resultados imediatos Eu acho que cansei de trabalhar assim, com morte, com essas coisas mais debilitantes assim, das*

peças e resolvi trabalhar com outro caminho evitando que as peças fiquem doentes, pra não ter que tratar depois.”

E as vivências formadoras no serviço proporcionam o reconhecimento também da prática profissional que mais lhe convém:

R1-E “(. . .) eu não quero passar o resto da vida atendendo em posto de saúde sabe, eu quero....eu quero me especializar mais e eu quero uma coisa mais....assim, que vá além é outro nível de atenção é outra coisa, eu quero coisas mais graves, atender pacientes mais graves, poder ter um consultório particular, essas coisas que com comunitária...”

1.2 Conhecimentos clínicos

Esta outra categoria reuniu os relatos que trabalham a prática da saúde através de uma rotina de procedimentos sistematizados para auxiliar a busca diagnóstica e, na medida do possível, abranger todo o indivíduo.

1.2.1 Rotinização do procedimento

Em alguns relatos surge a presença da padronização ou rotina num exame clínico geral, onde a cavidade oral faz parte do processo de avaliação:

Med1-A “(. . .) quando vem consultar, vem consultar...a gente conversa, senta ali e eu rapidamente vou olhando tudo. Então eu faço....uma das coisas que tento fazer é isso: olhos, olhos, gânglios, abre a boca e eu sempre olho a boca e procuro ver se acho alguma coisa na boca.”

2R1-B “(. . .) Sempre que eu faço um exame de laringe, faringe, orofaringe, amígdala eu faço uma inspeção de dentes pra ver se não tem dentição séptica e aí eu encaminho pro dentista (. . .)”.

Med-F *“Dentro da consulta...tem algumas situações específicas, o paciente veio só trazer o exame, já consultou comigo veio só trazer os exames, eu não vou ver a cavidade bucal, mas normalmente os pacientes que vêm pra uma consulta de revisão clínica ou queixas gerais a gente vê. Assim como eu vejo a pressão eu vejo a orofaringe(. . .).”*

Já em outros relatos a cavidade oral não faz parte deste exame, sendo de certo modo esquecida:

Enf-B *“(. . .) nos exames físicos e tal que a gente lê os prontuários dificilmente tem a descrição da cavidade oral, não se faz a avaliação (. . .) se examina face e tal mas a cavidade oral não é explorada (. . .).”*

R1-E *“(. . .) quando o paciente abre a boca pra mim eu olho direto pras amígdalas...eu não assim, as vezes chama muita atenção os dentes né, mas não é uma coisa que eu fique prestando muito atenção né, a não ser quando é uma coisa que chame mais ainda a atenção....não, não fico tentando olhar muito se tem alguma lesão em alguma outra, outra parte, que não, que não dá mesmo (risos) ou do que eu queira ver né. É bem direto assim....”*

2 O Serviço de Saúde Comunitária

Este tema agrupou em algumas categorias os relatos que emergiram dando algumas características deste serviço na visão dos profissionais.

2.1 Burocratização

Esta categoria revelou um processo de burocratização do serviço em que muitos profissionais, além de realizarem suas competências técnicas, atuam em atividades administrativas extensas. Em algumas equipes estes profissionais são os únicos representantes da categoria, sendo sobrecarregados e, muitas vezes, dificultando o atendimento da comunidade:

Enf-A “(. . .) eu tenho dias que eu faço atendimento (. . .), num outro dia eu participo da reunião da secretaria da saúde, toda Quarta-feira e nos outros dias eu reviso programas, é que a gente tem muito, muito papel, envolve serviço muito burocrático.”

Med1-A “Tem alguns fóruns de residência multiprofissional, tem a comissão de residência médica do hospital que envolve [inúmeras] residências que tem no hospital, então eu tenho que tá representando o hospital.”

Enf-B “A parte administrativa também, que é as questões de organização tanto de enfermagem como às vezes orientação do próprio setor lá na frente (. . .) são muitas reuniões que a gente participa tanto do colegiado, da coordenação do SSC, da gerência distrital de saúde, as reuniões à noite também da comunitária, que são as comunidades das duas unidades de saúde, as reuniões de enfermagem, seminários, participação dos cursos (. . .).”

2.2 Crítica Ao Modelo de Atenção

Os relatos deixam fluir um descontentamento com algumas formas da organização do serviço:

Med-C “(. . .).Eu sou funcionária e sou médica desse serviço e tenho um padrão de funcionamento né. Se tu ficares aqui tu vê assim oh, que a gente não consegue nem sair no corredor de tanta gente pra atender todinhos os dias. Eu estou há vinte anos trabalhando aqui e sempre foi assim, só piora. Sempre foi assim, né! Então, assim, oh! Isso aí é apagar fogo, é tratar sintoma, é tratar doença(. . .).”

Med2-A “[Visitas de outros profissionais ou participação em seminários com esses profissionais] (...) nem todas as equipes são completas (...), mas as equipes que tão desprovidas simplesmente ficam desprovidas, a gente tem que meio que implorar né, um pedido (...), fazer uma comunicação direta [com o profissional desejado] e esperar que esse profissional tenha a boa vontade de nos acolher. Essa é a nossa realidade como equipe”

R1-C “Pois é, é que essa central de consultas aí tu sabe que demora mais ou menos um ano, dois anos né, dependendo daentão assim, eu procuro orientar as pessoas que de repente procurem um dentista mesmo, porque esperar dois anos às vezes com o dente cariadonão tem porquê né, tu vai chegar lá sem nada pra tu fazer, então, se tu for pensar em termos de prevenção não primária aí nesse caso, secundária, minimizar os danos talvez com dois anos eu acho difícil né (. . .).”

A crítica para ausência de profissionais da área odontológica no atendimento local pelas US sem este serviço é bem evidente:

Enf- C *“De não Ter o pessoal aqui? [os dentistas] Isso é muito ruim, porque isso é uma.....eu acho que a gente poderia participar também do...eles poderiam vir participar né,....eu acho também que a culpa não é deles, a culpa é do sistema onde a gente tá inserido né, que não tem espaço físico, não tem como colocar né e não tem o profissional determinado e destinado só [pra] esse atendimento do pessoal dessa região(. . .).”*

R2-B *“(. . .) Faltam profissionais em todas as áreas (. . .) aqui falta bastante dentista, pelo menos que fosse pra vir assim, como acontece vir por turnos, períodos, alguma coisa assim (. . .).”*

Med-B *“(. . .) tá certo que a emergência do Conceição até faz essas extrações de emergência, mas às vezes se o paciente pode fazer perto, o quê que é às vezes andar de ônibus 15 quilômetros com o canal latejando, só quem fez um canal sabe o que é a dor desgraçada que é.”*

Enf-B *“Eu acho que a falta deste profissional [o dentista], a gente não tem referência pra nossos pacientes, então assim, já teve bastante questionamento porque na realidade tu trata o paciente no todo e na realidade tu esquece uma parte (. . .) tem que tratar o paciente, ver seu todo em todos os aspectos e tal, mas quando a gente se depara com problemas da parte de saúde bucal a gente fica perdida (. . .).”*

Alguns relatos demonstram a falta de informação sobre alguns serviços prestados :

Med1-A *“Aqui não tem como encaminhar (. . .) Então de três meses pra cá eu não sei mais realmente pra onde eu vou mandar. Tou te falando, não tou exagerando, eu tou falando o que é na verdade. Que antes eu ainda trocava informações.”*

Houve críticas ao programa de residência em saúde da família e comunidade como relatado por alguns residentes:

R2-A “(. . .) a gente não consegue manter continuidade [de algumas atividades] por exemplo: em atividades de grupo isso é uma pena, a gente faz bastante no R1, não faz muito no R2.”

R2-F “(. . .) no segundo ano a residência muda um pouco porque a gente fica mais no hospital, nossos estágios são fora do posto, a gente vem bem menos na unidade, e assim, nosso trabalho no segundo ano se restringe mais a atendimento ambulatorial. Esse trabalho assim de grupo, de visitas, que na verdade que é base da saúde da família a gente no segundo ano deixa um pouco de lado porque nosso estágio é voltado às especialidades no hospital. E no posto assim, é atendimento ambulatorial.”

R2-A “Hoje no meio do R2 eu sinto , eu vejo como uma falha da minha formação na residência vai ser ter vindo pra uma unidade que só tinha uma enfermeira quando a gente chegou e auxiliar de enfermagem e administrativo. Quer dizer, a gente não tinha outros profissionais (. . .) mas hoje eu sinto muita falta disso, muita falta”

Para as US, com o serviço odontológico, existe a crítica ao número reduzido de profissionais dessa área, refletindo para que a prevenção não seja priorizada e ocorra uma seleção da população a ser atendida:

Med-F “É uma população bem grande com um profissional só, não temos THD né, que ajudaria não tem, então eu acho que....apesar...e por muitos anos nós não tivemos odonto . Isso é uma aquisição relativamente recente pra nós aqui. Então...e mesmo assim nós só temos um turno com um profissional. Então a prevenção aí fica complicado né, tu só faz o tratamento do incêndio, mas em todo o caso...é isso aí.”

Med-E “Nós não temos fluxo pro paciente idoso né [para o serviço odontológico]. Nós não temos fluxo pro paciente idoso também porque nós não temos primeiro, porque nós temos um número reduzido de profissionais, então você vai acabar priorizando as pessoas que têm formas de preservar os seus dentes e aí o cuidado com a sua boca, do que aqueles que já os perderam né? Mas se tem alguma lesão, alguma coisa, a gente sempre encaminha.”

Mas a crítica a atuação do profissional da odontologia faz-se presente, quando o vinculam a atividades ambulatoriais, agregado a um equipamento, mais tecnicista:

Med-D “[Se existe protocolo de atenção em saúde bucal] *Do programa de atendimento médico sim, mas programa de atendimento odontológico não. A participação assim é eventual, um dos argumentos é equipamento, que é impossível deslocar pra o domicílio, algumas intervenções que podem só ser feitas em ambiente daí de posto, com equipamento disponível, certo, mas eu sei que tem várias atividades que poderiam ser orientadas nesse domicílio desses pacientes acamados. Aí é uma questão denegociar muitas vezes com os profissionais pra se achar um tempo, um horário de conciliação dos dois pra ser feita as avaliações a domicílio(. . .).*”

2.3 Dificuldade de acesso

Essa categoria reuniu a dificuldade de acesso ao serviço odontológico nas várias US. Nas unidades sem este serviço no local, a ausência de referência é fato bastante citado para a dificuldade de acesso ao serviço odontológico:

Enf-B “(. . .) *mas é uma deficiência muito grande que a gente tem e a gente percebe sim, a gente não tem muito o que fazer, a gente não tem referência, não temos uma referência.*”

R1-A “(. . .) *tu tem essa dificuldade na rede assim sabe, de encaminhar. Então claro que tu, pra mim se eu quanto menos eu achar melhor na verdade, é triste assim mas é a verdade, é bem complicado [por] não ter acesso facilitado.*”

R2-C “(. . .) *problema de cárie já aconteceu, acontece, não tão freqüentemente talvez pelos próprios pacientes saberem que existe uma dificuldade nossa aqui da unidade de referenciar paciente pra dentista, ou talvez as queixas não sejam, não representem a freqüência que existe na nossa população.*”

Nas US com o serviço odontológico a dificuldade de acesso também está presente. Aqui alguns relatos demonstram a dificuldade pela quais alguns idosos, principalmente os acamados, sofrem:

Med-E “(. ..) *o acesso ao serviço de saúde dentário é mais difícil do que o acesso ao médico, é muito frequente a gente atender pessoas com dor de dente, com infecção, com “não sei o que” e tal ,né?”*

Enf-F “(. . .) Então assim a gente vê que eles [os idosos] também tão muito ...até a orientação do familiar de como escovar, de fazer limpeza, às vezes vai ficando sabe, de tirar a prótese, se tem prótese limpar, trocar e essas coisas assim a gente fazia, que são poucas às vezes meio deficitários assim, vamos falar assim. E daí já tem dificuldade quando é idoso e tá caminha, e ainda vem no posto, às vezes não busca muito isso né. Em casa, então acamado pior ainda.”

Med-D “(. . .) mas confesso que o atendimento do idoso ele é basicamente pro paciente que tem disponibilidade de vir a unidade, o acamado excepcionalmente a gente consegue avaliação, algumas vezes se faz por exemplo internação hospitalar pra intervenção odontológica(. . .).”

2.4 Função formadora

Esta categoria agrupou os relatos onde o serviço apresenta-se como uma importante função formadora para o profissional.

2.4.1 Integração de áreas de conhecimento

O serviço proporciona trocas de conhecimentos entre áreas diversas, estimulando o trabalho interdisciplinar:

Med2-A “(. . .) antes eu era de outra unidade (. . .) e eu acho que eu modifiquei muito o meu pensamento porque fui bastante influenciada também por elas [dentistas que trabalhavam na outra unidade], então muito do que eu agora acredito e até tenho de conhecimento se deve a esse contato com esse profissional que eu não tinha, que eu desconhecia, que eu não tive contato na faculdade e que fui Ter depois quando eu fui fazer residência e fiquei contratada no serviço. (. . .) Antes é como se fosse vazia a caixa e agora tem alguma coisa que eu já posso avaliar em decorrência desse contato que eu tive com essas.....”

Med-D “(. . .) no período da residência quanto depois como profissional contratado, inúmeros encontros de discussão em equipe onde se discutia também a parte da odontologia, das intervenções, cuidados que se devem ser tomados.”

2.4.2 Campo de estágios

Algo freqüente nas entrevistas é a referência do SSC como campo de estágios para graduandos e a sua importância no aprendizado:

Med1-A *“Botaram um residente, depois veio dois residentes e dois doutorandos, são onze pessoas aprendendo.”*

Na mesma linha, o SSC como campo de estágios assume papel importante no reconhecimento da vocação profissional para a atenção primária:

R1-B *“Foi depois que eu fiz o doutorando [último ano da graduação em medicina, que eles denominam doutorando] em medicina em saúde comunitária (. . .) que eu comecei a gostar, até então eu nem conhecia a residência, nem conhecia a especialidade, não tinha idéia e aí que depois que eu fiz o estágio de doutorando eu achei interessante isso, atenção primária, nunca nem tinha visto na faculdade.”*

Ou ainda, uma manifestação contrária:

R1-E *“(. . .) eu não quero passar o resto da vida atendendo em posto de saúde sabe, eu quero....eu quero me especializar mais e eu quero uma coisa mais....assim, que vá além é outro nível de atenção é outra coisa, eu quero coisas mais graves, atender pacientes mais graves, poder Ter um consultório particular, essas coisas que com comunitária...”*

2.4.3 Atualização de dados

Através das entrevistas realizadas com os profissionais contratados do serviço, a presença de residentes e estagiários é uma fonte de atualização de dados, um caminho de via dupla...:

Med-D “(. . .) *Eu acho que a residência particularmente pra mim é de fundamental importância pro meu aprendizado, pra minha evolução, pra minha atualização porque a gente tem os estagiários que são os doutorandos que tão se formando e vêm com informações novas da faculdade e a gente tem, a maioria dos residentes são recém saídos da graduação e toda essa inovação que nós médicos de família não conseguimos acompanhar a gente recebe assim, de uma certa maneira de mão beijada por esses alunos(. . .).”*

...ao mesmo tempo em que estimula a formação dos laços de amizade e do convívio em grupo:

Med-B “*Um dos pontos que eu mais gosto de fazer é a parte de preceptoria, que é a troca, eu não digo que eu dou, eu digo que eu troco com eles, os guris, porque eles dão mais e a gente aprende sabe, eles me dão, eu posso dar alguma coisa da minha vivência de médica, eu posso dar experiência, às vezes eles me dão até atualização, coisas mais atualizadas, mas eles me dão juventude, eles me dão risada, me dão vida, me dão amizade (. . .).”*

2.5 Resolutividade

A resolutividade no atendimento é uma das diretrizes do SSC que está presente nos relatos das entrevistas através da freqüente preocupação com a produtividade e a imediata solução dos problemas de saúde.

2.5.1 Produtividade

Ao falar sobre os atendimentos prestados aos pacientes os profissionais vêem-se como mero “gerador de produtividade”:

Med-B “(. . .) *repensar porque o rico, abrangente, poderoso papel do médico fica reduzido a mero gerador de produtividade, como se pudéssemos considerar gente igual ao produto sem as ações educativas em saúde sejam sequer levantadas.”*

Med1-A “(. . .) *Eu tive muito tempo sozinho aqui e era só eu de manhã, aí eu atendia trinta, trinta e seis pessoas. Eu fiz uma média anual de trinta e dois atendimentos (. . .) eu tava sozinho né, ia tocando.*”

2.5.2 Imediatismo

Nesta subcategoria, a resolutividade é entendida como a solução de problemas de forma imediata, com o tratamento pronto e materializando o seu papel profissional:

Med1-A “*O paciente no hospital, eu entrava no estágio o cara tava lá baixado (...) eu saía do estágio, o cara continuava baixado. (. . .) enquanto que no posto eu como quintoanista, sextoanista muitas vezes ficava sozinho, vinha vinte pessoas, vinha mulheres, crianças e todo mundo eu resolvia, todo mundo ia embora pra casa.*”

Existe também uma valorização do cirurgião dentista por esta característica como relata o profissional:

Med-B “(. . .) *acho que aí que tá a diferença, é um profissional altamente resolutivo entende [o dentista], tu chegou com um problema, o problema na maioria das vezes é resolvido ali, o máximo que possa pedir é um Rx, essa é a minha impressão, posso tá equivocada (. . .).*”

3 Interdisciplinaridade

A pesquisadora no início do estudo propôs investigar este tema e alguns exemplos ou momentos interdisciplinares dos relatos das entrevistas como também a ausência destes. Mas como foi relatado por uma profissional de uma unidade, com carência em diferentes áreas profissionais a interdisciplinariedade fica prejudicada:

Med2-A “(. . .) *pode ser um dos maiores problemas de uma equipe de saúde a questão da comunicação (. . .) não contamos com especialidade médica, com*

outras categorias profissionais, então fica muito difícil falar sobre interdisciplinariedade, mas em termos de comunicação eu acredito que seja boa.”

3.1 Momento interdisciplinar

Esta categoria recebeu esta denominação de momento interdisciplinar porque a autora observou que a busca pela interdisciplinaridade é um exercício constante das unidades de saúde, mas que muitas vezes leva certo tempo para ser assimilado, e que os resultados vão sendo demonstrados aos poucos em algumas práticas e representados aqui como momentos interdisciplinares:

Med-E *“(. . .) eu acho que fazendo no dia a dia mesmo, tentando construir essa relação de equipe, uma relação de igualdade né, que também é difícil você construir relações onde ninguém mande em ninguém e sim seja colaborativo e eu acho que a interdisciplinariedade tá ligada a isso né, a possibilidade de exercer essa colaboração né, e...não é fácil também, acho que é bem difícil.”*

Foi observado, através dos relatos e também da observação participante, que as reuniões semanais nas US, normalmente duas, eram um dos pontos-chave para os trabalhos interdisciplinares, onde todos participam e discutem, além de trabalhos, burocráticos a situação da comunidade como ver-se-á nos seguintes relatos::

Med2-A *“Todas as quartas-feiras tem uma reunião de serviço que a gente (. . .) faz as referências em relação ao trabalho, as dificuldades, os problemas, comunica as situações centrais que estão acontecendo, discute a nossa atuação na comunidade, planeja o nosso atendimento, trata de situações burocráticas também e isso em equipe.”*

R1-C *“Bom, a gente tem as reuniões, tem reuniões, duas reuniões semanais uma na Segunda e outra na Quarta feira, que tratam dos programas e dos problemas do serviço(. . .) então daí a gente tem uma interação maior com todos os profissionais porque os programas são gerenciados e são distribuídas as tarefas entre todos, e nas quartas feiras daí são assuntos mais gerais que aí a gente discute até mesmo o funcionamento, às vezes um paciente que tá necessitando de atendimento multifuncional então.....então tem certa troca.”*

Na busca por solução para problemas dos pacientes, fica evidente a presença das trocas e interações entre os profissionais, demonstrando o exercício da interdisciplinariedade:

Enf-D *“Eu acho que há isso sim, que há uma troca né, em relação, com relação a enfermagem com a área médica por exemplo, é uma coisa constante assim, agora a pouco por exemplo, teve uma situação onde uma moça que veio com a pressão alta e tal, a enfermeira procurou não fui eu que atendi foi a Florinda, procurou a médica, dividiram o coisa, tomaram uma decisão (. . .) Já teve situações em que a gente chamou a psicologia e ajudou bastante naquela situação, serviço social também. Há essa interligação bem produtiva(. . .).”*

R2-D *“(. . .)a gente troca, troca experiências por exemplo, eu tenho um paciente que é depressivo, uma criança que sofreu algum trauma na infância, os pais separados, eu tenho toda liberdade de chegar pro meu colega psicólogo e discutir isso aí, eu tenho paciente com suspeita de nevralgia do trigêmio eu chego pro dentista, ou abscesso dentário, então é interessante isso aí (. . .).”*

A implantação do 1º programa de residência integrada em saúde do serviço naquele ano é bastante citada, principalmente pelos residentes de medicina, como uma fonte maior de interação:

R1-D *“(. . .) aqui agora a gente tem a residência também multidisciplinar. Pra nós é bom porque a gente pode fazer bastante troca, às vezes tu tá com um paciente na sala, tipo hoje me aconteceu isso também, veio um nenenzinho com cisto periodôntico na gengiva, eu nunca tinha visto aí chamei o residente da odonto, ele já foi lá olhar, já veio a dentista olhar então a gente pode se trocar bastante, acho que é bom pelos dois lados pra nós tá sendo bom assim(. . .) com a residência eu acho que aumentou mais a participação, antes eu acho que talvez, talvez o pessoal ficasse mais na sala, né, que tem os equipos e tal, não tivessem tanto....mas sempre participaram das reuniões (....).”*

A pesquisadora procurou conhecer como os entrevistados percebiam a participação da odontologia neste contexto interdisciplinar das unidades de saúde que possuíam este serviço e observou a participação em trabalhos fora das unidades, demonstrando uma flexibilidade na atenção ao usuário:

Med-E “*Mas a gente tem, por exemplo, vários dos nossos pacientes acamados são visitados pelo dentista, porque a gente vê que bom não tá, ou a técnica de higiene dental e vai lá ensinar a família como fazer uma limpeza adequada nos dentes e tal.*”

A técnica de higiene dental está presente como uma ponte para educação em saúde bucal tanto do usuário, como foi visto anteriormente, como para os demais profissionais:

R1-E “*(. . .) a técnica deles e ela me ensinou como era o cuidado com a saúde bucal dos bebês, que...como é que era, como é que era a escovação, o que, o quê que não se deveria usar, a pasta de dente, isso foi ela que me ensinou.*”

Mas o que mais se observa dos relatos é uma participação mais pontual da equipe odontológica em trabalhos de grupos, geralmente quando convidados:

Enf-F “*(. . .) quando eu tinha o grupo de gestante a gente convidou né, a saúde bucal pra participar, ela veio deu a palestra ou a orientação pras gestantes, já marcou algumas, foi bem, bem interessante assim, foi muito bom(. . .).*”

R2-F “*A gente teve o ano passado, a gente teve um seminário no início do ano passado com a outra dentista e foi muito legal assim, tá uma coisa legal, porque participou toda a equipe, desde faxineiro, auxiliar, enfermeira, médicos todos participaram e ela fez um seminário sobre saúde bucal, foi bem interessante assim e foi uma vez só no ano passado que a gente teve.*”

Mas existe uma cobrança por uma participação e interação maior com o restante da equipe e os programas:

Enf-E “*(. . .) Inclusive tem trabalhos feitos nos colégios também que a saúde bucal trabalha junto e a equipe toda né. Eu acho que é boa a interação, mas poderia ser melhor ao meu ponto de ver, podia ser mais, ter uma interação maior.*”

Enf-F “*(. . .) Esse paciente que eu avaliei,[paciente acamado] ele era um paciente assim que tava mesmo (. . .) com tártaro, ele tava com monte de coisa na boca,*

daí eu pedi pra “Atenas” [a dentista] ir lá dá uma olhada nele, (. . .). Daí na verdade ela foi mas não conseguiu entrar porque o cuidador dele não tava em casa, ele tava sozinho em casa e daí não tinha como abrir porta, nada e a Atenas acabou voltando, não foi mais visitar ele.”

3.2 Ausência de interdisciplinaridade

Através das entrevistas, esta categoria emergiu muito claramente em todas as US, seja na demonstração de hierarquia das relações entre os profissionais como na ausência de mecanismos que favoreçam a formação de uma linguagem e conhecimentos compartilhados por toda a equipe.

Há uma crítica em relação à formação do profissional cada vez mais fragmentada, entrando em conflito com a construção interdisciplinar desejada pelo serviço:

R2-C *“(. . .) Porque eu acho quetem é.....tenta tratar o profissional de saúde como um indivíduo com uma formação única né. Na verdade não é o que ocorre....não é o que as faculdades estão preparando. Então, às vezes, é tu querer exigir muito de uma pessoa, ou, não necessariamente muito, mas uma coisa diferente daquilo pra que ela tá preparada pra enfrentar.”*

Med-E *“(. . .) Acho que é difícil, acho que não é fácil a gente trabalhar de uma forma interdisciplinar porque a gente tem uma idéia muito construída, muito fragmentada do conhecimento né (. . .).”*

3.2.1 Hierarquia

No relato de alguns profissionais ficam visíveis os conflitos de hierarquia entre as categorias profissionais:

R1-E *“(. . .) Acho que uns querem se meter demais nas coisas dos outros, assim, que tem terapeuta ocupacional também ...acha que assim que às vezes eles querem...querem....se metem muito na profissão que não é deles. Querem, dar*

muito, muito...- eu vou dizer assim -....que querem crescer muito pra cima do médico no sentido de fa...de...eu acho um absurdo uma enfermeira fazer um pré-natal, eu acho um absurdo enfermeira tratar DST, isso eu já digo pra elas mesmo né, e acho assim, tão querendo entrar na profissão que não é delas (. . .).”

Med-B *“(. . .) chega um paciente, ele é passado pra auxiliar, se a auxiliar tem alguma dúvida é passado pra enfermeira, se tem alguma dúvida passa pro médico, há uma certa hierarquia (. . .) mas há um certo ponto e aí eu acho que é nevrálgico em relação ao ato médico.”*

Emergiram, também nos relatos, os conflitos entre as fronteiras de trabalho, contrariando a busca pela interdisciplinariedade:

R1-B *“(. . .) Tá havendo muita briga hoje em dia, isso também tá causando muita briga, a famosa questão do Ato Médico (. . .) porque tem muita gente, tem muitos profissionais que também tão invadindo o espaço que não têm capacidade para fazer (. . .) por outro lado é interessante porque antes ficava só o médico fazia tudo né, e agora não a gente tá tendo auxílio, as pessoas estão se capacitando para auxiliar um pouco mais (. . .) porque só o médico fica puxado né, só pro médico. “*

Med-B *“Os médicos não querem que avancem num território que já era deles como prescrever se não tem formação pra prescrever metronidazol, não sabe que remédio é esse, que bomba que vai dar e vai prescrever ou vai fazer diagnóstico. Diagnóstico e prescrição é atributo de médico não é de outro profissional, diferente de vocês, vocês já têm a legislação de vocês a odonto, tou me referindo a enfermagem, o fonoaudiólogo, essas vieram muito depois (. . .).”*

Ao mesmo tempo alguns profissionais criticam o excesso de “poder” de decisão a uma categoria somente, exemplificado no relato seguinte:

Enf-C *“(. . .) Eu acho que assim, eu acho que essa coisa do pleno poderio é que fica um poucoperdido assim, eles [os médicos] estão perdidos naquela imagem de Deus assim, Todo Poderoso né. Eu acho que isso é muito perigoso, né? Pra todo mundo, inclusive pro paciente que sai perdendo com isso!”*

Med-E *“Acho que especialmente o médico que tem uma formação muito voltada pro seu próprio umbigo, no sentido que o seu saber é um saber superior em relação aos outros saberes né. Ele é o que comanda, ele é que é o dono do paciente, o chefe da equipe né, então toda essa formação é uma formação muito difícil pra tu trabalhar com interdisciplinariedade, é muito difícil tu quebrar esses paradigmas.”*

Porém através de outros relatos identifica-se que o contrário é verdadeiro, havendo o estímulo à descentralização de poderes:

Med2-A “(. . .) o trabalho acaba ficando centrado na figura do médico, o que não é positivo pra uma equipe de saúde. Agora recém a gente tá conseguindo descentralizar um pouco [pois] chegaram duas enfermeiras e elas tão (. . .) ocupando seu espaço que deve, que é merecido.”

3.2.2 Ausência de uma linguagem comum

Destaca-se, a partir das entrevistas com os profissionais, a ausência de espaços ou momentos em que o conhecimento seja compartilhado numa mesma linguagem para todos os profissionais, a carência de várias categorias profissionais que ampliem os debates e que, de certa forma, ampliem o conhecimento entre si e também a dificuldade de inserção da odontologia com a equipe.

A restrição de determinados conhecimentos por algumas categorias profissionais ainda é observada nos relatos:

Enf-B “Olha eu acho que aqui a gente consegue conversar bastante, discutir bastante entre os profissionais; mas, às vezes a gente percebe uma certa restrição, não vou dizer que trabalhem com uma totalidade até porque tem umas questões bem específicas em que, às vezes, né! Se posiciona: Ah, é estritamente médico. Ainda tem, ainda existe aqui essa questão, não dá pra si dizer de todos, é uma minoria, mas a gente ainda percebe isso (. . .).”

A ausência de seminários onde todos possam participar e contribuir com os seus conhecimentos é bastante relatado, expressando um vestígio de uma postura ainda centrada na fragmentação do saber e não da complementação das diversas áreas:

R1-D “*Nos seminários específicos não. Tem seminário Terça e Quinta geralmente daí, porque eles têm os seminários deles da odonto, da psicologia, do serviço social, tem os seminários deles, aí cada um tem o do seu serviço. O que a gente tem junto são as aulas, as outras atividades a gente faz todas juntos, os grupos a gente participa junto né, os seminários especificamente não.*”

R2-A “*(. . .) Então acaba que esses seminários, digamos assim, específicos, acaba sendo o único momento, um dos poucos momentos que a gente trabalha coisas realmente clínicas na residência, é o espaço teórico mais bem definido pra coisas clínicas né e médicas mesmo nesse sentido, então acaba que eles [os demais profissionais] não participam.*”

Quando ocorrem são informais e pontuais, onde a odontologia não é lembrada:

R1-F “*(. . .) a equipe é multidisciplinar, mas, assim... as trocas são feitas, quando são feitas, na maioria das vezes elas são feitas de forma até assim informal, não tem, assim... um espaço prá se fazer uma discussão de caso, assim..., digamos: se elessem alguns casos mais complexos e pusessem eles em discussão juntos, né... a enfermagem, medicina, o serviço social. Isso não existe. (. . .).*”

Por outro lado, ocorre a falta de interesse de alguns grupos por determinados assuntos abordados, por tornarem-se cada vez mais específicos, como é demonstrado na seguinte fala:

Med-D “*Dos demais profissionais, eu acho que com a residência integrada a gente acredita que isso se torne um pouquinho mais fácil [a interdisciplinariedade], mas ainda tá um pouco devagar isso, porque tem assuntos que são do interesse geral, que normalmente são ministrados em aulas e alguns assuntos que a gente pode, né..., dividir dentro da unidade. Mas na maioria das vezes são coisas específicas que perde interesse pra algum, pra outro(. . .)*”

A pouca diversidade de profissionais em algumas unidades de saúde é também lembrada como fator limitador no trabalho interdisciplinar:

R2-A “*Hoje no meio do R2 eu sinto , eu vejo como uma falha da minha formação na residência vai ser ter vindo pra uma unidade que só tinha uma enfermeira quando a gente chegou e auxiliar de enfermagem e administrativo. Quer dizer, a*

gente não tinha outros profissionais (. . .) mas hoje eu sinto muita falta disso, muita falta.”

R1-B *“É..., se tivesse outros profissionais eu acho que seria mais integrado (. . .) mas não tem, tem só médico, tem uma enfermeira e não tenho muita, não tem muita troca assim, até acho que deveria ter mais”.*

Nas unidades, a odontologia é vista com certo distanciamento da equipe, como demonstram os relatos :

Med1-A *“Parece que odonto é uma outra coisa.”*

R1-F *“(. . .) há uma distância muito grande da dentista e do restante da equipe. Nos outros postos o dentista tá nas reuniões de equipe, toma parte até em comissões relativas a reivindicações do serviço. Aqui isso não acontece, não sei ti dizer porque. Não sei se ela tem um contrato diferente. Na verdade não, não; Não há discussão sobre esse tema aqui, nunca houve.”*

Este distanciamento é revelado até pela organização arquitetônica da unidade de saúde:

Med-E *“(. . .) eu acho que a gente consegue muito pouco uma relação mais conjunta com a odonto, né, tanto que a odonto até na própria organização arquitetônica do posto ela tá fora, né! (. . .) é muito distante fisicamente e é muito distante também nesse processo de integração, né!”*

Alguns relatos demonstram a falta de comunicação do serviço odontológico:

Med-F *“(. . .) Dentro da própria coisa da odonto, do serviço eu sei que tem uma preocupação geral assim com gestante, idoso e criança, mas eu não sei se tem alguma coisa escrita. Assim, a gente não tem acesso a isso, não é muito circulado nesse sentido, assim, não.”*

Como também da ausência de participação mais ativa do serviço de odontologia, não só como falta de interesse pessoal mas também da própria equipe:

R2-F “(. . .) aqui na unidade não tem muita troca de conhecimento entre os profissionais, só que dentre esses profissionais, acho que a que menos está trocando conhecimento com a gente é a dentista, entendeu(. . .).Eu acho assim, que não, por falta de interesse, falta de interesse pessoal mesmo. Interesse não só pessoal da dentista, mas interesse, interesse da equipe pra que isso aconteça ou quem sabe até assim, não ter a noção da importância que isso tem, tu entendeu?”

Enf-C “(. . .) Se eu não me engano são dois dentistas que tem agendas conosco aqui, só que eles não atendem só a esta unidade, eles atendem também uma demanda lá embaixo da odonto (. . .) [o serviço de odontologia] É um.....apóstrofo da unidade, é uma coisa lá embaixo, entende (. . .) Troca inclusive de conhecimento e até discussão do caso, passar o paciente pra eles e tal, isso não acontece. Pelo menos comigo nunca aconteceu.”

4 Práticas em Saúde Bucal

Um outro aspecto relatado pelos entrevistados e reunido aqui, originando este tema, foi a realização ou não de algumas práticas em saúde bucal, seja educativa ou a avaliação da cavidade oral através de um exame clínico.

4.1 Práticas educativas em saúde bucal

A maioria das práticas educativa, em saúde bucal, encontrada nos relatos é direcionada ao público infantil:

Med-B “Eu acho que não tem, eu nunca fiz orientação pra idoso.”

R1-C “(. . .) eu...já faz uns vinte anos que eu luto contra chupeta, então eu sempre procuro orientar aos familiares que a chupeta ela traz uma deformidade na cavidade, principalmente numa fase de crescimento onde toda a arcada óssea é muito suscetível, então procuro sempre orientar, procuro orientar a escovação, procuro orientar essas coisas bem básicas.”

Med-E “(. . .) quando é criança, tá fazendo puericultura é importante orientar, eu sempre tenho esse cuidado de orientar, desde que nascem os dentes a fazer a limpeza, orientar os pais, não sei o que e tal..”

Enf-B “(. . .) eu até fiz grupos com crianças, com as mães, a parte até da saúde bucal fui no caso o dentista, peguei o material, orientei mas nunca é como o profissional (. . .).”

Algumas práticas educativas são vistas para adultos e idosos, principalmente aqueles que fazem uso de diversos medicamentos, tentando-se aliviar e evitar maiores danos inclusive os bucais:

R1-D “Geralmente eu oriento a tomar mais líquido né [pra aliviar a sensação de boca seca], tentar tomar mais líquido, tem uma medicação que se usa de spray que é “Salivan” que é tipo uma saliva artificial, mas aqui eles não têm condições de comprar. Geralmente eu oriento a tomar mais líquido , tentar escovar os dentes mais seguido, tentar se alimentar mais freqüente, tentar não comer tanta coisa com açúcar né, geralmente isso assim.”

Med-E“(. . .) eu tenho um trabalho com um grupo de diabéticos, não aqui, no outro emprego que eu trabalho e a gente traz com freqüência o dentista pra conversar, pra discutir a escovação, a importância do cuidado da higiene bucal em função do próprio diabetes né, porque é causa e conseqüência de várias lesões né. “

R1-C “(. . .) o paciente tem aquela mania assim, de tirar uma prótese total e colocar naquele famoso copinho e água, eu procuro orientar os pacientes que não usem água, a água não tem benefício nenhum, se quer usar alguma coisa compra um desses antissépticos bucais (. . .).”

Ainda em relação a práticas educativas, um entrevistado construiu um protocolo de atenção ao idoso, o qual incluía a parte de saúde bucal:

Med-C “Eu fiz um agora [um protocolo](. . .), vou te mostrar, não tenho aqui mas se tu vens de novo eu te trago. E essa parte tá contemplada [a saúde bucal] (. . .). A parte da boca. Toilete, capacidade de fazer as coisas sozinho, ou como é que é a casa da pessoa.”

Já um outro entrevistado que possuía um manual de cuidados ao idoso, que era referência para os residentes, quando procurou sobre saúde bucal disse:

Med-B *“Eu tou com o manual de cuidados.....[ficou folheando e procurando sobre cuidados em saúde bucal para idoso], esqueceram da boca, tá feia a coisa!”*

4.2 Ausência de práticas em saúde bucal

Nesta categoria foram reunidos os relatos que revelam a não realização de alguma prática em saúde bucal pelos entrevistados, o que foi bastante freqüente:

Med-C *“(. . .), pouco se fala em boca aqui. Não se fala em dente, nem boca, nem saúde da boca, não falamos nisso. Evidente que eu sei que isso é uma parte importantíssima né, inclusive eu estudei gerontologia e teve uma cadeira que era saúde oral do idoso, né! Mas, de novo aquelas coisas assim, oh! Recomendações com o cuidado com a prótese! Ninguém faz isso, se faz, faz muito, muito vagamente e de muito raramente e também nem se registra(. .).”*

R1-A *“(. . .) vou te falar a verdade, acho que não tá na nossa prática diária sabe! Porque é um click! Que nem agora, tu me perguntou, eu lembrei, entendeu? Mas isso não tá sempre no meu consciente, entendeu? “*

Também as práticas educativas ocorrem mais no sentido do cuidado geral, onde a saúde bucal não é incluída como uma rotina no atendimento:

Enf-C *“(. . .) Eu faço mais a parte ginecológica e a parte toda assim, com relação ao cuidado. Nada direcionado à saúde bucal (. . .) A orientação do cuidado, né!? o.....como é que é ter uma alimentação saudável, começar a criar o hábito do exercício físico, né!? E com relação à saúde da mulher(. .).”*

4.3 Avaliação de saúde bucal

Através dos depoimentos dos profissionais e residentes das unidades, percebe-se que a avaliação da saúde bucal, quando ocorre, pode ser com três finalidades. Em primeiro lugar como uma avaliação preventiva, geralmente relacionada ao público infantil; em seguida, a avaliação de queixas dos pacientes através da demanda espontânea e como função diagnóstica para outras doenças.

4.3.1 Prevenção

Como foi citada anteriormente, a prevenção está intimamente relacionada ao público infantil na maioria dos relatos:

R2-A *“Acho que a única relação realmente, vamos dizer, estruturada que eu tenho em olhar a boca é na criança.”*

Embora outros profissionais trabalhem a prevenção de uma forma mais ampliada com as gestantes e suas predisposições, há problemas bucais:

Med1-A *“(. . .) a gestante parece ter algum problema que faz com que ela tenha muito mais comumente problemas dentários. A gestante, então, é uma pessoa de risco pra problemas dentários (. . .)”*

Como também com um olhar mais apurado para os pacientes fumantes e os que são usuários de bebidas alcoólicas, com maior suscetibilidade ao câncer:

R2-D *“(. . .) só que muitas vezes o paciente vem e não se queixa, não é queixa direta dele, o paciente, sobre problemas dentários, né!? Mas mas a gente vê*

quando é um paciente etilista e tal, um paciente com a boca séptica a gente sempre tenta agilizar lá o parecer com a odonto..”

R2-F *“Com idosoexatamente. Com o idoso com a queixa e sem queixa se o paciente for alcoolista, tabagista a gente faz também(. . .) Devido ao risco de ter alguma lesão que o paciente não perceba que possa ser um antecedente de alguma lesão maligna. Enfim, é bem importante fazer o exame da cavidade oral!”*

A prevenção no uso de próteses mal adaptadas por idosos foi uma preocupação que surgiu em algumas entrevistas:

R1-C *“(. . .) principalmente paciente idoso que vem com próteses, a gente, eu pelo menos, tenho o costume de olhar e orientar, que normalmente são próteses antigas com....já gastas com....má encaixe, então, tem todos esses problemas(. . .) É uma prática minha(. . .) Eu já tive experiência de ter paciente com lesão em orofaringe por má adaptação, né!”*

Dentre os relatos, surgiu um tema bastante interessante a respeito da dificuldade de se investigar o que não apresenta queixa e de certa forma de se trabalhar com a prevenção:

R1-E *“(. . .) Eu acho que podiam ter nos ensinado mais isso né!? De investigar aquilo que não tem queixa, porque depois que tem queixa é fácil (. . .).”*

4.3.2 Demanda espontânea

A avaliação da saúde bucal para alguns pode ser uma tarefa de rotina no exame do paciente e também motivada por uma demanda espontânea. Isto foi algo bastante presente nas entrevistas, como pode ser visto no relato abaixo:

Med-D *“(. . .) faz parte do exame físico. Normalmente quando se faz o atendimento se faz o exame de cavidade oral, algumas vezes ele é direcionado pela queixa do paciente que observa alguma coisa ou eventualmente uma queixa de cavidade oral que se examina então a dentição, se examina a mucosa e tal mas isso faz parte, não te diria oh, que são todas as situações em que se examina a cavidade oral do paciente mas isso faz parte do exame.”*

Para outros, só ocorre na presença de queixas:

R2-A *“Quando a queixa é na boca eu examino, mas quando não há não examino.”*

Enf-A *“(. . .) às vezes vem com uma queixa e tu precisa examinar pelo menos ver o que é, se tá relacionado com aquilo que ele tá falando pra ver pra quem tu encaminha (. . .) mas não assim, toda consulta (. . .)”*

Ou a boca é somente uma ponte de passagem para o exame da queixa do paciente, geralmente a garganta:

R1-F *“(. . .) é uma coisa que fica geralmente é.....na pressa da consulta a gente não, não...vê, não faz de rotina uma revisão da saúde bucal das pessoas, só quando a caso a gente ver uma coisa assim, você abre a boca pra ver uma garganta e.....que boca horrorosa.! Isso é uma coisa que chama atenção.”*

4.3.3 Função diagnóstica

Esta subcategoria refere-se a importância da avaliação da cavidade bucal com finalidade diagnóstica de outras doenças sistêmicas:

Med1-A *“Dependendo do estado geral do paciente assim, a gente olha a boca, tá o reflexo do paciente, paciente desnutrido, paciente mal cuidado (. . .).”*

R2-D *“Leucoplasia em pacientes com AIDS, HIV já vi no consultório do meu pai, ele me chamou pra ver quando estudante de medicina e ele realmente pediu pra ele consultar e tal, pediu pra ele ver, pediu um HIV, veio positivo(. . .). Não sabia, o dentista que diagnosticou.”*

A avaliação da cavidade oral com função diagnóstica pode se dar não somente por avaliações das estruturas como cita o relato abaixo:

R2-C “(. . .) O hálito é uma coisa importante né, a gente consegue.....por exemplo um hálito urêmico tu consegue identificar paciente renal, paciente diabético, hálito cetótico tu consegue identificar, não seria uma alteração estrutural né, mas seria...tu acaba lançando mão do exame da cavidade oral através do odor pra captar alguns sinais e sintomas(. . .).”

5 Conhecimentos em Saúde Bucal

Este tema reuniu, das entrevistas dos profissionais, os relatos que discutiam alguns conhecimentos em saúde bucal: conhecimentos clínicos, conhecimentos oriundos do senso comum e a relação da saúde bucal com o contexto sócio-econômico. Os relatos sobre conhecimentos em saúde bucal apresentaram-se muito semelhantes nas unidades de saúde selecionadas para o estudo.

5.1 Conhecimentos clínicos

Nesta categoria, organizaram-se relatos que envolviam conhecimentos sobre a prática clínica diária e a interação com a saúde bucal.

Foi bastante freqüente a associação do uso de determinados fármacos e alterações na condição bucal:

Med-B “(. . .) alguns medicamentos que podem alterar, diminuir a elaboração de saliva e até, em geral são medicações psiquiátricas, então a pouca saliva faz com que favoreça a proliferação dessa bicharada, (. . .). Tava lendo até nos livros que estão aqui, manual de psiquiatria, que são os neurolépticos mais pesados pra, esquizofrênia, e tem os sais de lítio que se usa pra bipolar, (. . .) só que a própria interferência do lítio aí não é porque ele aumenta ou diminui a saliva, é o lítio em si que é um sal, é um elemento químico, que altera e dá carie(. . .).”

Med-C “(. . .) o velho é muito, muito depressivo, então assim, os antidepressivos estão entre os medicamentos que causam boca seca né, antihipertensivo são medicações que vão trazer problemas se a pessoa não for orientada a fazer o uso de né, determinados tipos de alimento, de substância para estimular a salivação, beber muita água periodicamente (. . .).”

R2-D “Tem a carbamazepina, carbamazepina é bem frequente hiperplasia gengival pela carbamazepina, o ácido valpróico também provoca, a eritramina também dá boca seca, pode dar muita boca seca (. . .)[então] Eu diminuo a dose do remédio, suspendo a dose do remédio e mando eles terem uma ingestão hídrica adequada, basicamente é isso.”

Uma dentição com focos de infecção foi lembrada como possível causa de distúrbios sistêmicos, representada aqui por estes relatos dos residentes:

R1-B “(. . .) a dentição séptica é fator de risco pra diversas (. . .) doenças orgânicas, pneumonia por exemplo. Aspirar uma dentição séptica vai ter pneumonia (. . .).”

R1-D “Tem abscesso, tem dente séptico, pode ser causa até de uma pneumonia por aspiração com dente que esteja inflamado ou então pode ser por coagulopatia que às vezes tem sangramento de gengiva alguma coisa assim, endocardites têm um abscesso dentário alguma coisa tem que prevenir se tem dente séptico alguma coisa assim.”

Problemas dentários com repercussão em outros locais também foram encontradas nas entrevistas:

Med-C “(. . .) a boca do diabético né, isso aí é um problema seríssimo, eles têm muito mais sujeito a gengivites, piorréias e tártaro e.....assim oh, consequência sistêmica por exemplo, anemia né, no velho é muito, muito associado a um mal comer(. . .).”

Enf-C “Tu pode causar algumas doenças a nível de esôfago, de estômago ou até mesmo é.....de metabolismo assim né, por causa da.....do problema na trituração, na entrada de alimento né..”

R2-D “(. . .) nevralgia, nevralgias do trigêmio, paciente vem com dor de cabeça forte, persistente ou alguma sinusite devido a algum abscesso dentário, algum dente infeccionado né, essas coisas eu sei, pulpites e vai assim(. . .).”

O conhecimento de que alguns problemas bucais possuem um fator genético envolvido no seu desenvolvimento, também foi citado por um dos entrevistados:

R1-F *“A cárie tá muito relacionada a hábitos alimentares não é...e a hábitos de higiene bucal também. E tem alguns fatores, pelo que eu sei, que até familiares né. Tem algumas pessoas que têm uma tendência maior a ter cáries e outras não assim como também a doença periodontal, que tá muito relacionado à formação de placa e tártaro, que tem um componente familiar muito importante.”*

5.2 Contexto sócio-econômico

Foi observado em algumas entrevistas que existe uma ligação entre a condição de saúde geral e bucal do indivíduo e os fatores sócio-econômicos.

Enf-C *“(. . .) num ambulatório da qualidade de vida né, como é que tu vai tratar de uma criatura que tem dislipidemia sem saber o quê que é ...o quê que ela consegue comer, quantas vezes ela come carne por semana, aquela coisa toda né, e como é que é a mastigação disso. Isto também faz parte, se tu olhar faz parte, o jeito, o preparo do alimento, como ele é consumido, como ele não é. Eu acho que pro idoso também faz parte.”*

R2-D *“(. . .) se não tem uma dieta adequada, vive comendo pirulito, salgadinho, quem é que vai ensinar pra eles [as crianças]...os pais né, aí entra um pouco de interdisciplinaridade, entra assistente social, entra o problema social, mas ele não tem o dinheiro pra comprar comida e ele vai é a merenda do colégio é a comida dele e muitas vezes a merenda não é a melhor fonte de proteínas só de carboidratos.”*

R2-F *“O quem vem...eu acho assim oh.....de higiene bucal, eu acredito assim, que.....que eu acho que é mais assim, a orientação, a educação e higiene, você entendeu. E isso a gente sabe que tem a ver com o nível sócioeconômico, nível cultural né(. . .).”*

5.3 Senso comum em saúde bucal

Esta categoria expressa um conhecimento do tipo senso-comum em relação à saúde bucal, seja pela fala do paciente, como pelo corpo clínico.

5.3.1 Paciente atendido

Aqui os profissionais tomam a voz do paciente e relatam a visão deste em relação à saúde bucal. Nos relatos dos profissionais, a população não valoriza a saúde bucal:

Enf-A *“Quando a gente, eu lembro assim de tu até orientar: - Olha vem no dentista. Eles não davam muito valor pra isso ou achavam [que] já estavam velhos não precisavam mais cuidar disso aí e deixar um pouco de lado.”*

Med-E *“(. . .) tem a dificuldade de acesso, tem a coisa de que o dente não é uma coisa muito importante e que ele é uma coisa muito mais estética do que pela saúde né.”*

Por outro lado, para alguns entrevistados o idoso não se importa com a auto-estima e somente com o aspecto funcional:

Med-C *“(. . .) isso é uma coisa que eu vejo que é uma questão de auto estima e também parece que passou a ser entre eles assim que dente não é uma coisa.....eu vejo pessoas até com cargos importantes com os dentes assim, terrivelmente em mal estado ou faltando dente ou pedaço faltando(. . .).”*

Med-B *“(. . .) eu sei que eu estou só falando de estética pra uma pessoa que tá querendo só mastigar, é uma vaidade minha mas eu ainda penso nisso, que ela teria direito a ter o rosto, um rosto parecido com o que ela tinha.”*

5.3.2 Corpo clínico

Alguns conhecimentos sobre saúde bucal relatados pelo corpo clínico são do tipo senso-comum, principalmente as informações sobre as etiologias das doenças bucais e sobre prevenção.

Com uma considerável frequência, as práticas inadequadas de higiene, alimentação e a não utilização do flúor são lembradas como a etiologia mais comum dos problemas bucais, como nos exemplos abaixo:

R1-C “(. . .) o grande causador principalmente de gengivite, cárie, tudo isso é má pratica de higiene, é aquela pessoa que tem o costume de não escovar os dentes ou não usa fio dental (. . .).”

R1-B ”Má higiene oral, uso de açúcar, excesso, não uso de flúor, pouco flúor na água, pouco flúor na pasta de dente, tem que ter flúor, má higiene e fatores ambientais (. . .).“

O fumo e outros vícios também são lembrados como fatores promotores de alterações na cavidade oral:

Med1-A “Fumo também faz mal....como é que é....provoca lesões, o álcool também, então pessoas que fumam, pessoas que bebem são pessoas que têm risco pra desenvolver lesões na língua, bochecha.”

R2-C “(. . .) o cigarro tem uma parcela boa aí de culpa em uma determinada porcentagem de patologias bucais, acredito que o câncer de boca tenha aumentado nos últimos anos, justamente ou pelo menos com boas chances de ser devido a tabagismo né,o que mais , etiologia, acho que é isso .”

O câncer associado a traumas de próteses dentárias é colocado por um dos entrevistados:

R2-A “(. . .) existe talvez até alguns conhecimentos por exemplo em relação aos cuidados com próteses que é importante. Tem machucados com próteses que é

uma coisa que podem vir a malignizar , principalmente isso, agora eu abordo muito pouco!”

Persiste a preocupação com o número de vezes que se devem escovar os dentes para se ter uma boa saúde bucal, refletindo um problema de educação em saúde bucal:

R2-B *“Eu acho que uma parte dos problemas assim odontológicos [se deve] também mais a ignorância também assim, no mínimo [de] tu saber quantas vezes tu tem que escovar os dentes todos os dias, aquela coisa do berço assim, também assim.”*

Diante de vários agravos que os pacientes se queixam, a saúde bucal torna-se algo minoritário para alguns entrevistados:

R1-C *“Sabe que assim nessas doenças sistêmicas a gente passa tão despercebido da cavidade oral, porque normalmente eles têm tantas outras queixas, as neuropatias periféricas são tão bem mais freqüentes do que problemas na cavidade oral, que a gente acaba não se dando tanto por conta(..).”*

Ou apresenta-se como apenas uma “passagem”:

Med-C *“(. . .)A gente vai lá na garganta, amígdalas, críptas, placas, dentes sépticos, às vezes o sujeito não tem dente nenhum na boca, mas não vai nenhuma observação no prontuário. A boca não existe, ela é uma passagem assim, completamente desconsiderada, no meu entendimento. Não que eu ache isso, mas eu tenho que dizer que eu faço isso também.”*

6 Representação de saúde bucal do idoso

Este tema reuniu a percepção que os profissionais de saúde entrevistados tinham sobre a saúde bucal do idoso.

6.1 Degeneração

Esta categoria expressa a condição de saúde bucal do idoso como um dos componentes do processo de envelhecimento :

Enf-C *“Existe uma degeneração, que é própria da idade. Então existe o desgaste dos dentes. Essa geração de idoso que a gente tem hoje é uma geração que não tem dentes por quê? Porque antes o cuidado com o dente era muito difícil, o custo era muito alto(. . .).”*

Med1-A *“(. . .) e depois quando passa a idade adulta em diante, dentes.....como é que se chama.....dentes muito estragados, muito velhos, machucando a cavidade oral, podem dar lesões por atrito.”*

6.2 Prótese

Com muita frequência a representação de saúde bucal do idoso foi associada ao uso de próteses e problemas periodontais:

R1-E *“Do idoso, o que vem a cabeça é a prótese! [risos]. As próteses mal ajustadas, as próteses é.....outra coisa também que eu não sei muito bem como é que funciona o mecanismo de retração da gengiva e que eles se queixam(. . .).”*

Mas também da necessidade e dificuldade de aquisição de próteses dentárias pelos idosos.

Med-E *“Primeiro a necessidade de prótese dentária né, porque nossos idosos assim, não têm. E a gente insiste muito nisso porque eles têm vários problemas, né de má digestão e tal em função de não ter dentes.”*

Med2-A *“Dentadura e olhe lá, chapa, dentadura coisa assim. Quando eles conseguem comprar, também é uma dificuldade, mas existem os práticos ainda que são mais acessíveis financeiramente.”*

E que as próteses dos idosos refletem uma história de vida sem acesso aos serviços odontológicos e a uma educação em saúde bucal:

Med-D *“Que infelizmente se chega muito atrasado pra se fazer esse cuidado, pelo menos com os dentes definitivos, a maioria dos pacientes já vêm com o uso de prótese e um ou outro que tem algum dente às vezes se consegue cuidado(...).”*

R1-F *“(. . .) ele tem a perda de dente e o que me parece que essa perda de dente muitas vezes é causada mais até por doença periodontal do que por cárie. Eu nunca li nada a respeito disso e me parece também que o idoso geralmente tem a saúde bucal muito prejudicada na verdade por uma história de vida, que já tem uma saúde bucal.....já vem uma série de medidas que ele não faz já desde a infância entendeu(. . .).”*

Um outro aspecto relatado, foi a dificuldade de comunicação atribuída à dificuldade de adaptação do idoso com a prótese:

R2-B *“(. . .) Dificuldade de fala às vezes também, não sei se é por causa da prótese (. . .) o paciente já tem dificuldade de comunicação assim (. . .) porque já não ouve direito, já não tem os neurônios assim tão bem como tavam no passado, não consegue se comunicar assim, por causa inclusive da boca (. . .).”*

Med-C *“Dentaduras. Dentaduras frouxas, o ridículo, que é a pessoa sorrindo e caindo os dentes, a dificuldade de falar(. . .).”*

6.3 Negligenciada

Do ponto de vista dos entrevistados, a saúde bucal do idoso é colocada em segundo plano, pela presença de diversos agravos sistêmicos, problemas familiares:

R2-C *“(. . .) mas quando tu lida com.....com pacientes que apresentam várias outras patologias tu acaba relegando a saúde bucal a um segundo plano, assim erradamente com certeza. (. . .).”*

Med-E “(. . .) o contexto do paciente idoso já é tão complicado, a maioria das vezes né, porque ele já tem duas, três patologias, daí ele tem mais a dificuldade de convívio com a sua família, daí ele tem mais a dificuldade de caminhar, “não sei o que”, então são tantas as dificuldades que ele atravessa que é mais uma dificuldade que ele vai ter que é a questão dos cuidados da boca e que às vezes isso é muito difícil.”

A carência de programas ou protocolos específicos para atenção em saúde bucal dos idosos gera uma maior dificuldade de acesso a estes serviços:

Me2-A “E os idosos são pouco privilegiados, em relação [a saúde bucal] menos ainda. Se não existe já uma atenção voltada pra criança que já é programa de atuação, tu imagina pra idoso”

R2-E “(. . .) eles não consultam realmente com o dentista. A gente vê criança, adulto, jovem, né! Mas eu acho que é uma parte bem negligenciada e da nossa parte também a gente acaba esquecendo um pouco isso. Até porque o idoso, ele tem muitas patologias, ele consome muito tempo e a gente não tem muito tempo aqui. Engraçado mas é.”

...além da dificuldade de envolvimento do profissional com estas questões muitas vezes de difícil solução:

Med-C “(. . .) Quantos velhos eu atendi, era dentadura, eu peço pra tirar a prótese, eu vejo ali que é os pedaços às vezes tá muito mal feito e tal, eu não digo nada. Parece assim que tu já sabe que tu não tem o que fazer, então é mais um problema que tu vai mexer, ele já não tem o dinheiro pra comprar o remédio, ele já não isso, não aquilo, isso. E aí assim, ainda vou arrumar o problema pra essa senhora ter que trocar o dente que custou não sei quanto, sabe?”

Existe certa culpabilização da vítima, no caso o idoso, pela condição atual de sua cavidade bucal:

R1-C “(. . .) são pessoas que normalmente também por uma certa desinformação no passado, boa parte dela já usa prótese, então na verdade são pessoas que não dão tanta bola prapra cavidade oral ou pelo menos não deram numa idade precoce e não vai ser agora que vão ficar cuidando né? E nem vão ficar cuidando dos outros(. . .)

6.4 Prevenção

Esta categoria não foi muito freqüente, porém de grande importância em ser citada. O residente relata a prevenção em saúde bucal como atuação comum a todas as etapas da vida:

R2-F *“Preservação eu acho da dentição. Tu agir pra conseguir que o paciente permaneça com a dentição dele por mais tempo entendeu, evitar queda, evitar...acho que também gengivite que é uma coisa que eu acho freqüente no idoso (. . .).”*

Uma das questões levantadas por alguns entrevistados é a predisposição do idoso ao câncer e, por isso, o trabalho de prevenção individual ou por campanhas:

R2-B *“(. . .) e prevenção de câncer também isso aí a gente, é do idoso assim, que pode aparecer algumas vezes (. . .).”*

Enf-A *“(. . .) eu lembro assim dessas campanhas que teve de prevenção de câncer oral e agora eu já nem sei se foi pra idoso ou se foi pra toda população.”*

7 Saúde Bucal

Neste tema, os entrevistados revelam suas percepções sobre saúde bucal e esta se apresenta de três formas: a sua ausência, a sua existência e associada a métodos preventivos.

7.1 Ausência

Esta categoria revela tanto uma passividade dos profissionais com as condições precárias de saúde bucal da população, como também o sofrimento das pessoas que não conseguem sair do “circuito restaurador” da odontologia.

7.1.1 Conformismo

Os problemas bucais da população são vistos com normalidade como também não ter opções eficientes:

Med-C “(. . .) Não que eu não olhe, mas é.....claro que toda vida que eu identifiquei uma lesão dentro da boca eu procurei saber o que era, mas dente cariado, falta de dente, dente pendurado, dentadura aos pedaços parece que isso aí é normal, parece que isso aí a gente jáé que nem a gente vê criança cheirando cola na rua assim, passou infelizmente ao nosso cotidiano, tu já não.”

7.1.2 Sofrimento

O entrevistado demonstra com sua própria história o outro lado, onde mesmo tendo acesso aos serviços odontológicos, isto não lhe garantiu uma saúde bucal adequada:

Med-B “(. . .) é porque se a pessoa vai pra um dentista acaba ficando com problema de saúde mental sabe (. . .) se tu perde os dentes tu vai ficando desfigurado, banguelo, feio, se tu não tem dinheiro né, (. . .) e eu acho que saúde bucal era não ter ficado tantas horas na cadeira, o sofrimento por cada dente que foi demolido pra fazer uma jaqueta de porcelana.”

7.2 Existência

Outra questão expressada na fala dos entrevistados são as várias formas de se representar à existência de saúde bucal, seja delimitando a responsabilidade pelo cuidado com a região bucal, o ato de sorrir e a realização de algumas funções como se alimentar e se relacionar afetivamente com outros através do beijo.

7.2.1 “É [do] dentista”

Para alguns, a existência de uma saúde bucal está diretamente relacionada à presença de um Cirurgião dentista.

R1-E “(. . .) a primeira coisa que vem a cabeça é dentista, um aparelho de dentista (. . .).”

7.2.2 Sorriso

Para outros, reflete-se no ato de sorrir, pela presença da dentição:

Enf-B “Sorriso (. . .) uma parte do ser humano que está na realidade esquecida por nós, pela equipe, por nós não ter odonto (. . .) tem muitas pessoas que às vezes a gente sabe e a gente já se deparou que às vezes não sorriem porque ou têm falta [de] dentes realmente ou (. . .).”

Dentição que reflete um conjunto harmonioso e saudável:

Enf-E “Dentes saudáveis. Geralmente a primeira coisa que tu pensa é dentes saudáveis, uma boa higiene bucal.”

Enf-D *“Integridade né dos dentes, da gengiva, da língua, higiene, uma higiene adequada.....uma revisão periódica pra manter as coisas em ordem(. . .).”*

7.2.3 Funcionalidade

A boca tem várias funções importantes para manutenção do indivíduo e também no seu desenvolvimento afetivo através do beijo, que para o residente entrevistado é também sinônimo de saúde:

R2-A *“(. . .) a boca é pra comer, boca é pra falar né. (. . .) Você tem algum problema na boca com certeza vai interferir no paciente que tenha problemas respiratórios, problemas de alimentação, não se alimentar adequadamente, é que a boca é um órgão de beijo e isso é fundamental, isso é saúde no final das contas, então interfere muito quem não dá beijo, deve sentir muita falta.”*

7.3 Prevenção

Ao interrogar os profissionais sobre a saúde bucal, pôde-se apreender que a prevenção é o caminho mais recomendado e que, pela grande maioria dos relatos, ainda está vinculada ao público infantil e ao modelo higienista:

7.3.1 Infância

A prevenção em saúde bucal está bastante associada à infância, através de cuidados na puericultura:

R1-C *“Pra mim saúde bucal começa já na primeira infância desde o momento onde há a eclosão do primeiro dente(. . .).”*

Enf-F *“Bom, vem todo o atendimento né, da parte odontológica, além das orientações também que as pessoas recebem né, que não precisa às vezes a própria criança ou recém nascido quando vem pra consulta pra parte de amamentação, de alimentação já receber essa orientação da mãe receber o que pode dar o que não pode dar ,a limpeza, da higiene bucal, higiene da boca, quando ele tá mamando só e depois quando ele tá recebe os alimentos. Então isso também tá inserido um pouco na consulta né.”*

Med-D *“Prevenção. Prevenção. Prevenção com as orientações desse lactente que começa a ter erupção dentária, com os cuidados maternos de higiene e depois escovação e o acompanhamento de toda essa....esse desenvolvimento da dentição até a idade dos dentes definitivos onde, com o cuidado inicial possivelmente vai se ter uma saúde bucal importante que faz parte do corpo humano(. . .).”*

Ou em atividades desenvolvidas com escolares:

R2-D *“(. . .) A saúde bucal em primeiro lugar é prevenção e começa na escola, fora daqui não é aqui dentro que a gente começa isso, é fora, trabalho de conscientização que deve ser feito fora daqui.”*

A prevenção é sempre preconizada para se evitar a terapêutica, porém vai depender da comunidade na qual se está trabalhando:

Med-F *“Saúde bucal eu acho que eu penso mais em prevenção do que tratar. O olho da gente, eu digo assim, que é melhor tu prevenir o incêndio do que apagar. Então saúde bucal pra mim entra em prevenção porque se não eu tou pensando em tratar, então a saúde bucal é uma coisa assim de zelar pra não ter problema (...).”*

R2-E *“Étambém prevenção. Eu acho que a gente já chegou nesse estágio sim. Claro se tu for pegar uma comunidade mais pobre, tu pensa noutra coisa, mas a visão daqui do posto é mais preventista.”*

Várias alternativas de prevenção em saúde bucal emergiram dos relatos :

R2-E “Prevenção é uma higiene regular, pelo menos uma vez por dia, escovação, água com flúor que já tem na rede, evitar açúcar, principalmente criança pequena, cigarros deveria evitar. E o principal seria fazer revisões, acho que uma vez por ano, pelo menos.”

7.3.2 Higiene

Porém das alternativas existentes, a prática da higiene bucal foi a mais evidenciada nos relatos:

R2-F “(. . .) ter uma higiene bucal adequada né, não é só...é orientação mesmo, é a educação do paciente. A primeira coisa que vem é higiene mesmo, higiene bucal, higiene bucal, higiene bucal.”

R1-A “(. . .) vem bem menos as doenças, vem mais a prevenção mesmo, vem mais escovar os dentes, cuidado com a criança de começar desde cedo ou até mesmo que não tenha dente, limpar a boquinha sabe (. . .).”

Enf-E “Dentes saudáveis. Geralmente a primeira coisa que tu pensa é dentes saudáveis, uma boa higiene bucal.”

8 Educação em Saúde

Durante a entrevista, os profissionais foram questionados sobre o que eles entendiam sobre educação em saúde e várias construções emergiram. Surgiu a educação em saúde como o cuidado, a promoção de saúde, a construção de conhecimento e uma mudança de comportamento como fatores positivos. Também foi relatada a ausência de infra-estrutura educacional nesta área.

8.1 Orientação pra saúde

Esta categoria revela uma filosofia de trabalho do serviço explícita nos relatos dos profissionais voltados à educação em saúde para a comunidade e para promover a saúde através da construção do conhecimento, mudança de comportamento e no autocuidado.

R1-B “*Eu acho que nesse ponto educação em saúde é orientação, é tu orientar a comunidade pra cuidar de saúde, é proteção, promoção da saúde, eu acho que é isso.*”

8.1.1 Cuidado

As enfermeiras entrevistadas identificaram-se bastante com esta temática, por ser uma das suas principais áreas de atuação:

Enf-A “*(. . .) é o nosso principal foco de trabalho. Eu acho que principalmente na minha área, na enfermagem a gente trabalha muito com cuidado, a orientação, então educação pra gente é tudo. (. . .) é o aspecto mais importante na saúde comunitária tu trabalhar com a educação, com o enfoque preventivo.*”

A educação em saúde com o enfoque para o autocuidado foi outro foco explorado:

Enf-D “*(. . .)tu tem que ensinar a pessoa como é que é o funcionamento normal, eu acho que isso devia ser dado bem cedo na escola, acho que todo mundo tinha que ter essas informações como é que funciona o corpo (. . .), de como é o funcionamento normal, de como é que a gente tem que se cuidar, como é que é cada etapa da evolução, como é que é o funcionamento, o quê que a gente tem que fazer pra se manter saudável e aí todos os aspectos né que envolve isso(. . .).*”

8.1.2 Promoção de saúde

A promoção de saúde emergiu nas falas com as abordagens de temas que abrangiam várias áreas, que é a conhecida estratégia do risco comum (SHEIHAM, 2000):

Enf-A “(. . .) os próprios problemas na boca mesmo, ou relacionados por exemplo, quem come muito doce pode ter problemas na boca, mas também podem ter, desenvolver um diabetes e outros problemas enfim.”

...explorando cada vez mais o aspecto preventivo nas consultas:

R2-B “(. . .) é o que deveria ser metade da consulta assim, que é higiene, tipo [de] hábitos alimentares que previnem câncer, previnem cárie, previnem assim todas as doenças, tudo, previne tudo (. . .). É educação que tem no sentido de promoção (. . .), mas tocar de vez em quando nas doenças mais prevalentes pra pessoa saber que quando tiver mais idade aquilo pode acometer (. . .).”

...e também a preocupação com o “ser social”, a afetividade, o ambiente familiar, tudo, interligado com a saúde:

Med-C “(. . .) é a gente esclarecer as pessoas sobre o quê que é a doença, o quê que é a doença, o quê que é, como é que se faz pra não ficar doente, como se faz pra prevenir, as conseqüências do uso de uma determinada situação, de droga, de fumar, de comer tais coisas, de não praticar uma atividade física, e eu valorizo muito também esta questão assim oh, que é do pensar da pessoa, o ânimo da pessoa, do entusiasmo, a vida, digamos assim, afetiva dela, a vida de relação, a vida de crença, de ...e isso eu trabalho muito com meus velhos, a parte da espiritualidade(. . .).”

8.1.3 Construção de conhecimento

A educação em saúde é relatada pela maioria dos entrevistados como uma construção do conhecimento entre a equipe de saúde e a comunidade, havendo uma troca das duas partes:

R1-F *“Pra mim educação em saúde é um conjunto de ações que a gente vai montando. (. . .). Mas enfim, são técnicas, são ações que você usa pra construir um conhecimento junto com.....dentro, dentro da...da equipe e da equipe é.....junto com a comunidade. A maneira de.....não é de passar o conhecimento é de construir o conhecimento. (. . .).”*

Além de haver esta troca mútua de informações, a propagação destes novos conhecimentos é também um aspecto na educação em saúde:

Med-F *“(. . .) eu acho que quando tu faz grupos é trabalhar isso no grupo, quando tu faz com residente é trabalhar com residente, quando tu passa tua experiência é isso, então assim, fazer junto.....visando alguma coisa do comum, quer dizer, não é só pra mim e pra ele naquele momento mas se eu puder respingar pra ele e pra alguém que vive com ele, a história da educação, da prevenção isso eu acho que é a coisa da educação em saúde(. . .).”*

A construção do conhecimento acontece observando cada realidade social e cultural da comunidade onde se está inserido:

Med-E *“(. . .) É tentar esse olhar da realidade, quê ambiente cultural e social que a gente tá, né! Quais os conhecimentos, quais os saberes existem ali e quais os novos saberes, os saberes diferentes que o profissional tem prá contribuir naquela questão, né!”*

8.1.4 Mudança de comportamento

A estratégia de mudança de comportamento em busca da saúde é muito freqüente nos relatos dos profissionais:

R1-D *“A pessoa entender as patologias que ela tem, acho que quebrar os mitos, os tabús, algumas crenças populares que não têm assim fundamento, a pessoa entender o que pode ser feito de maneira assim, de mudar os hábitos de vida e tal, prá ajudar a não adquirir doenças, né! eeducar assim, até.....intensificar algumas coisas boas que eles têm de crença.”*

R1-E “(. . .) *Tou tentando expor pro paciente que ele tem que fazer exercícios, que ele tem que emagrecer, que ele tem que parar de fumar, essas coisas assim. Prevenção das doenças em geral (. . .).*”

Mas esta estratégia mostra-se com resultados mais difíceis, tendo eleito a infância como a fase mais propensa a adquirir hábitos saudáveis:

R2-B “(. . .) *não somente aqui, mas em colégios assim, idades mais jovens possíveis [fazer prevenção]. (. . .) porque ainda tá formando alguma coisa na cabeça porque depois fica complicado, ainda é possível de mudar a cabeça porque depois é complicado, depois não adianta dá remédio, não adianta nada, não resolve nada, não vai escovar os dentes, não vai tomar remédio, quer morrer, vai fumar um cigarro sabe assim.*”

Mas que requer um trabalho árduo, diário para a sua concretização:

Enf-F “(. . .) *é...difícil a gente conseguir mudar pessoas ou conseguir orientar e formar e fazer com que aconteça alguma mudança, não é uma coisa muito fácil. Então tu tem que trabalhar todos os dias e tu não vê muito resultado assim, demora um pouco pra ter o resultado disso.*”

8.2 Ausência

Esta categoria reuniu os relatos abordando a falta de estrutura em educação para saúde bucal nas unidades entrevistadas.

Med1-A “*Todo mundo tem que tá melhor....melhor e não tem muita informação nessa área. Pra nós não tem muita informação.*”

8.2.1 Infra-estrutura em educação para saúde bucal

Esta subcategoria veio revelar a ausência de uma infra-estrutura, ou rede de apoio que trabalhasse a temática educação em saúde bucal com a equipe de saúde. Também nos relatos, pôde-se perceber a falta uma fonte de informação sobre saúde bucal acessível a todos, que proporcionasse maior segurança para estes profissionais e que também facilitasse lembrar da avaliação da cavidade bucal, como a presença de protocolos:

Med2-A “(. . .) eu acho que saúde bucal não pode ser desconectado como se isso fosse só uma ação do dentista, ela também é uma atuação minha né. A gente é que precisaria de ter mais rede de apoio, essa é a diferença e que óbvio que se trabalhasse com o dentista ia ser facilitado o trabalho, então não é facilitado.”

R2-A “Eu não sei se eu precisava aprender mais ou não, o que eu acho é que eu queria ter certeza do que eu sei, do que eu não sei, entendeu? O que eu sei é muito de um conhecimento do dia a dia, de troca de informações rápidas e perguntas, não é muito consistente nesse sentido e isso incomoda (. . .).”

A presença de protocolos auxilia no reconhecimento e avaliação da condição bucal:

Med-F “(. . .) Então eu acho que se agente tem um protocolo, se a gente tem um organograma assim como a consulta da gente eu vejo a pressão, eu oscuto, eu...tu tem tua rotina. Então dentro dessa rotina olhar a boca faz parte . Agora no dia a dia se tu não fizer disso uma coisa geral tu vai esquecendo, então só fazendo é que tu lembra.”

Algumas alternativas foram citadas pelos entrevistados para uma educação em saúde bucal mais abrangente com o envolvimento de toda a equipe de saúde para esta questão:

Enf-F “(. . .) então tem como abordar, como a enfermagem fazer esse, a abordagem ali na frente, tem com o médico na hora da consulta, tem como a enfermeira né, fazer isso e até pra estimular eles pra eles poderem também irem numa consulta com a odontóloga.”

Med-C “*Eu acho que todos os técnicos que fossem, se fossem capacitados. Eu acho que talvez esteja, talvez não, precisa que haja uma intervenção nos serviços, por exemplo pegar o PSF, os médicos do Programa de Saúde da Família, pegar a medicina comunitária, e assim oh, tu trilhar um espaço pra sensibilizar as pessoas sobre esse assunto. Informar né, por exemplo, volta e meia tem capacitação numa coisa e noutra (. . .).*”

Além também de sensibilizar o próprio grupo da odontologia para este tema, saúde bucal do idoso:

Med-E “*Eu acho que todos os profissionais que trabalham com o paciente idoso, desde que isso também fosse conhecimento dos profissionais, né. Eu acho que isso [educação em saúde bucal de idosos] não é de conhecimento dos profissionais, muitas vezes não é de conhecimento dos profissionais da própria área, né.*”

6 DISCUSSÃO

6.1 REVISITANDO A LITERATURA

Os resultados iniciais da presente pesquisa explicitaram características importantes que revelam o perfil do profissional que está atuando ou está em fase de formação no Serviço de Saúde Comunitária. Geralmente são profissionais que obtiveram experiências anteriores em programas públicos ou despertaram para a saúde pública durante a graduação e que cursaram, na maioria dos casos, universidades públicas.

O SSC é considerado também uma referência na formação de recursos humanos para o SUS e, em especial, para o Programa de Saúde da Família, pois contempla a Residência em Saúde da família e Comunidade para a área médica e atualmente a Residência Integrada em Saúde, que abrange outras áreas da saúde.

Em relação às práticas de saúde direcionadas ao paciente idoso, os profissionais realizam um exame clínico geral com uma rotina de procedimentos, onde nem sempre a cavidade oral é lembrada ou observada, não existindo uma avaliação geriátrica abrangente mesmo naquelas US onde grande parte dos usuários são idosos, não existe um protocolo de avaliação geriátrica. Isto foi citado por um entrevistado que estava construindo um protocolo geriátrico amplo, e que a cavidade oral seria contemplada.

Na literatura foi encontrado um estudo cujo objetivo de investigação foi o processo de envelhecimento nas suas múltiplas dimensões. Uma equipe de saúde da família, no município de Tavares – Paraíba, propôs uma abordagem multidimensional a idosos procurando avaliar o contexto social, físico, funcional e mental com a utilização de escalas já validadas e bastante utilizadas.

Neste trabalho o exame da cavidade oral estava presente na avaliação física, observando o aspecto do edentulismo, presença de dentes naturais, uso de próteses e má higienização de elementos dentais restantes ou de próteses. Também uma escala de avaliação nutricional foi aplicada a qual questiona se o idoso possui algum problema dentário ou bucal que dificulte a alimentação. Quanto ao aspecto da habilidade funcional, que trabalha as atividades da vida diária, a higiene oral foi um dos tópicos questionados. (BATISTA; FERNANDES; NÓBREGA, 2003).

O trabalho citado acima buscou trabalhar algumas diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso como a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional e a assistência às necessidades de saúde do idoso, fundamentando-se numa coleta de dados ampliada que pode orientar a condições e hábitos de vida mais saudáveis, um diagnóstico precoce de várias enfermidades, situações que podem colocar o idoso em risco e, dessa forma, podem reduzir as taxas de internação hospitalar, demandas dos serviços de emergência e aos ambulatórios de especialidade. Talvez esse modelo de avaliação fosse um exemplo interessante a ser estudado por este serviço na atenção integral ao idoso.

Também entre as características do SSC que emergiram nos relatos dos profissionais a burocratização surgiu, aqui relatada pela participação em muitas reuniões no serviço, na comunidade e outras instituições públicas, no acompanhamento de programas e na organização do próprio serviço juntamente com a função de atenção também ao usuário.

O SSC propõe um modelo de trabalho baseado também na Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), que dispõe da participação da comunidade na gestão do SUS. Com essa prerrogativa, alguns profissionais de saúde são escolhidos para participarem do conselho de saúde local e conseqüentemente de outras reuniões em esferas maiores.

Sabe-se que a construção da cidadania hoje exige muito da atuação do profissional de saúde não somente no atendimento clínico, mas na intermediação junto com a comunidade. Isso leva as pessoas a questionarem se os profissionais estão recebendo uma formação em saúde que os prepare para enfrentar esta realidade, formação esta que deveria ser trabalhada desde a graduação.

Apesar deste serviço está sustentado pela Lei Orgânica da Saúde (8.080) e de suas diretrizes, demonstrou-se nos relatos o descontentamento pela forte presença de um modelo assistencial curativo, com uma crescente demanda da população em busca de saúde numa visão, centrada na figura do profissional de saúde, principalmente o médico.

Outro questionamento é a composição profissional das US, que se mostra bastante diferenciada uma das outras. Enquanto algumas possuem uma maior variabilidade de categorias profissionais trabalhando juntas e contemplando o usuário numa visão mais integral, outras possuem ausência de um quadro mais amplo de serviços a oferecer aos usuários como os serviços de profissionais da odontologia, da assistência social, da psicologia

entre outros. O que se pode observar são modelos de equipes diferenciados em um mesmo serviço.

Para Peduzzi (2001), “os trabalhos que se separam ou se agregam ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde.”

No caso das unidades de saúde sem o atendimento odontológico ou aquelas com um número reduzido de profissionais dentistas, há uma dificuldade de acesso aos serviços pela população, seja por falta de referência ou por uma grande demanda. Porém, quando este serviço é adquirido, há uma predominância do atendimento curativo sobre o trabalho de prevenção e promoção à saúde bucal, que é o pilar da atenção primária.

Barros e Bertoldi (2002) realizaram um estudo, a nível nacional, sobre o acesso aos serviços odontológicos, consumo de serviços de saúde entre outros enfoques baseados nos dados do PNAD 98. O resultado da pesquisa demonstrou que a busca por atendimento ocorreu majoritariamente em consultórios odontológicos (77%), com 96% de atendimento a essa busca. A falta de vaga ou senha foi a causa da maioria (43%) dos casos de insucesso no atendimento.

Nesta pesquisa, 69% dos atendimentos foram em serviços particulares, o SUS respondeu por 24% dos atendimentos e 17% foram realizados através de outros planos de saúde. No grupo da população mais rica, a proporção de não atendidos decresceu com a idade, passando de 4,7% entre as crianças para 2,5% entre o grupo de 50 anos ou mais. Porém, no grupo dos mais pobres houve uma tendência inversa: o não atendimento aumentou com a idade passando de 4,3% entre as crianças para 12,6% no grupo mais idoso.

Estes últimos dados confirmam o quadro encontrado pela autora nesta pesquisa, onde há uma priorização ao atendimento odontológico aos grupos infantis e das gestantes, que são programas de governo, sendo o grupo de idosos, principalmente os acamados, de maior dificuldade de acesso aos serviços odontológicos. Isto requer tanto um trabalho a nível institucional com a conscientização da inclusão do cirurgião dentista nas áreas desassistidas, promovendo junto com estes profissionais da saúde bucal o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Para Aerts, Abegg e Cesa (2004), o fortalecimento da participação da comunidade é um eixo de grande importância na medida em que trabalha o aspecto tradicional-vertical como também a abordagem horizontal, populacional. Os profissionais da saúde bucal podem atuar em atividades comunitárias, buscando formar redes de apoio e alianças junto com os líderes comunitários, participando da criação de hortas saudáveis, estimulando ações cooperativas e alimentação saudável e a participação da população na tomada de decisão sobre a saúde bucal da comunidade, auxiliando as pessoas a identificarem e entenderem os seus problemas para que possuam maior controle sobre as informações que lhes são transmitidas e assim façam as melhores escolhas em busca de uma melhor qualidade de saúde bucal. (SHEIHAM; MOYSÉS, 2000).

A função formadora é outra característica pertinente ao SSC, tanto entre as trocas existentes entre os profissionais contratados do próprio serviço, como também promovendo um campo de estágios na saúde pública para os profissionais da saúde em formação. Este serviço propõe-se a abraçar algumas atividades como as de extensão junto a instituições de

ensino para promoverem um encontro mais precoce entre graduandos da área da saúde e a atenção primária.

Buchabqui et al. (2000), coordenador de um projeto denominado Convivência Saúde 2000, promoveu um convênio entre universidade e o SSC em que os alunos de diferentes áreas da saúde entraram em contato com a realidade da saúde como parte da formação acadêmica, a fim de promover a troca de conhecimentos e experiências entre a academia e a sociedade.

Outra característica importante é que o SSC, com a residência de família e comunidade para os médicos e, recentemente, a residência integrada de saúde para demais profissionais, forma recursos humanos para trabalharem na estratégia do PSF.

A resolutividade, uma das diretrizes do serviço e que está baseada na Lei Orgânica da Saúde, prevê a solução de problemas que são apresentados. No presente trabalho a resolutividade foi demonstrada pela satisfação do profissional de resolver os problemas de forma mais imediata e com o retorno do paciente ao domicílio, mas também pela preocupação com a produtividade da crescente demanda de atendimentos.

Concordando com o que foi encontrado neste estudo, Halal et al (1994) realizaram um estudo que visou avaliar qualitativamente a capacidade resolutiva e a satisfação em uma amostra de pacientes e profissionais da rede de Assistência Primária à Saúde da Cidade de Pelotas (RS). Observaram que dos 99 pacientes que foram consultados, 55,7% receberam prescrição medicamentosa, foram solicitados em 19,4% dos pacientes, exames complementares e 5% foram encaminhados a outros profissionais. Quinze dias após as

consultas os pacientes ou seus responsáveis responderam que estavam melhores ou tinham resolvido o problema em 35,3% e 46,5% dos casos, respectivamente, e 88% dos pacientes relataram estar satisfeitos com a consulta. Mas também a resolução estava interligada à capacidade de adquirir as medicações recomendadas.

O prognóstico imediato de cura esperado pelos profissionais deste estudo em Pelotas, em função da intervenção da consulta, era de 56,7% dos pacientes. Os profissionais esperavam melhora do paciente em 26% dos casos; impossibilidade de modificação em 9,6%; e, em 7,7% das consultas, o prognóstico foi considerado "imprevisível".

Neste estudo também buscou se trabalhar a temática interdisciplinaridade *a priori* por acreditar ser um dos caminhos, no trabalho em equipe, para a busca da integralidade da atenção.

A realização de reuniões semanais com todos os integrantes da equipe de saúde, tanto para discussão de questões burocráticas e administrativas quanto dos problemas da comunidade, demonstra um exercício contínuo em busca da interdisciplinaridade, na medida em que permite um diálogo integrado, na busca de uma metalinguagem, mas, ao mesmo tempo, respeitando-se as especificidades de cada área.

Cardoso (2004) concorda com o anteriormente exposto pois identifica as reuniões de equipe como uma estratégia para facilitar a comunicação, onde além da discussão de aspectos mais objetivos e quantitativos do trabalho, haveria espaço para as experiências de natureza qualitativa e interacional, onde as pessoas possam trocar experiências, expectativas e melhorar a convivência e oferta de serviços para a comunidade.

Um outro momento interdisciplinar bastante relatado nas entrevistas foi a criação recente da residência integrada em saúde que abrangeu profissionais de saúde não-médicos e que propiciou uma maior interação com a equipe.

Observa-se que a comunicação é um ponto destacado neste trabalho e se faz presente na busca pela superação do isolamento dos saberes. Para Peduzzi e Palma (1996), “a comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação.”

Ainda segundo estes autores, a comunicação entre uma equipe de trabalho pode ser de três tipos: a primeira é que é uma comunicação externa ao trabalho, ou seja, não é exercida apenas como uma instrumentalização da técnica; a segunda, dá-se estritamente pelo caráter pessoal, os agentes dão destaque às relações pessoais e; em terceiro, temos a comunicação que é concebida e intrínseca ao trabalho em equipe, onde os agentes procuram o desenvolvimento de uma linguagem comum ou ações de assistência comum por meio da intrincada relação entre intervenções técnicas e comunicação entre os profissionais.

A presença também de certa hierarquia entre as áreas pôde ser percebida nos relatos. Para Cardoso (2004), as pessoas que possuem dificuldade em lidar com a diversidade na vida particular, provavelmente terão dificuldade e tensão no trabalho em grupo e isto se tornará mais complexo quando existe alguma hierarquia de poder.

Os espaços de poder, a dominação de saberes, os processos de competição, a posição defensiva assumem um papel importantíssimo como obstáculos na construção da interdisciplinaridade no campo da Saúde Coletiva.(VILELA; MENDES, 2003).

Na presente pesquisa quis-se conhecer também como era vista pelos profissionais entrevistados, a participação da odontologia nas unidades que possuíam tal serviço. O que pôde ser observado foi a participação de forma mais pontual em trabalhos fora das unidades de saúde com a presença também dos profissionais de nível médio como as técnicas em higiene dental. A reduzida participação deste grupo nas reuniões de equipe também foi ressaltada, sendo que a odontologia é vista com certo distanciamento da equipe.

Observou-se também que em algumas US a localização espacial do serviço de odontologia se encontrava mais isolado das demais áreas. Muitos relatos informavam uma dificuldade de interação diária com os Cirurgiões Dentistas por estarem bem separados dos demais fisicamente. Também em uma das unidades visitadas e que não possuía o serviço odontológico, o planejamento para instalação de tal serviço constava de um espaço ao lado da unidade, sem comunicação física direta. Cabe ressaltar também que algumas unidades possuem espaços muito reduzidos para as suas funções e necessitam oferecer o serviço para a comunidade como prioridade. Isto nos leva a questionar até a configuração espacial das unidades para poder-se analisar a interação dos Cirurgiões Dentistas com o restante da equipe.

Em uma oficina de Saúde Bucal na Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário que foi promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde em conjunto com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, discutiram algumas experiências municipais de saúde bucal e levantaram alguns problemas da inserção do profissional de saúde bucal no SUS, entre elas cita-se: a baixa efetividade das ações de saúde bucal determinada pela ausência de participação popular na organização e avaliação dos serviços; a baixa incorporação das diretrizes do SUS; a prática de atenção à saúde bucal

fortemente pautada no modelo clínico; o isolamento do cirurgião dentista, em função de ser o único profissional responsável pela saúde bucal dos usuários e, como consequência, sua não participação na equipe de saúde (GEVAERD, 1993).

Também em um estudo qualitativo, do tipo descritivo exploratório, buscou-se conhecer a prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Feira de Santana-BA, no processo de municipalização da saúde. Foram selecionadas três UBS onde os cirurgiões dentistas foram entrevistados. A categorização das falas determinou um eixo temático no qual a prática odontológica em UBS no processo de municipalização da saúde em Feira de Santana, é vista como individual, curativa, autônoma e tecnicista (PEREIRA; PEREIRA; ARAÚJO ASSIS, 2003).

Ainda segundo os autores acima, a prática odontológica ainda esta sendo formada no modelo flexneriano, centrada no indivíduo doente, realizada com exclusividade por um sujeito individual, o cirurgião-dentista (CD) em um ambiente restrito. Esse individualismo profissional surge por este ser o planejador e executor de suas atividades e não sofrer avaliações de outras áreas. Dessa forma, os currículos para a formação profissional deveriam responder às necessidades da comunidade em que o órgão formador estivesse inserido.

Atualmente, a questão curricular nas instituições de nível superior da área de saúde teve que se adaptar às novas Diretrizes Curriculares Nacionais e na área da odontologia existe a preocupação com a formação de um profissional capacitado a realizar atividades referentes à saúde bucal da população, compreendendo a realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo a sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade,

atuando em todos os níveis de atenção e atuando multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente (BRASIL, 2002).

Isso foi observado em um estudo qualitativo que entrevistou diretores e coordenadores pedagógicos (formadores) e acadêmicos (estudantes) de instituições privadas e públicas do curso de odontologia; os resultados demonstraram que na fala dos formadores há um espaço para as mudanças institucionais, para a adequação às novas regras e que alguns resultados incipientes dos estudantes demonstraram um olhar mais ampliado para a saúde coletiva e que é perceptível que as políticas de saúde, a inserção da odontologia no PSF e as questões do mercado de trabalho instigam um novo olhar sobre a prática odontológica (MATOS; TOMITA, 2004).

Nesta pesquisa emergiram também algumas práticas em saúde bucal realizadas pelos médicos, enfermeiras e residentes entrevistados. As práticas educativas ou de orientação sobre saúde bucal estavam mais vinculadas ao público infantil, porém alguns poucos relatos direcionaram também para adultos e idosos que utilizavam medicamentos com o intuito de aliviar e evitar efeitos na cavidade oral, como também na construção de um protocolo de atenção ao idoso em que a saúde bucal estava contemplada. Pode ser observado também, em alguns relatos das enfermeiras, que as práticas educativas em adultos relacionavam-se mais com o cuidado geral e a boca não era incluída.

Em um estudo realizado com enfermeiras e pessoal auxiliar que trabalhavam em agências públicas e privadas de prestação de serviço domiciliar aos idosos em Iowa – Estados Unidos, foram pesquisadas as concepções que estes profissionais tinham em relação à saúde

bucal dos idosos. Responderam a um questionário um total de 388 enfermeiros, 196 diretores das agências e 1.413 auxiliares de saúde domiciliar.

Para os enfermeiros e diretores das agências, os maiores problemas para a promoção da saúde bucal seriam a limitação física e financeira do idoso. Os auxiliares responderam que, além dos problemas citados anteriormente, a falta de cooperação também estava presente como um obstáculo, além, também, dos enfermeiros afirmarem ter pouco tempo para direcionarem cuidados à saúde bucal nos idosos (LOGAN et al., 1991).

Também no estudo acima, cerca de 385 participantes responderam que realizavam alguma forma de instrução aos pacientes sobre problemas dentais e higiene oral, concordando com alguns relatos da presente pesquisa.

Na presente pesquisa, a avaliação da saúde bucal é uma prática que quando ocorre pode ser com três finalidades: preventiva, geralmente relacionada ao público infantil e mais freqüente, mas também na prevenção do câncer bucal com os adultos com fatores de risco como o fumo e o uso de bebida alcoólica; avaliação pela demanda espontânea da população e como uma função de diagnóstico para outras doenças.

Num estudo realizado em casas asilares de Genebra, os médicos foram questionados sobre os exames clínicos gerais e 33% afirmaram realizarem uma avaliação sistemática da cavidade bucal de todos os idosos, 39% quando existem sintomas e 28% ocasionalmente (CHUNG; MOJON; BUDTZ-JORGENSEN, 2000).

Morgan et al. (2001), avaliaram as percepções e conhecimentos de 82 médicos clínicos gerais e geriatras que trabalhavam em hospitais, sobre a saúde bucal de idosos. Foram

mostrados 12 slides de condições diversas da mucosa oral e foram questionados quanto ao diagnóstico, além de responderem a um questionário. A maioria dos médicos (84%) tem consciência da importância do exame bucal em pacientes idosos, contudo somente 19% relataram o exame da cavidade oral de todos os seus pacientes idosos e 21% indagam rotineiramente aos seus pacientes se eles têm algum problema oral específico. Estes estudos concordam com os dados encontrados na presente pesquisa, em que quando ocorrem as avaliações da cavidade bucal, essas são na maioria pela demanda espontânea, pela presença de sintomas.

Nos relatos dos profissionais entrevistados, emergiram conhecimentos sobre saúde bucal e a prática clínica diária, através do uso de medicamentos e efeitos na cavidade oral, como a xerostomia, da associação de problemas bucais e condições sistêmicas, aqui denominadas de conhecimento clínico.

A associação de medicamentos e efeitos colaterais na cavidade oral foi relatada mais nos grupos de médicos e residentes de medicina, talvez por serem estes os profissionais que prescrevem os medicamentos. As enfermeiras não levantaram esta questão. Em seu trabalho sobre concepções de saúde bucal de idosos, Logan et al (1991), verificou que a equipe de enfermagem também não referiu associação entre medicamentos e danos bucais, principalmente a cárie radicular.

Chung, Mojon e Budtz-Jorgensen (2000), após realizarem um curso sobre problemas orais e dentais de idosos asilados para 18 médicos, estes foram entrevistados sobre as percepções que tinham em relação a saúde bucal e geral e também como percebiam a cavidade oral. As respostas revelaram que 50% dos entrevistados acreditavam que a cavidade

oral era uma fonte de doenças e que somente 17% dos médicos concordaram que a cavidade oral era uma parte integrante do corpo.

Contrariando o estudo acima, nossa pesquisa pode observar que a maioria dos entrevistados citou a saúde bucal como parte integrante da saúde geral, porém as práticas foram bastante limitadas e principalmente direcionadas ao público infantil.

Um outro tipo de conhecimento, o de senso comum, também emergiu das entrevistas dos profissionais. O senso comum de que o idoso não valoriza a sua boca foi explicitado nas narrativas de alguns profissionais, que interpretavam as falas de seus pacientes idosos. O outro senso comum, refere-se aos conhecimentos relativos aos fatores etiológicos dos problemas bucais, com a permanência da visão higienista e biologista, provavelmente refletindo uma educação tradicional na odontologia.

Também a visão da saúde bucal, tendo relação com o contexto sócio-econômico, foi um outro ponto que emanou de algumas narrativas. Essa categoria foi levantada por alguns residentes, demonstrando uma ampliação do verdadeiro sentido da palavra saúde, a qual não se dissocia da realidade sócio-econômica de um povo.

Segundo Marcenes e Bönecker (2000), as diferenças em saúde entre as pessoas não podem ser totalmente explicadas por serviços médicos, pela genética ou por fatores comportamentais de risco alto, mas também é fortemente influenciada por fatores sociais e econômicos.

A partir do relato dos profissionais e residentes participantes do estudo, encontram-se algumas formas de representação da saúde bucal dos idosos. A maioria com um sentido negativo, quando se referem a degeneração, à negligência, a um estado precário, ao uso de próteses, refletindo uma história de vida com grandes dificuldades de acesso a serviços bucais sejam públicos ou privados, onde a barreira sócio-econômica se faz presente e a falta de programas ou protocolos que trabalhem este grupo populacional.

Estudando a influência da renda individual e familiar de uma amostra representativa da população idosa do Rio Grande do Sul no acesso aos serviços de saúde público e privado, Bós e Bós (2004) verificaram que no acesso à rede privada de atendimento a renda familiar do idoso teve um impacto muito mais expressivo do que a renda individual, com um aumento na renda familiar de um salário mínimo as chances de o idoso utilizar o atendimento privado aumenta em 20%.

Segundo o mesmo autor, os idosos estabelecidos em famílias extensas utilizam menos a rede privada, pois nestas famílias os recursos financeiros têm que cobrir as necessidades de um maior número de pessoas e a prioridade do atendimento de saúde do idoso diminui, fazendo com que estes utilizem mais os serviços públicos.

A utilização dos serviços odontológicos pelos idosos, não necessariamente depende somente da existência destes. Faz-se necessário conhecer a percepção que os idosos de cada localidade possuem a cerca de sua condição bucal, pois os fatores sócio-econômicos como a escolaridade e o nível de renda influenciam em suas percepções e o uso de serviços de saúde.

Segundo Barros e Bertoldi (2002), utilizando dados do PNAD 98, a participação do SUS nos atendimentos odontológicos é muito mais baixa do que na atenção médica e que adultos de 50 anos ou mais do grupo populacional dos ricos consultaram cerca de quatro vezes mais o dentista do que o grupo dos mais pobres, e a proporção de não atendimento aumentaram com a idade no grupo dos mais pobres e inversamente no grupo dos mais ricos.

A prevenção da saúde bucal do idoso foi também citada em algumas entrevistas como uma ação presente em todas as fases da vida, com a preocupação de se prevenir danos maiores ao indivíduo.

Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004a), a manutenção de uma boa saúde bucal é um fator decisivo para uma melhor qualidade de vida e que atividades de prevenção e de educação devem ser organizadas através de espaços sociais, na unidade de saúde, no domicílio entre outros.

A saúde bucal foi um tema representado pelas categorias ausência, existência e prevenção. A ausência de saúde bucal foi lembrada pelo conformismo da população perante a falta do serviço odontológico em algumas unidades de saúde e a permanente presença do paciente no ciclo restaurador odontológico, causando sofrimentos muitas vezes até psíquicos como no relato da experiência de um dos entrevistados.

Nesta pesquisa a saúde bucal foi referida como uma responsabilidade do profissional Cirurgião Dentista. De forma semelhante, alguns médicos que trabalhavam em casas asilares na Suíça foram questionados sobre a opinião deles em relação a cavidade oral. Concordando com nossa pesquisa, cerca de 22% dos médicos entrevistados acreditavam que a cavidade oral

não fazia parte da sua profissão e 11% acreditavam que era um local de tabu (CHUNG; MOJON; BUDTZ-JORGENSEN, 2000).

O ato de sorrir e a cavidade bucal como “órgão” de múltiplas funções como na mastigação e inclusive na questão das relações afetivas, representada pelo ato de beijar, também foram percebidas como da existência de saúde bucal. Estes dados são confirmados por uma pesquisa americana que entrevistou mais de 1000 idosos da Carolina do Norte sobre o impacto das condições dentais influenciando na qualidade de vida.

Os resultados revelaram que mais de 50% dos entrevistados responderam que os dentes influenciavam em como as outras pessoas os viam na alimentação em geral, no prazer de comer e na mastigação confortável. Também mais de três quartos dos entrevistados pensavam que os dentes tinham relação com o seu humor, apetite, relações afetivas, sucesso no trabalho e na frequência dos beijos (STRAUSS; HUNT, 1993).

A prevenção em saúde bucal esteve na maioria dos relatos ligada ao público infantil, possivelmente como reflexo dos programas e campanhas passadas quando os escolares, por terem um acesso mais facilitado para tais programas, eram o público-alvo dos trabalhos preventivos.

Isso pode ser observado pelo Relatório preliminar do Projeto Saúde Bucal 2002-2003 (BRASIL, 2004b), em que a condição do CPOD em crianças de até 12 anos, foi de 2,8, mas que esses valores alteraram-se significativamente quando esta população não mais estava sob o controle dos programas preventivos escolares, assumindo valores de 6,2 na adolescência, 20,1

na vida adulta entre os 35 a 44 anos e 27,8 em idosos. Neste último grupo o item perdido refletiu em 93% no total do índice.

No presente estudo buscou-se trabalhar o tema educação em saúde com os entrevistados por se entender que compreende uma importante atividade no trabalho de prevenção e promoção à saúde.

Do ponto de vista dos entrevistados, a educação em saúde significou uma orientação pra saúde, à medida que foi relacionada ao cuidado, incentivando-se o auto-cuidado, principalmente pelas enfermeiras; no sentido de promoção da saúde, à medida que nos relatos aparecem a busca da prevenção nas consultas e demais atividades e o enfoque na estratégia de abordagem do fator de risco comum.

Constatou-se que a educação em saúde, para estes profissionais, é uma construção mútua do conhecimento com a comunidade, onde se procura conhecer e respeitar cada realidade social.

A busca por uma conscientização da população sobre os seus problemas, e o estímulo à adoção de práticas saudáveis e a mudança de comportamento, foram pontos citados pelos entrevistados como metas da educação em saúde. Porém, a ausência da educação em saúde foi consequência da carência de infra-estrutura em educação em saúde bucal nas unidades, refletida pela carência de programas e protocolos em saúde que sejam trabalhados por todos da equipe e que abordem também a saúde bucal e que sejam de fácil acesso, ao mesmo tempo em que se questiona o conhecimento dos próprios profissionais da área

odontológica sobre a condição bucal do idoso, para que possam trocar e sensibilizar os demais colegas da equipe.

A Política Nacional de Saúde Bucal-PNSB-(BRASIL, 2004a) prevê, para a ampliação do acesso na atenção básica, duas formas de inserção da saúde bucal nos programas integrais de saúde: a) por linha de cuidado e b) por condição de vida. A primeira reconhecerá as necessidades próprias de cada idade (saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso) e a segunda envolverá a saúde da mulher, do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos e outros. E a saúde bucal estará incluída nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental.

Na busca de revisar os principais programas educativos em saúde bucal, foi realizada uma pesquisa bibliográfica no âmbito nacional e no Estado de São Paulo no período de 1992 a 2001. Os resultados obtidos foram trabalhos direcionados a escolares e que, apesar da existência de vários programas, a dimensão educativa foi pouco desenvolvida e bastante apoiada em práticas de comunicação unidirecional, sem espaço para práticas dialógicas que estimulam a problematização da saúde bucal, visando a autonomia com o cuidado com a saúde (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

A ausência dos profissionais da área odontológica diretamente nesta pesquisa deve-se ao caráter investigativo da compreensão das demais áreas no mesmo contexto, sobre a atuação destes profissionais, quando existentes nas unidades, não deixando de ser uma avaliação importante do processo interdisciplinar que envolve o trabalho em saúde coletiva e no desenvolvimento da metodologia de educação em saúde como um novo paradigma pluridirecional para o trabalho, principalmente na atenção primária, já que o SSC é

considerado modelo na formação de recursos humanos para o SUS e principalmente na estratégia do Programa de Saúde da Família.

Uma questão importante de ser salientada também na PNSB é que existe um conflito entre ampliação da assistência e a educação em saúde. Inicialmente esta política explicita que cerca de 75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. E que 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). E as atividades preventivas, de educação em saúde sejam realizadas preferencialmente por pessoal técnico ou auxiliar e sob a responsabilidade do CD.

Entretanto quando se refere à ação de promoção e proteção de saúde, esta política recomenda trabalhar em uma linha que combata a dependência excessiva aos profissionais ou serviços de saúde. Fica aqui um questionamento, como poder modificar um pensamento coletivo dependente do profissional de saúde e seus serviços, que ao longo do tempo disseminaram esta verdade, sem haver um forte incentivo às práticas educativas e promotoras de saúde?

Para Souza (1999):

aprender a trabalhar com parceiros significa realizar pesquisas em conjunto, trocar metodologias, entender a interpretação dos sentidos, valorizar a cultura e a história, analisar a conjuntura política, predispor-se a realizar leituras das diferentes linguagens complementares ao fenômeno saúde/doença.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, é necessário salientar que os dados obtidos na maior parte dos depoimentos dos profissionais entrevistados tornaram visível que a saúde bucal de idosos é ainda um tema pouco abordado e que existe pouca orientação sobre prevenção em saúde bucal para essa população. O enfoque ainda permanece na criança.

Através desta pesquisa, pode-se perceber que os idosos, principalmente os acamados, possuem uma maior dificuldade de acesso aos serviços odontológicos pela ausência de atividades educativas em saúde bucal direcionadas para este público. Nas entrevistas, os profissionais, algumas vezes, tomaram a fala do paciente idoso e explicitaram o senso comum existente da percepção deste quanto à saúde bucal, na maioria das vezes carregada de significados negativos e conformistas.

Estas questões, então, são de fundamental importância para se analisar que a temática saúde bucal pode ser trabalhada por toda a equipe de saúde, rompendo as barreiras da fragmentação do saber e da apropriação exclusiva das informações. Para que esta prática esteja presente no cotidiano do trabalho em equipe, é necessário esforço contínuo em busca da Interdisciplinaridade.

Esta pesquisa demonstrou que a busca da interdisciplinaridade é característica do SSC, refletida minimamente através das duas reuniões semanais que ocorriam nas US com os profissionais de diversas áreas.

A busca pela interdisciplinaridade no trabalho em saúde coletiva, requer muito mais do que boa vontade, e vai além do trabalho em equipe. Trabalhar as relações de poder, entre as diferentes profissões médicas, enfermagem e odontologia pode especificamente melhorar a atenção em saúde e também a saúde bucal, no intuito de promover a qualidade da atenção.

Esta qualidade de atenção deveria ir além do trabalho multiprofissional buscando o interdisciplinar desde o período da graduação e inserindo o Cirurgião Dentista nestas práticas.

O SSC deu um passo importante para a concretização desta meta, através da criação da Residência Integrada em Saúde, no ano de início de coleta de dados desta pesquisa (2004). Esse projeto abrangia diversas áreas da saúde, inclusive a odontologia, somando a já existente Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Os relatos da pesquisa demonstraram também que existe uma dificuldade de inserção do cirurgião-dentista nesta proposta interdisciplinar das equipes de saúde pesquisadas. Sabe-se que a demanda reprimida na área de saúde bucal ainda é extensa e exige forte atuação desse dentista no aspecto curativo. Ao mesmo tempo, podem-se repensar as práticas de saúde bucal que são utilizadas dentro das universidades brasileiras e inserir metodologias educativas que possam desenvolver, no futuro destes profissionais, habilidades técnicas, sem contudo, deixar de trabalhar o aspecto da interdisciplinaridade com as demais áreas num interagir com a comunidade.

Um fato chamou a minha atenção quando transcorrido alguns meses das entrevistas nas US, encontrei-me com uma das entrevistadas, uma médica, relatando que agora quando atendia a idosos lembrava-se desta pesquisa, da importância do trabalho em equipe. O paciente idoso era então, no mínimo, questionado sobre a sua condição bucal. Isso me fez refletir na importância do serviço odontológico se fazer presente nas ações da unidade, levando temáticas diversas para a discussão, pois quem não é visto não é lembrado.

A prática do trabalho com a comunidade é bastante desenvolvida entre os médicos e enfermeiros e isso se deve, principalmente, pela atuação em grupos. Esta pesquisa traz à discussão quais estratégias deveriam ser implementadas no ensino da odontologia no que tange ao desenvolvimento de habilidades de trabalho com a comunidade, com o apoio da educação em saúde no sentido de uma construção coletiva do conhecimento para a busca de mudanças efetivas no processo saúde-doença.

Algumas recomendações podem emergir dos relatos e outras das leituras bibliográficas pesquisadas. Uma recomendação de um dos entrevistados era que os residentes de medicina do SSC acompanhassem, por determinado período, o setor de odontologia, a fim de que desenvolvessem o aspecto de diagnóstico das alterações bucais.

Alternativas para a intenção interdisciplinar no âmbito da Odontologia incluiriam convênios interinstitucionais que proporcionassem a interação entre as faculdades de odontologia, educação e os serviços de saúde pública, promovendo um contato inicial do aluno com a realidade da saúde e o envolvimento com a comunidade, como também atividades de extensão multiprofissionais que estimulassem habilidades para o trabalho interdisciplinar.

Por último, esta pesquisa mostrou que é preciso dar especial atenção ao seguinte ponto: a reorientação do serviço de saúde pública está sendo direcionada ao programa de saúde da família, no qual o cirurgião dentista está inserido. Esta estratégia necessita de profissionais com maiores flexibilidades de atuações, e uma delas é a questão da visita domiciliar, principalmente para os idosos acamados.

Estimular práticas que sejam desenvolvidas fora dos consultórios odontológicos, com a finalidade de se trabalhar o aspecto domiciliar do atendimento, é um dos requisitos importantes a serem repensados pelas unidades de ensino.

Finalmente, pôde-se registrar que a via contextual descritiva possibilitou que a realidade fizesse emergir os aspectos mencionados acima. Este fato nos parece extremamente facilitador para uma boa prática profissional do Cirurgião Dentista na área de saúde pública e do trabalho com idosos.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 131-138, 2004.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev.2005.

AMENÁBAR, J. M.; BALDISSEROTTO, J.; PADILHA, D. M. P. Alterações da função mastigatória nos idosos. In: TERRA, N. L. (Org.). **Entendendo as queixas do idoso**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p. 243-252.

ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p. 557-581, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70 Persona, 1977.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BATISTA, L. L.; FERNANDES, M. G. M.; NÓBREGA, M. S. L. Avaliação geriátrica abrangente de idosos atendidos em uma unidade de saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 61-69, 2003

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BIRMAN, E. G.; SILVEIRA, F. R. X.; SAMPAIO, M.C. C. A study of oral mucosal lesions in geriatric patients. **Fac. Odontol. F.Z.L.**, v. 3, n. 1, p. 17-25, Jan./Jun. 1991.

BÓS, A. M. G.; BÓS; A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004.

BRASIL. **Lei Nº 8.080- Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> . Acesso em: 22 jan 2004.

_____. **Lei Nº8.142-Participação da Comunidade na Gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde**. Brasília, 1990b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm> . Acesso em: 22 jan 2004.

_____. **Lei Nº 8.842-Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1994. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm> . Acesso em: 20 jan 2004.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, 2002. Disponível em: < <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES032002.pdf> >. Acesso em: 20 jun 2005.

_____. Ministério da Saúde. **A Saúde Bucal no Brasil: A reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/bucal/psf.htm>>. Acesso em: 12 nov 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf> . Acesso em: 05 fev 2005.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Saúde Comunitária**. [Porto Alegre: GHC, [19--]. Folder da Instituição.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1395/GM: Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>> . Acesso em: 15 jul 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003- Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 Resultados Principais**. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf> Acesso em: 2 mar 2005.

_____.Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogota, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, 2001. Projeto Promoção da Saúde.

BRODEUR, J. M. et al. Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 70, n.5, p. 468-473, 1993.

BUCHABQUI, J. A. et al. **Integrando vivências**: Projeto Convivência Saúde 2000/org. UFRGS: GHC, 2000.

CARDOSO, C. L. Relações interpessoais na equipe do Programa de Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 7, n. 1, p. 47-50, jan./jun. 2004.

CASTILHOS, E. D. **A importância dos dentes e próteses para idosos de três diferentes Grupos**. 2001. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

CHAUNCEY, H. H. et al. The effect of the loss of teeth on diet and nutrition. **International Dental Journal**, v. 34, p. 98-104, 1984.

CHAVES, S. C. L; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 129-139, jan./fev. 2002.

CHUNG, J. P.; MOJON, P.; BUDTZ-JORGENSEN, E. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians. **Special Care in Dentistry**, v.20, n.1, p.12-17, 2000.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 43-53, 1999.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, set./out. 2002.

ESPINOZA, I. et al. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. **Journal Oral Pathol. Med.**, v. 32, n. 10, p. 571-575, Nov. 2003

FAZENDA, I.C.A. (Org.). **Dicionário em construção: interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2001.

FEIX, R. Atenção primária à saúde: conceito, implantação e tendências. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artmed, 1990. p. 11-15.

FERNANDES, R. A. C. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um centro de saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 54, n. 2, p. 107-110, 1997.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua Portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FITZPATRICK, J. Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff. **Journal of Advanced Nursing**, v. 32, n. 6, p. 1325-1332, 2000.

FRAIMAN, A. P. **Coisas da idade**. 4.ed. São Paulo: Gente, 1995.

FREIRE, M. C. M.; MACÊDO, R. A.; SILVA, W. H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesq. Odont. Bras.**, São Paulo, v. 14, n. 1. p. 39-45, jan./mar. 2000

FRENKEL, H.; HARVEY, I.; NEEDS, K. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 30, p. 91-100, 2002.

GEVAERD, S. A saúde bucal na vigilância à saúde no distrito sanitário. In: OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **A vigilância à saúde no distrito sanitário**. Brasília, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde n. 10).

GIACOMAZZI, M. C.; NADER, E. K.; SOUZA, D. S. Apresentação. **Momento & Perspectiva em Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 7-9, jul./dez. 1996.

GREKSA, L. P.; PARRAGA, I. M.; CLARK, C. A. The dietary adequacy of edentulous older adults. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 73, n. 2, p. 142-145, 1995.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 131-136, 1994

HAMASHA, A. H.; HAND, J. S.; LEVY, S. M. Medical conditions associated with missing teeth and edentulism in the institutionalized elderly. **Special Care in Dentistry**, v. 18, n. 3, p. 123-127, 1998.

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus: 1997.

INCA. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2003**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=BR>> Acesso em: 06 mar. 2004.

IRIBARRY, I.N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 483-490, 2003.

JOHNSON, T. E.; LANGE, B. M. Preferences for and influences on oral health prevention: perceptions of directors of nursing. **Special Care in Dentistry**, v. 19, n. 4, p. 173-180, 1999.

JOSHIPURA, K. J.; WILLETT, W. C.; DOUGLAS, C. H. The impact of edentulousness on food and nutrient intake. **The Journal of the American Dental Association**, v. 127, n.4, p. 459-467, p. 459-467, April 1996.

KOWALSKI, I. S. G.; SOUZA, C. P. Social representations of relatives and patients with oral and oropharyngeal squamous carcinoma on the prevention and diagnosis of cancer. **Acta Oncol. Bras.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 206-210, jan./dez. 2001.

KRALL, E.; HAYES, C.; GARCIA, R. How dentition status and masticatory function affect nutrient intake. **The Journal of the American Dental Association**, v. 129, p. 1261-1269, Sep. 1998.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, out./dez. 1994.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999a. Cap. 7, p. 186-190.

_____. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Porto Alegre: Artmed, 1999b. Cap. 8, p.214-228.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, mai./jun. 2003.

LOGAN, H. L. et al. Common misconceptions about oral health in the older adult: nursing practices. **Special Care in Dentistry**, v. 11, n. 6, p. 243-247, 1991

MARCENES, W.; BÖNECKER, M. J. S Aspectos Epidemiológicos e Sociais das Doenças Bucais. In: BUISCCHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica.** São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD, 2000.

MARCENES, W. et al. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 809-816, mai./jun.2003.

MATOS, D. L.; GIATTI, L. ; LIMA-COSTA, M. F. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional po amostra de domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1290-1297, set./out. 2004.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-1544, nov./dez. 2004.

MENEGHIM, M. C.; SALIBA, N. A. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba – SP: 1998. **Revista de Pós-Graduação**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 7-13, jan./mar. 2000.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa.** São Paulo: Pioneirta Thomson, 2002. Cap. 4, p. 50-55.

_____. **O método fenomenológico na pesquisa.** São Paulo: Pioneirta Thomson, 2002. Cap. 11, p.127.139.

MORGAN, R. et al. Survey of hospital doctors' attitudes and knowledge of oral conditions in older patients. **Postgrad Medical Journal**, v. 77, p. 392-394, 2001.

N'GOM, P. I.; WODA, A. Influence of impaired mastication on nutrition. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 87, p. 667-673, June 2002.

NORDSTRÖM, G. et al. A 9 – year longitudinal study of reported oral problems and dental and periodontal status in 70- and 79- year- old city cohorts in northern Sweden. **Acta Odontol. Scand.**, v. 56, p. 76-84, 1998.

NORLÉN, P. S. B.; BIRKHED, D.; BJÖRN, A.-L. On the relations between dietary habits, nutrients, and oral health in women at the age of retirement. **Acta Odontol. Scand.**, v. 51, p. 277-284, 1993.

NUNES, E. D. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 249-258, set./dez. 2002.

PAPAS, A. S. et al. The effects of denture status on nutrition. **Special Care in Dentistry**, v. 18, n. 1, p. 17-25, 1998a.

PAPAS, A. S. et al. A. Relation among education, dentate status, and diet in adults. **Special Care in Dentistry**, v. 18, n.1, p. 26-32, 1998b.

PARAJARA, F.; GUZZO, F. Sim, é possível envelhecer saudável!. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 91-99, 2000.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.

PAULSSON, G.; NEDERFORS, T.; FRIDLUND, B. Conceptions of oral health among nurse managers. A qualitativa analysis. **Journal of Nursing Management**, v. 7, p. 299-306, 1999.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A Equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, 1996. Cap.12, p. 238-240. (Saúde em Debate- Série Didática).

PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ARAÚJO ASSIS, M. M. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da

saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

PEREIRA, I. M. T. B. et al. Percepções do médico chefe a respeito de atividades educativas em Postos de Assistência Médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, p. 306-314, 1991.

PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 69-79, set.2004/fev.2005.

PERUSSI, M. R. et al. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São paulo. **Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 341-344, out./dez. 2002.

POMARICO, L.; SOUZA, I. P. R.; TURA, L. F. R. Oral health profile of education and health professionals attending handicapped children. **Pesq. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 11-16, 2003.

ROSA, A. G. F. et al. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 155-160, 1992.

SALIBA, C. A. et al. S. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 53, n. 4, jul./ago. 1999a.

SAPIRO, C. M. **Uma questão de método**. 2005. No prelo.

SAUNDERS, M. Nutrition and oral health in the elderly. **Dental Clinics of North America**, v. 41, n. 4, p. 681-698, Oct. 1997.

SHEIHAM, A.; MOYSÉS, S. J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: BUISCCHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD, 2000.

SILVA, S. R. C.; CASTELLANOS FERNANDES, R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.

SOUZA, A. S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 2, p. 10-14, 1999.

STRAUSS, R. P.; HUNT, R. J. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. **The Journal of the American Dental Association**, v. 124, p. 105-110, Jan. 1993.

TAYLOR, G. W.; LOESCHE, W. J.; TERPENNING, M. S. Impact of oral diseases on systemic health in the elderly: diabetes mellitus and aspiration pneumonia. **J. Public. Health Dent.**, v. 60, n. 4, p. 313-320, 2000.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde. **Estud. Psicol. (Natal)**, v.7, n.2, p.351-359, julho 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2005

THOMSOM, W. M. et al. Is medication a risk factor for dental caries among older people? **Community Dent Oral Epidemiology**, v. 30, p. 224-232, 2002.

TOSELLO, A. et al. Oral functional characteristics and gastrointestinal pathology: na epidemiological approach. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 28, p. 668-672, 2001.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987.

VELOZ, M. C. T, NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.12, n.2, p.479-501, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2005.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11,n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

WARREN, J. J. et al. Tooth loss in the very old: 13-15-year incidence among elderly Iowans. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 30, p. 29-37, 2002.

ZURRO, A. M.; PEREZ, J. F. C. Atención primaria de salud. In: _____. **Manual de atención primaria**: organización y pautas de actuación en la consulta. 2. ed. Barcelona: Doyma, 1989. Cap.1, p. 5-8.

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor (a):

Esta pesquisa visa descrever os saberes e práticas sobre saúde bucal em pacientes idosos de Médicos e Enfermeiros do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. A coleta de informações se dará por meio de entrevista individual gravada, onde serão discutidas algumas questões sobre saúde bucal. A entrevista será realizada no local de trabalho, em horário pré- agendado, que não prejudique o atendimento da comunidade. Este estudo não acarretará nenhum custo para seus participantes. É garantido neste estudo que não serão revelados os nomes dos participantes e nem dados que possam identificá-los. Os profissionais participarão voluntariamente e poderão falar para a pesquisadora que querem sair do estudo a qualquer momento que desejarem. Os participantes terão acesso à pesquisadora em qualquer etapa do trabalho para responder suas dúvidas. Pelo presente termo, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, sobre o presente projeto de pesquisa e que tive minhas dúvidas esclarecidas pela pesquisadora. Fui igualmente informado sobre a garantia da manutenção do anonimato e de receber resposta a outras dúvidas sobre essa pesquisa. É importante a participação de médicos e enfermeiros nesta pesquisa, pois os seus saberes e práticas em relação à saúde bucal podem contribuir significativamente para o diagnóstico precoce de alterações na cavidade bucal de pacientes idosos, já que estes procuram, com maior frequência durante o ano, os serviços médicos e de enfermagem.

Para maiores esclarecimentos contactar a pesquisadora responsável Danielle Bianca de Lima Freire (tel.: 8143-8041 ou 3316-5015)

Assinatura do(a) entrevistado(a):.....

Assinatura da pesquisadora:.....

Assinatura da orientadora:.....

Porto Alegre, ____ de _____ de 2004.

ANEXO 2

Entrevista com os profissionais

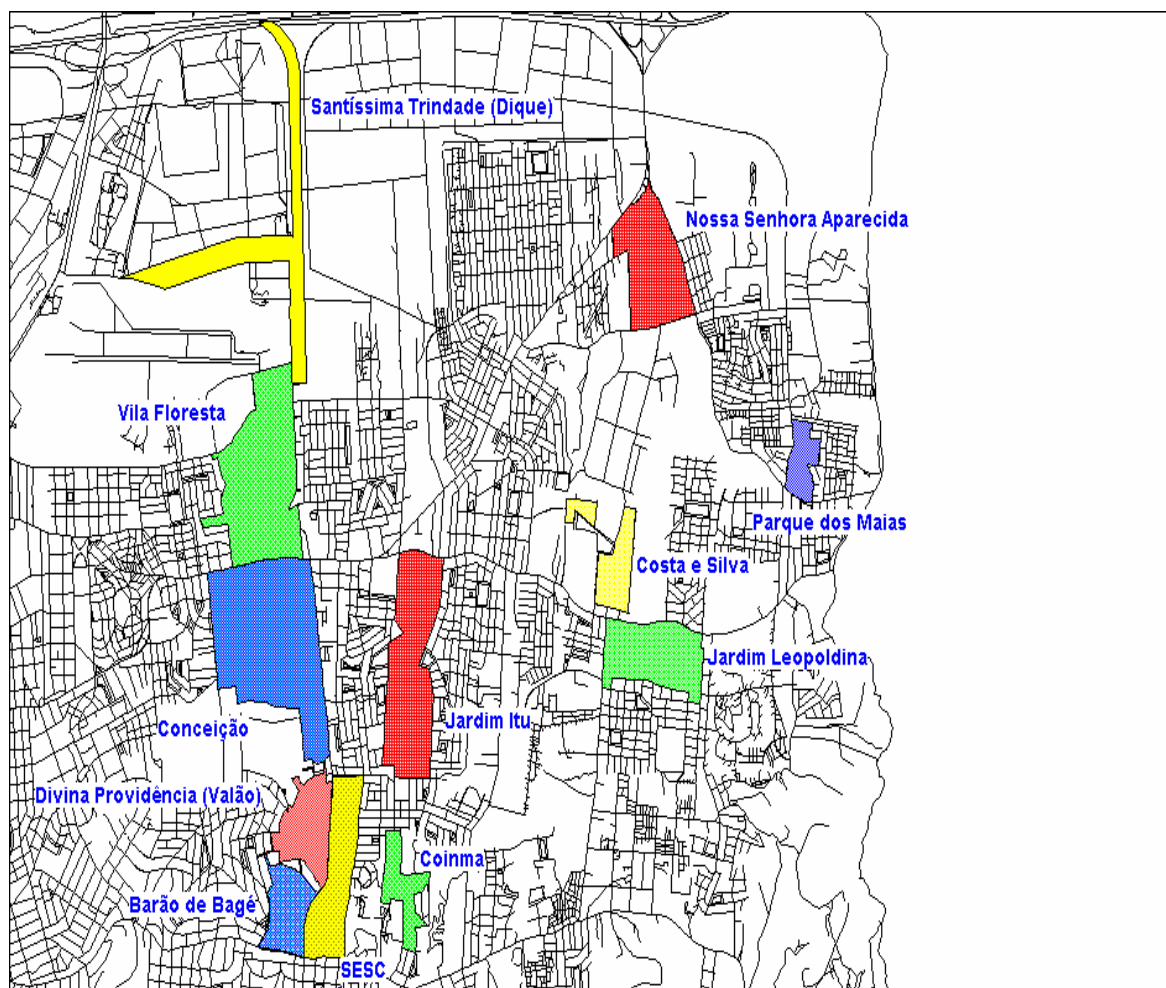
Após o contato com a chefia do SSC e os coordenadores das US, entramos em contato com os profissionais a serem entrevistados para convidá-los a participar.

A partir do consentimento do participante e em horário e local pré-agendados, levantamos os seguintes temas:

1. O que o fez escolher a saúde comunitária como campo de trabalho?
2. Você poderia me falar um pouco das atividades que realiza nesta unidade de Saúde?
3. O que você pode falar sobre a comunicação (troca de informações e experiências) entre os profissionais da unidade? Quais são os momentos em que isto acontece?
4. Existe assistência odontológica nesta Unidade de saúde? Isso reflete de algum modo no seu dia a dia de trabalho ?
5. Em um primeiro momento, o que vem à sua cabeça quando falo as palavras “Saúde Bucal”? Que tipo de informações você conhece sobre isso?
6. Conhece algumas doenças que afetam a cavidade bucal? Pode falar um pouco sobre elas?
7. Conhece como preveni-las? Pode falar um pouco mais sobre isso?
8. Com que frequência atende a pacientes idosos?
9. O que vem à sua cabeça quando falo em “Saúde Bucal do Idoso”?
10. Você tem conhecimento sobre algum protocolo de atendimento ao paciente idoso? E algum específico para a cavidade bucal?
11. Durante as atividades diárias, em algum momento a cavidade bucal do idoso é examinada?
12. Houve alguma circunstância em que esse paciente foi examinado ou encaminhado ao serviço odontológico? Qual?
13. que você sabe sobre a relação entre saúde sistêmica e a saúde bucal do idoso? E sobre medicamentos de uso sistêmico e efeitos sobre a cavidade bucal?
14. Você já realizou algum tipo de orientação preventiva sobre saúde bucal ao paciente idoso? Fale um pouco mais sobre elas?
15. O que você entende por “Educação em Saúde”? A quem compete a educação em saúde bucal do idoso?
16. Quais as fontes de informações sobre saúde bucal? E sobre o paciente idoso?
17. Como você avalia essas fontes?
18. Você se sente satisfeito com as informações que possui sobre saúde oral?
19. Há quanto tempo está formado?
20. Qual a faculdade que cursou? Foi uma instituição pública ou privada?

ANEXO 3

Distribuição das Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC em Porto Alegre



ANEXO 4

Parecer do Comitê de ética da UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Pesquisas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

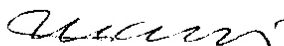
Número: 48/04

Título do projeto: SABERES E PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS

Investigador(es) principal(ais): Prof. Dra. Dalva Maria Pereira Padilha, Danielle Bianca de Lima Freire

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 15/06/04, ata nº 07/04 do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisas, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 15 de Junho de 2004.



Profa. Marisa Maltz

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa



Prof. Manoel Sant'Ana Filho
Coordenador da Comissão de Pesquisas

ANEXO 5

Parecer do Comitê de ética do GHC

GHC	GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
	HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. - CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 - F.341-1300 - Porto Alegre - RS - CEP: 91350-200
	HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)
	HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. - CNPJ 92.787.126/0001-76 - Rua Domingos Rubbo, 20 - F.361-3366 - Porto Alegre - RS - CEP: 91040-000
	HOSPITAL FÉMINA S.A. - CNPJ 92.693.134/0001-53 - Rua Mostardeiros, 17 - F.311-9898 - Porto Alegre - RS - CEP: 91430-001
Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/96	

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CEP - GHC
RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 05 de maio de 2004.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS, em reunião ordinária em 05/05/2004 analisou o projeto de pesquisa:

Nº 017/04

Título Projeto: Saberes e práticas de médicos e enfermeiros do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição sobre Saúde Bucal de Idosos.

Pesquisador(es): Danielle Bianca de Lima Freire

PARECER:

Documentação: Aprovada


Aspectos Metodológicos: Aprovados


Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

Grupo e área temática: Projeto pertencente ao Grupo III – Área Temática: Ciências da Saúde (Odontologia – 4.02).

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.


Dr. Julio Baldisserotto
 Coordenador
 Comitê de Ética do GHC

Recebido: 10/05/04

 Danielle Bianca de Lima Freire