UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

EDU CASSIANO HUGO PINTO

**Perfil dos cuidadores de idosos em Instituições de Longa
Permanência de Bauru: conhecimento e práticas em saúde bucal**

BAURU
2014

EDU CASSIANO HUGO PINTO

**Perfil dos cuidadores de idosos em Instituições de Longa Permanência de
Bauru: conhecimento e práticas em saúde bucal**

Dissertação apresentada a Faculdade de
Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências no
Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na
área de concentração Saúde Coletiva.
Orientador: Prof. Dr. Roosevelt da Silva Bastos

BAURU
2014

Pinto, Edu Cassiano Hugo
P659p Perfil dos cuidadores de idosos em instituições de
longa permanência de Bauru: conhecimento e
práticas em saúde bucal / Edu Cassiano Hugo Pinto.
– Bauru, 2014.
90 p.: il. ; 31 cm.

Dissertação. (Mestrado) -- Faculdade de
Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Roosevelt da Silva Bastos

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

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº 386.454
Data: 28/08/2013

DEDICATÓRIA

Dedico este meu trabalho a todos vocês...

Aos meus pais.

Eduardo Pinto

Lais Florino (in memoriam),

Sempre me fizeram acreditar no impossível e hoje mais do que nunca esta etapa de minha vida dedico a vocês!

A minha esposa.

ELDA,

Esteve presente em todos os momentos de minha vida, em poucas palavras resumo tudo o que você significa em minha vida... te amo!!

Aos meus irmãos.

Olga, Cassiano, Carlos, Cristina e Murilo,

Amo todos vocês.

A minha eterna Amiga.

Silvana Marcomini (in memoriam),

"Sil" se você estivesse aqui, sei que iria se orgulhar de mim... saudades.

Ao meu amigo/irmão Haroldo José Mendes

Sua amizade é de fundamental importância, colaborando para o meu aprendizado compartilhou todo seu conhecimento. Pelos momentos de happy-hour e acima de tudo, uma pessoa de extrema competência.

AGRADECIMENTOS

Aos professores do Departamento de Ortodontia, Odontopediatria e Saúde Coletiva

Fica a gratidão por toda a experiência vivida e dedicada a conquista deste trabalho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Roosevelt da Sila Bastos

Obrigado pela compreensão, paciência e dedicação. Pela amizade e orientação. Obrigado pela confiança.

*“No fundo de cada homem residem esses
poderes adormecidos; poderes que o
assombrariam, que ele jamais sonhou possuir;
forças que revolucionariam sua vida se
despertadas e postas em ação.”*

ORISON SWETT MARDEN

RESUMO

A população idosa está aumentando em todo o mundo, no Brasil, este processo de envelhecimento populacional ou transição demográfica vem seguido por consequências que interferem na sociedade. A dependência social, fatores econômicos, baixo valor das aposentadorias, ausência de familiares ou a incapacidade destes em cuidar do idoso são apontados como principais causas que poderiam levar a internação de um idoso numa Instituição de Longa Permanência (ILP). O objetivo desta pesquisa foi caracterizar o perfil dos cuidadores de idosos em práticas e conhecimento de saúde bucal em instituições de longa permanência de Bauru. As Instituições Filantrópicas (IF) quanto as Instituições Privadas (IP) foram selecionadas de acordo com lista fornecida pela Promotoria de Justiça do Idoso de Bauru. Foram utilizados como instrumento na coleta de dados uma ficha com um roteiro estruturado e um questionário a ser entregue aos cuidadores. A partir dos resultados concluiu-se que: O sexo feminino entre os cuidadores foi predominantemente maior com idade entre 40 e 50 anos de idade; Metade dos cuidadores de ambas as Instituições são casados; Nas IF é maior o número de cuidadores que ganham até dois salários mínimos; O percentual de profissionais com curso Técnico em Enfermagem é maior nas IF e maior com formação em cuidador de idosos; Nas IF é maior o número de profissionais que atuam como cuidadores e menor em número que atuam como auxiliar de enfermagem; Nas IP os profissionais possuem mais experiências do que nas Filantrópicas; A satisfação em cuidar de idosos foi maior para os profissionais das IF; Atividades de cuidados com higiene bucal nos idosos, os que realizam este tipo de atividade foram menores nas IF e maior nas IP os que se preocupam em acompanhar estes procedimentos com supervisão; Dentre as maiores dificuldades encontradas pelos cuidadores o lidar com a morte foi a que mais se destacou em ambas as instituições; Nas IF foi maior o aprendizado na prática diária na própria instituição; Nas IP o aprendizado em curso técnico foi em maior número; O número de cuidadores que recebeu treinamento após a admissão foi menor nas IF; Nas IP a quantidade de profissionais que sabem executar higiene bucal foi maior; Para a grande maioria dos cuidadores de ambas as

Instituições, realizar cuidados bucais de higiene em idosos é uma tarefa fácil. A maior dificuldade encontrada pelos cuidadores das IP na realização dos cuidados de higiene bucal foi a resistência do próprio idoso.

Palavras-chave: Idoso. Cuidadores. Saúde do idoso Institucionalizado. Saúde bucal.

ABSTRACT

Elderly caregivers profile in long-stay institutions of Bauru: knowledge and practices in oral health

The social dependence, lack of family or the inability of these in caring for the elderly and economic factors such as low value of pensions are cited as the main causes that could lead to hospitalization of an elderly in a long-stay institution (ILP). The elderly population is increasing worldwide, in Brazil, this process of population aging and demographic transition is followed by consequences that affect society. The objective of this research was to characterize the profile of elderly caregivers in practice and knowledge of oral health in long-term institutions of Bauru. The Philanthropic Institutions (FIs) and the Private Institutions (IP) were selected according to the list provided by the Prosecutor's Office of Elderly Bauru. A plug having a structured interview and a questionnaire to be given to the caregivers were used as a tool for data collection. From the results it was concluded that: The female among caregivers was most predominantly aged between 40 and 50 years old; Half of the caregivers of both institutions are married, In the IF is greater the number of caregivers who earn up to two minimum wages, the percentage of professionals with technical Nursing course is higher in IF and with greater training in elderly caregiver, IF in a greater number of professionals who work as caregivers and smaller in number working as a nursing assistant; on IP professionals have more experience than in Philanthropy; satisfaction in caring for the elderly was higher for professional IF; Activities oral hygiene care for the elderly, those who carry out this type of activity were lower in IF and higher in the IP that bother to follow these procedures under supervision; Among the major difficulties encountered by caregivers to cope with death was the one that stood out at both institutions; All IF was higher learning in daily practice within the institution; on IP learning in technical course was in greater numbers, the number of caregivers who received training after admission was lower in IF, IP in a number of professionals who know how to perform oral hygiene was higher; for the vast majority of caregivers of both institutions, performing oral care hygiene in the elderly is an easy task; the greatest difficulty encountered by caregivers of IP in implementing the care and oral hygiene was the resistance of the elderly.

Keywords : Elderly. Caregivers. Health of Institutionalized Elderly. Oral health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição dos cuidadores de idosos por Gênero e instituição, Bauru, 2013.....	43
Gráfico 2 –	Distribuição dos Cuidadores de idosos por Idade e Instituição, Bauru, 2013.....	44
Gráfico 3 –	Distribuição do cuidadores de idosos de acordo com o nível de escolaridade e tipo de instituição, Bauru, 2013.....	45
Gráfico 4 –	Distribuição dos cuidadores segundo faixa salarial e instituição, Bauru, 2013.....	47
Gráfico 5 –	Tempo de Trabalho nas Instituições de acordo com o Tipo de Instituição, Bauru, 2013.....	49
Gráfico 6 –	Distribuição dos cuidadores segundo realização de treinamento pós-admissão de acordo com tipo de instituição, Bauru, 2013.....	54
Gráfico 7 –	Cuidados de Higiene Bucal feito pelos cuidadores de acordo com a modalidade de Instituição, Bauru, 2013.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição da amostra segundo tipo de Instituição, Bauru, 2013.....	36
Tabela 2 –	Distribuição dos cuidadores de acordo com a formação profissional e instituição de trabalho, Bauru, 2013.....	47
Tabela 3 –	Variável por Tempo de Trabalho na Função, Bauru, 2013.....	50
Tabela 4 –	Variável por Experiência na Função, Bauru, 2013.....	50
Tabela 5 –	Forma do Aprendizado segundo as Instituições, Bauru, 2013....	53
Tabela 6 –	Frequência absoluta e relativa de cuidadores que sabem executar atividades de higiene bucal segundo tipo de instituição, Bauru, 2013.....	55
Tabela 7 –	Frequência absoluta e relativa de cuidadores que consideravam fácil desenvolver atividades de higiene bucal segundo tipo de instituição, Bauru, 2013.....	56
Tabela 8 –	Distribuição dos cuidadores segundo as maiores dificuldades encontradas em desenvolver atividades de higiene bucal e tipo de instituição, Bauru, 2013.....	57
Tabela 9 –	Frequência de como é realizado os procedimentos de higiene bucal em idosos independentes segundo tipo de instituição, Bauru, 2013.....	60
Tabela 10 –	Distribuição do profissional que recebe o relato quando o cuidador percebe algum tipo de alteração bucal, segundo tipo de instituição, Bauru, 2013.....	61
Tabela 11 –	Frequência Relativa quanto à dificuldade em participar de treinamento de cuidador, Bauru, 2013.....	62

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

APCD	Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas
AVC	Atividades de vida diária
IMPEA	International network for the Prevention of Elder Abuse
CDs	Cirurgiões Dentistas
ILPI	Instituição de Longa Permanência
IF	Instituições Filantrópicas
IP	Instituições Privadas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPI	Política Nacional da Pessoa Idosa
OHIP	Oral Health Impact Profile
OHQOL	Oral Health- related Quality of Life
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Instrument
CNS	Conselho Nacional de Saúde
STROB	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
SP	São Paulo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Gráf.	Gráfico
Tab.	Tabela
Instit.	Instituição

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1	DEMOGRAFIA DOS IDOSOS NO BRASIL.....	21
2.2	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	21
2.3	CUIDADORES DE IDOSOS.....	23
2.4	CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DO IDOSO E QUALIDADE DE VIDA	24
3	OBJETIVOS.....	29
3.1	OBJETIVO GERAL.....	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICO.....	31
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	33
4.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4.2	TIPO DE PESQUISA.....	35
4.3	CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA.....	35
4.4	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	36
4.4.1	FICHA DA INSTITUIÇÃO.....	36
4.4.2	ROTEIRO ESTRUTURADO.....	37
4.4.3	A COLETA DE DADOS.....	37
4.4.4	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5.1	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	42
5.1.1	GÊNERO.....	42
5.1.2	IDADE.....	43
5.1.3	NÍVEL DE ESCOLARIDADE.....	44

5.1.4	ESTADO CIVIL.....	45
5.1.5	REMUNERAÇÃO.....	46
5.1.6	FORMAÇÃO E FUNÇÃO NAS INSTITUIÇÕES.....	47
5.1.7	TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO.....	48
5.1.8	TEMPO DE TRABALHO NA FUNÇÃO / EXPERIÊNCIA.....	49
5.1.9	A SATISFAÇÃO COM O TRABALHO DE CUIDADOR.....	51
5.1.10	ATIVIDADES NO TRABALHO DE CUIDADOR.....	51
5.1.11	DIFICULDADES NO TRABALHO COM IDOSOS.....	52
5.1.12	APRENDIZAGEM DA PROFISSÃO CUIDADOR E TREINAMENTO.....	53
5.1.13	CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS.....	55
5.1.14	CUIDADOS DE HIGIENE BUCAL FEITOS PELOS CUIDADORES.....	58
6	CONCLUSÕES.....	65
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICES.....	79

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O termo “Idoso” foi definido após a primeira Assembleia sobre Envelhecimento Mundial, em agosto de 1982, definindo como indivíduos idosos pessoas de 60 anos ou mais ⁽¹⁾.

O aumento da população idosa é notado em todo o mundo, inclusive no Brasil, e este processo de envelhecimento populacional ou transição demográfica vem seguido por consequências que interferem na sociedade. Algumas destas consequências incluem o aumento da incidência de doenças crônicas degenerativas, gerando uma maior incapacidade e dependência em executar tarefas diárias ⁽²⁾.

A fim de mensurar a capacidade dos idosos em executar atividades de vida diárias (AVD), criou-se uma classificação que os enquadra em três níveis: independentes, moderadamente dependentes e dependentes ⁽³⁾.

Alguns fatores como a dependência, a ausência ou a incapacidade dos familiares em cuidar do idoso, fatores econômicos, como baixas aposentadorias, são apontados como principais causas que podem facilitar a internação do idoso numa instituição de longa permanência ^(2, 4).

A portaria 810 de 22 de setembro de 1989 do Ministério da Saúde estabeleceu normas e padrões de funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. São estabelecimentos correspondentes aos locais físicos equipados para atender idosos, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período determinado ou não ⁽⁵⁾.

Segundo o artigo 4.º do Estatuto do Idoso, diz que nenhum deles será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. Outro artigo importante o Quinze que assegura a atenção integral a saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário ao sistema ⁽⁶⁾.

São muitos os termos utilizados para definir o que é violência contra a pessoa idosa. São exemplos: maus tratos, abuso, negligência, omissão, abandono etc. A definição da International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) e

adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS): A violência contra a pessoa idosa se define como qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão, que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause dano ou incômodo à pessoa idosa ⁽⁷⁾.

Apesar de uma imensa maioria de idosos dos países desenvolvidos serem saudáveis e estarem morando independentes em suas residências, cerca de 80% deles experimentam uma forma de doença crônica ⁽⁸⁾.

A saúde do idoso é norteadada pela capacidade de manter uma vida autônoma e independente, expressada pela capacidade de autodeterminação e execução de atividades na vida diária, sem a necessidade de ajuda durante a velhice ⁽⁹⁾.

Nem todos os idosos tem esta capacidade de serem independentes, a ajuda de um cuidador por vezes é imprescindível e exige que este cuidador esteja capacitado para exercer esta função ⁽¹⁰⁾.

Cuidadores que vivenciam o cuidado como um ato negativo ligado ao dano, aborrecimento, ameaça e tensões tendem a desempenhar suas funções abaixo de suas capacidades. Ao contrário quando o enfrentamento é positivo, relacionado à aceitação da tarefa, a cuidar com resignação e amor ⁽¹¹⁾.

Embora uma grande maioria dos adultos idosos independentes resida em suas próprias casas, 5% de todos os idosos residem em casas de repouso ⁽¹²⁾.

Estes idosos frágeis e dependentes tendem a ter poucos ou quase nenhum dente funcional, resultando num estado de saúde bucal pobre com alta prevalência de cárie de superfície radicular e raízes residuais resultado de uma má higienização ⁽¹³⁾.

Uma avaliação de saúde bucal poderia ser incorporada na avaliação de rotina pela equipe de cuidadores e continuar a partir dum regime de cuidados organizados ⁽¹⁴⁾.

Com o rápido aumento da população idosa uma grande parcela da população depende de cuidados prestados por outras pessoas, incluindo o atendimento odontológico ⁽¹⁵⁾.

O cuidador de idosos definido como alguém que possa desenvolver ações de ajuda naquilo que o idoso não pode mais fazer sozinho, assume a responsabilidade de apoiar e ajudar estas necessidades melhorando sua qualidade de vida ⁽¹⁶⁾.

Alguns idosos são impedidos de alcançar uma boa higiene oral e ou da prótese dentária devido à falta de informação, dificuldade de visão e

comprometimento com a destreza. Estes dependem do auxílio de cuidadores para realizarem atividades básicas de higiene⁽¹⁷⁾.

Sabendo da importância que os profissionais cuidadores podem prestar na orientação e prevenção de doenças bucais em idosos institucionalizados, este trabalho tem como objetivo conhecer o perfil destes cuidadores, algumas dificuldades que possam impedir que os cuidados bucais sejam postos em prática, objetivando uma contribuição na qualificação e atenção prestada aos idosos que residem em instituições de longa permanência.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Demografia dos idosos no Brasil

No Brasil o declínio da mortalidade que deu início à transição demográfica foi demarcado mais pela ação médico-sanitária do Estado que por transformações estruturais que pudessem se traduzir em melhoria da qualidade de vida da população. Para minimizar o impacto do envelhecimento da população sobre os serviços de saúde, é de suma importância que programas eficazes no controle de doenças e prevenção sejam implantados no sistema de saúde ⁽¹⁸⁾.

A continuidade das tendências observadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, estimadas para o ano de 2020 indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final deste período, podendo representar quase 13% da população e que 62,4% da população idosa serão responsáveis pelos domicílios brasileiros ⁽¹⁹⁾.

O Brasil apresenta uma proporção crescente de idosos em suas áreas urbanas, isto se dá pelos movimentos migratórios acompanhando o processo de expansão das fronteiras econômicas ⁽²⁰⁾.

Espera-se que o envelhecimento humano para ser considerado completo agregue qualidade de vida durante os anos vividos e que esta qualidade de vida se agrupe espacialmente com as igualdades culturais e socioeconômicas ⁽²¹⁾.

Um dos primeiros estudos populacionais com idosos, no Brasil, foi realizado em São Paulo em 1984. Este estudo mostrou que o idoso residente num grande centro urbano apresentava um perfil muito semelhante ao que se esperaria de uma população de idosos em um país desenvolvido ⁽²²⁾.

2.2 Envelhecimento populacional e suas consequências

Há um aumento constante e significativo no número de idosos, todavia o número de profissionais para cuidarem destes idosos é insuficiente e quase sem nenhuma qualificação ⁽²³⁾.

Quarenta por cento dos idosos precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor 10% requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas ⁽²⁴⁾.

Países não desenvolvidos enfrentam este tipo de experiência, de um lado o envelhecimento populacional que está ocorrendo sem que tenham melhorias das condições de vida da maioria desta população, de outro lado, a rapidez com que este envelhecimento está ocorrendo ⁽²⁵⁾.

Na França considerado um país desenvolvido, o ministro da saúde mostrou a grande precariedade em que se encontravam seus asilos, considerados “depósitos de mendicância” um local onde se acumulavam pessoas dependentes preocupando-se apenas em fornecer hospedagem e alimentação básica aos idosos. A maior parte das instituições negligencia serviços médicos e atividades de reabilitação ⁽²⁶⁾.

Com a longevidade aumentando, é maior o número de idosos com doenças do tipo crônico degenerativas, isto preocupa os setores de planejamento de saúde no Brasil tendo em vista o alto custo do envelhecimento. Esta longevidade aumentada se dá através de uma mudança nos padrões das doenças, conhecido como transição epidemiológica ⁽²⁷⁾.

Um crescente despreparo estrutural familiar juntamente com a cronicidade de algumas doenças que afetam estes idosos faz com que a procura por instituições especializadas aumente. Nem sempre a família tem o preparo adequado para cuidar de um idoso dependente. A maioria dos idosos constitui-se de pobres, impossibilitando manter-se em sua própria residência por familiares ^(4, 24).

Espera-se no futuro uma maior necessidade dos serviços de instituições de longa permanência. Em alguns países europeus este assunto tornou-se prioridade política ⁽²⁸⁾.

Despesas com saúde tendem a aumentar progressivamente com o envelhecimento populacional, agravando os desafios de promoção da equidade ⁽²⁹⁾. De acordo com o quadro sócio epidemiológico do Brasil, a aprovação de uma Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI), tem por objetivo central recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos, através do desenvolvimento de ações de saúde individuais e coletivas ⁽³⁰⁾.

Os avanços das políticas juntamente com a mudança no perfil populacional, existe uma possibilidade destas pessoas vivenciarem este processo de envelhecimento com saúde, disposição física e praticando atividades laborais. Por outro lado estas mesmas pessoas poderão adoecer devido à própria fisiologia humana natural limitando o organismo humano, tendenciando o aparecimento de doenças crônicas, limitando sua autonomia causando alterações emocionais e sociais ⁽³¹⁾.

2.3 Cuidadores de idosos

Com um novo perfil demográfico sendo instituído no país há uma necessidade de aumentar a qualidade e quantidade de profissionais a atuar junto ao envelhecimento ⁽³²⁾.

O cuidador é o sujeito que presta cuidados à outra pessoa que esteja precisando, podendo esta pessoa estar acamado (a), com limitações físicas ou mentais, prestando serviço com ou sem remuneração. As tarefas dos cuidadores de idosos em instituições de longa permanência é ir sempre além de um simples monitoramento ⁽³³⁾. A assistência e cuidado ao ser humano conjugam-se de sentimentos e procedimentos técnicos ⁽³⁴⁾.

Este mesmo cuidador é de fundamental importância para a reabilitação e atendimento às necessidades do dia a dia de idosos fragilizados, orientando para a saúde, bem estar, segurança, conforto e respeito e incentivo ao estímulo à autonomia e independência ⁽³⁵⁾.

Existem dois tipos de cuidados, o cuidado técnico relacionado predominantemente a aspectos físicos, para este existe manuais e modelos de intervenções, rotinas de procedimentos. O cuidado humano denominado não físico não é normatizado em manuais, tornando a vivência um ato imprescindível para se ter um significado a quem realiza e quem recebe ⁽³⁴⁾.

A observação do idoso facilitará o contato com ele, facilitando o processo de cuidar identificando algumas outras alterações quando este estiver impossibilitado de utilizar a comunicação verbal ⁽³⁶⁾.

Entre o cuidador e o idoso forma-se um elo emocional e afetivo, que torna importante o processo de cuidar.

Alguns sentimentos tornam-se evidentes nesta relação entre o cuidador e o idoso, o não conseguir lidar com dificuldades poderia levar o idoso a um comportamento incompreensível, causando um incomodo particular ao cuidador ⁽³⁷⁾.

Alguns desafios relatados por cuidadores de idosos são expressos em: incertezas, aflição em testemunhar a piora de saúde do paciente, dificuldade em encontrar tempo para dedicar-se na própria vida, falta de apoio emocional e uma forma de minimizar a ansiedade e frustrações ⁽³⁸⁾.

A sobrecarga no trabalho de cuidador apresentou um aumento no índice de sintomas depressivos, ansiedade, uso de medicação psicotrópica, pior avaliação de saúde e menor satisfação com a vida ⁽³⁹⁾.

Para que não ocorra em nenhum momento alguma negligência por parte do cuidador, dentro de uma abordagem de vigilância para promoção da saúde, o processo saúde-doença-cuidado o cuidado ao idoso institucionalizado demanda uma atenção contínua ⁽⁴⁰⁾.

O cuidador por inúmeras vezes sacrifica a própria saúde à atender as necessidades dos idosos, diminuindo a qualidade no cuidado prestado.

O termo qualidade no cuidado é de difícil definição, justamente pela dificuldade em avaliar este processo de cuidado em instituições de longa permanência, determina-se a qualidade prestada a este cuidado a partir da estrutura das mesmas e valores cobrados ⁽⁴¹⁾.

2.4 Condições de saúde bucal do idoso e qualidade de vida

Doenças bucais são e continuarão a ser um problema de saúde pública devido ao crescimento demográfico desta população, também pelo aumento da proporção de indivíduos dentados que estão envelhecendo ⁽⁴²⁾.

Em países industrializados a política preventiva levou a uma situação paradoxal, o número de idosos dentados aumentou e conseqüentemente o número de superfícies dentárias que possam ser envolvidas por cárie e doença periodontal

também aumentou isso mostra uma alta incidência de cárie na população geriátrica (43).

No Brasil há uma ausência de programas de saúde bucal voltado para os idosos, constituindo um quadro epidemiológico precário. O edentulismo foi considerado um grave problema no grupo etário de 65 a 74 anos segundo o Ministério da Saúde nos anos de 2002 a 2003 (44).

Quando se pensa em saúde bucal de idosos institucionalizados, admite-se que tenha um papel importante dentro de um contexto geral.

Sabendo-se que a saúde bucal reflete diretamente na autoestima, estado nutricional e saúde geral deste grupo vulnerável de pessoas (45).

A saúde bucal aceita por definição é por padrão permitir que um indivíduo fale sem nenhum desconforto ou embaraço, socialize-se sem nenhuma doença ativa e que isto contribua para seu bem estar geral (46).

A condição socioeconômica é outro fator que está relacionado intimamente com a perda dental no idoso (47).

Outro importante fator que interfere diretamente na qualidade de vida dos idosos é a capacidade de mastigação, que esta intimamente ligada com uma nutrição adequada e com saúde geral. Com o envelhecimento há um declínio na capacidade motora, baixa estima, falta de estímulo ou incapacidade para que se realizem uma higiene oral (48).

Os idosos consideram a higiene bucal como uma atividade muito pessoal, e a maioria são sensíveis a qualquer sugestão que realizem ineficazmente (49).

Os cuidados com a saúde bucal de idosos institucionalizados por vezes é problemático, a maioria dos residentes dependem dos cuidadores para ajuda-los, principalmente nos cuidados com higiene pessoal. Entretanto poucos idosos independentes tiveram informações adequadas sobre saúde bucal antes da institucionalização (50).

Desta maneira um preparo e uma boa compreensão sobre higiene bucal em idosos seria importante por parte dos cuidadores, diminuindo assim o reflexo destes problemas.

O impacto da doença bucal é significativo, socialmente e psicologicamente na vida de um indivíduo. Afeta a qualidade de vida quando altera o funcionamento físico, social e psicológico. Em geral a qualidade de vida refere-se à satisfação das necessidades individuais para o crescimento, bem estar e autoestima entre outros.

As condições de saúde bucal de uma pessoa é o seu principal determinante de qualidade de vida ⁽⁵¹⁾.

A má saúde bucal põe o idoso num risco maior em contrair doenças e contribui para a diminuição da qualidade de vida, além de tornar onerosos os custos de institucionalização ^(52, 53).

Estas condições fazem com que os idosos institucionalizados sejam dependentes quase que de maneira total de seus cuidadores.

A odontologia preventiva tem uma importante participação na melhoria da qualidade de vida destes idosos, através da prevenção e tratamento de doenças bucais, além de capacitar os cuidadores de idosos ⁽⁵⁴⁾.

Fisiologicamente a saúde bucal tem um papel significativo na mastigação adequada, deglutição e digestão de alimentos. E é de suma significância na comunicação verbal e não verbal para um relacionamento psicossocial ⁽⁵⁵⁾.

O desenvolvimento de instrumentos para avaliação entre condição de saúde bucal e qualidade de vida e função facilita entender melhor esta interpelação. Três destes instrumentos são utilizados para métodos de avaliação, entre eles: *Oral Health Impact Profile* (OHIP), *Oral Health-related Quality of Life* (OHQOL) e *Geriatric Oral Health Assessment Instrument* (GOHAI), sendo este especificamente criado para idosos ⁽⁵⁶⁾.

A perda dental, dentaduras mal ajustadas, perda do paladar e do olfato dos alimentos poderia eventualmente alterar o consumo alimentar destes idosos levando a um risco eminente de desnutrição ⁽⁵⁷⁾.

Importante salientar que indivíduos com deficiência cognitiva com doença de Alzheimer, por exemplo, além do comprometimento cognitivo também apresentam comprometimento suas funções básicas de higiene bucal. Estes idosos com déficit de atenção são muito distraídos e além da deficiência de memória prospectiva, podendo ter dificuldades em lembrar na remoção e ou limpeza de próteses na hora de dormir ⁽⁵⁸⁾.

Todo este comprometimento funcional não somente afeta a qualidade de vida do idoso como aumenta a sobrecarga e dedicação maior de cuidados ⁽⁵⁹⁾.

Quando se fala em qualidade de vida de um indivíduo, esta terminologia quando relacionada à saúde envolve-se quase que diretamente a doenças ou intervenções de saúde. Sabemos que este conceito é muito mais amplo e subjetivo,

a saúde bucal pertence a saúde como um todo, sendo um fator importante para a qualidade de vida ⁽⁶⁰⁾.

Nos idosos os problemas bucais são crônicos e severos, isto pode torna-los irritados e perder o interesse pela vida. À importância em se tomar medidas para que a qualidade de vida melhore proporcionando um consolo e conforto em suas vidas ⁽⁶¹⁾.

O cuidador de idosos é capaz de desenvolver ações de ajuda, naquilo que o idoso não pode mais fazer sozinho. Assumindo a responsabilidade de fornecer apoio e ajuda a essas necessidades, melhorando sua qualidade de vida ⁽¹⁶⁾.

3 Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo desta pesquisa é caracterizar o conhecimento e práticas de saúde bucal dos cuidadores de idosos em instituições de longa permanência de Bauru em 2013.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Avaliar o perfil socioeconômico-cultural dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Bauru;
- ✓ Identificar práticas de saúde bucal realizadas pelos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência;
- ✓ Identificar como os cuidadores adquiriram conhecimentos de saúde bucal para aplicarem com os idosos;
- ✓ Comparar as práticas em saúde bucal realizadas entre instituições filantrópicas (IF) e privadas (IP);
- ✓ Identificar as dificuldades encontradas pelos cuidadores com a prática de saúde bucal dos idosos.

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, seguindo suas orientações e recebendo a autorização para efetuar a pesquisa em 28/08/2013 conforme Processo nº 386.454/2013.

Todos os participantes foram informados da pesquisa e sobre os objetivos da pesquisa, da garantia do anonimato, do caráter voluntário da participação e como procedimento foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96).

4.2 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo Epidemiológico Observacional do tipo Transversal.

4.3 Constituição da Amostra

Para a realização desta pesquisa, primeiramente, foi identificado quantas e quais as Instituições de Longa Permanência existiam no município de Bauru, SP. Para estabelecer um critério de inclusão da amostra obteve-se uma lista junto a Promotoria de Justiça do Idoso de Bauru, onde constavam em Bauru dezessete Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI), sendo duas filantrópicas e quinze privadas. Após tentativa de contato via telefone com todas as instituições, foram confirmadas sete Instituições sendo duas filantrópicas e cinco privadas. Das dezessete Instituições, nove delas não estavam mais em atendimento e uma não demonstrou interesse em participar da pesquisa. Após o primeiro contato feito com as instituições, foram marcadas as visitas nestas instituições para a entrega da carta de informação (APÊNDICE A) e obter o termo de aquiescência a fim de encaminhar a documentação a CEP.

A amostra desta pesquisa foi constituída de sete Instituições de Longa Permanência, duas Instituições Filantrópicas e cinco Instituições Privadas que informaram o total de oitenta e nove cuidadores, 38 (42,7%) de Instituições Filantrópicas e 51 (57,3%) de Instituições Privadas. Desta amostra, 64 cuidadores (70,8%) fizeram parte da pesquisa e 26 cuidadores (29,2%) não responderam ao roteiro estruturado e/ou não quiseram fazer parte da pesquisa. Destes 64 cuidadores, 28 (42,8%) são de IF e 36 (57,2%) são de IP. (Tabela 1).

Nesta pesquisa foram chamados de cuidadores todos que diretamente trabalhavam com os idosos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos em Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Cuidadores com ou sem formação e Proprietário que estivesse diretamente ligado ao processo de cuidar.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo tipo de Instituição. Bauru, 2013.

INSTITUIÇÕES	NÚMERO DE CUIDADORES	PERCENTUAL
Filantrópicas	28	42,7
Privadas	36	57,3
TOTAL	64	100,0

4.4 Instrumentos para Coleta de Dados

4.4.1 Ficha da Instituição

Para o conhecimento das informações das Instituições participantes deste estudo, foi redigido uma ficha (APÊNDICE B) contendo as seguintes questões:

- ✓ Nome da Instituição.
- ✓ Modalidade de Instituição (Privada ou Filantrópica).
- ✓ Dados da Equipe da Instituição.
- ✓ Se há presença de consultório dentário (funcionando ou não).
- ✓ Frequência de Cirurgião Dentista na Instituição.

4.4.2 Roteiro Estruturado

As informações coletadas com a coordenação das instituições de Longa Permanência ILPI serviram de base para a definição do número de cuidadores entrevistados. Foi entregue um formulário contendo um roteiro estruturado com perguntas onde todos que consentiram sua participação através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), responderam as perguntas. Este roteiro com questões simples e objetivas (APÊNDICE D) onde foram coletados os dados do perfil socioeconômico do cuidador, satisfação e dificuldades relacionadas ao trabalho, conhecimento sobre cuidados odontológicos e práticas de higiene e saúde bucal dos idosos.

4.4.3 A Coleta de Dados

Inicialmente houve por parte do pesquisador uma solicitação junto ao coordenador de cada Instituição a autorização para ser realizada a pesquisa através de uma carta de solicitação (Apêndice A). Após a autorização concedida e devidamente assinada pelos representantes respectivos de cada Instituição o pesquisador deu início a entrega do roteiro estruturado contendo as perguntas a serem respondidas pelos cuidadores. (Apêndice D).

4.4.4 Coleta e Análise dos Dados

Todos os dados foram coletados, organizados e classificados de forma quantitativa utilizando o programa Microsoft Excel. Para se realizar a representação descritiva de cada instituição utilizou-se o programa Statistica 5 (StatSoft®) e organizados em forma de tabelas e gráficos.

O teste Qui-quadrado foi empregado para a comparação entre os dois grupos em variáveis qualitativas nominais.

O teste de Mann-Whitney também foi utilizado quando em variáveis ordinais.

5 Resultados e Discussão

5 Resultados e Discussão

Nesta pesquisa o foco principal foram os cuidadores de idosos e seus conhecimentos e práticas sobre saúde bucal. O conhecimento dos cuidadores pode fazer com que idosos institucionalizados tenham ou não mais saúde.

No momento da construção do roteiro estruturado, pensou-se em todas as maneiras em evitar o máximo que o estudo tivesse alguma lacuna em estabelecer vieses. A estruturação de perguntas fechadas que foram 90% das perguntas, dificultaria o aparecimento de vieses, e apenas duas perguntas abertas 10%, todavia, as respostas dadas pelos sujeitos da pesquisa tanto nas fechadas como nas abertas poderiam ser manipuladas de alguma maneira. Mesmo não tendo que identificar-se no roteiro estruturado o sujeito da pesquisa poderia sentir-se acuado e ou constrangido em responder certas perguntas.

A fim de evitar tal fato, o cuidador foi orientado a responder o questionário individualmente, em um momento que estivesse só e os formulários eram inseridos em um envelope e lacrados para ser entregue ao pesquisador.

As limitações deste estudo foram pertinentes à dificuldade em distribuir os roteiros entre os cuidadores, demora na devolução dos roteiros e a falta de interesse por algumas instituições em participar da pesquisa.

Esta pesquisa foi realizada com sete instituições de longa permanência de Bauru: cinco privadas (IP) e duas filantrópicas (IF). As sete instituições que fazem parte desta pesquisa estão contidas em uma lista obtida pela Promotoria do Idoso de Bauru, que estavam em funcionamento no ano de 2013. O número total de cuidadores de idosos empregados nestas instituições participantes foi de 64 (28 em IF e 36 em IP).

É conhecido que no Brasil a saúde geral do idoso ainda requer maiores e melhores cuidados e em se tratando de saúde bucal isto se torna mais caótico.

O atendimento clínico odontológico foi citado apenas por uma IP, da equipe de profissionais de saúde, os cirurgiões dentistas estão entre os que menos frequentam as instituições, independente da modalidade da instituição e do tipo e presença de consultório odontológico e ou número de idosos residentes ⁽⁴⁴⁾.

Em instituições maiores a visita de cirurgiões dentistas são regulares e organizadas e mais comuns igualmente para o atendimento de emergência odontológica ⁽⁶²⁾.

A saúde bucal do idoso contribui para o seu bem estar físico e social, portanto cuidadores capacitados a desenvolver tais cuidados de higiene bucal certamente proporcionarão melhor qualidade de vida a esta população.

Apenas uma (1,6%) das instituições IF havia um consultório odontológico, porém sem atendimento aos idosos e na instituição IP que havia atendimento odontológico o cirurgião dentista era contratado uma vez na semana quando necessário e não tinha consultório odontológico. Logo se percebe na observação destes dados que: a maioria, quase cem por cento das instituições IF, IP não possuem um atendimento odontológico a seus clientes (idosos). A capacitação dos cuidadores de idosos em saúde bucal poderia ser de extrema importância para ensinar e auxiliar os idosos institucionalizados.

5.1 Descrição da Amostra

5.1.1 Gênero

O sexo feminino entre os cuidadores foi predominantemente maior 88,9% (24 nas IF 88,9%, e 32 nas IP 88,9%), no entanto não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$)*. O emprego de mulheres nesta profissão é alto, este número elevado pode ser explicado porque na gerontologia os cuidadores familiares e o ato de cuidar seria considerado uma tarefa feminina segundo a cultura ocidental ⁽⁶³⁾.

Pode-se explicar o porquê do grande número de mulheres serem a maioria de cuidadores de idosos nas instituições, além da tradição cultural, outro fator seria o fato de grande número de mulheres idosas dependentes estarem nestas instituições ⁽⁴⁾. Estas idosas dependentes necessitam de cuidados e acompanhamento diário tais como: ajuda no banho, higiene geral e íntima e vestir-se. Os cuidadores do sexo feminino teoricamente seriam as melhores indicadas para estas atividades. Isto parece não tirar a competência dos cuidadores do sexo masculino, entretanto são as mulheres que dominam esta profissão. (Figura 1)

Não houve diferença estatisticamente significante ($p=1,000$)* Mann-Whitney

Gráfico 1 – Distribuição dos cuidadores de idosos por Gênero e instituição*, Bauru, 2013.

5.1.2 Idade

Nas instituições filantrópicas IF, 48,1% dos 27 cuidadores tinham até 40 anos, 22,2% tinham até 30 anos, 22,2% tinham até 50 anos e 7,4% tinham até 60 anos de idade, uma pessoa (3,6%) não respondeu. Já nas instituições privadas IP, 40,7% dos 36 cuidadores tinham até 50 anos, 37% tinham até 40 anos, 14,8% tinham até 30 anos e 7,4% tinham até 60 anos de idade, 9 (25%) não responderam. Não houve diferença estatisticamente significante ($p>0,05$)* (Figura 2).

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,221$) * Mann-Whitney

Gráfico 2 – Distribuição dos Cuidadores de idosos por Idade e Instituição*, Bauru, 2013.

Nas instituições Privadas (IP), a porcentagem da idade até 50 anos é de 40,7%, sendo parecidas com a idade média dos cuidadores familiares, mulheres de meia idade ⁽⁶⁴⁾. Poucos cuidadores com até 60 anos foram observados neste estudo, talvez por exigir um esforço físico maior pela função. Idosos com problemas de mobilidade necessitam de maior ajuda em quase todas suas tarefas, exigindo um esforço maior por parte do cuidador ⁽⁶⁵⁾.

5.1.3 Nível de Escolaridade

Quanto á escolaridade, observou-se que cuidadores das IF apresentavam-se em um número bastante significativo 13 (48,1%) com colegial completo, igualmente comparado com as IP que apresentavam 13 (48,1). Importante ressaltar que apenas 1 (3,7) era analfabeto nas IF contra 2 (7,4) das IP. (Figura 3) Há necessidade de oportunidades de formação nesta linha e que sejam multiplicadas para se fazer em face de demandas sociais crescentes ⁽³²⁾.

Podemos observar que o nível de escolaridade entre as duas Instituições é parecido, e que a maioria dos cuidadores são pessoas possuem nível escolar médio completo. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$)*.

Programas interdisciplinares de educação e suporte para cuidadores poderiam auxiliar o cuidador em sua profissão ⁽³⁹⁾.

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,919$)* Mann-Whitney

Gráfico 3 - Distribuição do cuidadores de idosos de acordo com o nível de escolaridade e tipo de instituição*, Bauru, 2013.

5.1.4 Estado Civil

Cinquenta por cento (14) dos cuidadores das IF são casados e 7 (25%) são solteiros, nas IP 14 (41,2) são casados e 12 (35,3%) solteiros.

Para os cuidadores casados, podem ser aumentadas as dificuldades para cuidar do idoso devido às outras atividades que estes desempenham, como esposa, mãe ou até avó, e isso pode contribuir num comprometimento da qualidade de assistência ao idoso ⁽⁹⁾.

Talvez este alto índice de cuidadores casados seja pela necessidade em ajudar nas despesas da casa, colaborando com o marido. Em contrapartida outros cuidadores onde a maioria é constituída por mulheres casadas, filhas dos idosos e que não tinham nenhuma renda para a efetivação da profissão de cuidador ⁽³⁵⁾.

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,566$) Teste Qui-Quadrado.

5.1.5 Remuneração

Os dados coletados mostraram que existem diferenças entre a remuneração dos funcionários das IF quando comparados com os das IP ($p<0,05$)*. A maior parte dos cuidadores das IF, 24 (92,3%) ganham até dois salários mínimos (referência do mês 10/2013, um salário = R\$ 678,00), apenas 1 (3,8) ganha até 4 salários. Nas IP 8 (61,5) dos cuidadores ganham até 2 salários mínimos, 1 ganha até 4 salários. (Figura 4)

Nenhum dos cuidadores recebia menos de um salário mínimo e não foi observado nenhum trabalho de voluntariado por parte de algum cuidador.

Independente da modalidade ou classificação das instituições, 81,1% dos cuidadores recebia entre 1 e 2 salários ⁽²⁶⁾.

A instituição poderia não ser a melhor opção para o idoso, todavia quando o idoso a escolhe este terá acesso aos cuidados de profissionais com qualidade. ⁽²⁴⁾ Em instituições Filantrópicas os custos são mantidos somente com o salário da aposentadoria do idoso e em Instituições Privadas são cobrados valores bem além de um salário mínimo.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,024$) Teste Qui-Quadrado

Gráfico 4 – Distribuição dos cuidadores segundo faixa salarial e instituição*. Bauru 2013.

5.1.6 Formação e Função nas Instituições

Foi observado nesta pesquisa que nas IF 7 (38,9%) dos cuidadores tinham formação em curso Técnico em Enfermagem e que também 7 (38,9) eram cuidadores por formação, 1 (5,6%) era Fisioterapeuta, importante ressaltar que 10 (35,7%) dos sujeitos não responderam a esta questão. E nas IP, 12 (46,2%) eram Auxiliares de Enfermagem, 8 (30,8%) cuidadores e 1 (8,3) Enfermeiro. Houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) (Tabela 2)

Tabela 2 – Distribuição dos cuidadores de acordo com a formação profissional e instituição de trabalho, Bauru, 2013.

Formação*	Filantrópicas		Privadas	
	n	%	n	%
Enfermagem	2	11,1	3	11,5
Téc. Em Enfermagem	7	38,9	3	11,5
Aux. Enfermagem	-	-	12	46,2
Cuidador certificado	7	38,9	8	30,8

Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,011$)*

Alguns profissionais vindo de serviços gerais, sem formação técnica, no decorrer do tempo passam a trabalhar como cuidadores de idosos, sem receber nenhum treinamento para exercer esta função ⁽⁴¹⁾.

Este conceito parece não se aplicar as duas IF estudadas, aparentemente os auxiliares de serviços gerais não ocupam o cargo de cuidador, porém isto não impede que os cuidadores participantes desta pesquisa não tenham sido auxiliares de serviços gerais.

Nas IP há um número maior de auxiliares de enfermagem, isto poderia implicar que nas IP existe uma preocupação em selecionar profissionais com melhor formação.

Quanto à função desenvolvida dentro da instituição nas IF 18 (66,7) atuam como cuidadores, 1 (3,7%) como técnico de enfermagem 6 (22,2%) como auxiliar de enfermagem, estes números parece não condizer com o número de cuidadores formados em auxiliar de enfermagem que foram zero, entretanto vale ressaltar que 10 sujeitos ficaram sem responder esta questão, poderia ser este o motivo desta incompatibilidade de resultados. Observamos que nem sempre a formação escolhida é aquela que realmente o cuidador trabalha. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,224$).

Nas IP 11 (40,7%) atuam como cuidadores, 10 (37%) como auxiliar de enfermagem, 1 (7,4%) técnico de enfermagem e 3 (11,1) são proprietários que atuam como cuidadores. Os proprietários que atuam como cuidadores poderiam exercer mais que uma função, talvez para diminuir encargos e custos em sua instituição.

5.1.7 Tempo de Trabalho na Instituição

Os resultados obtidos quanto ao tempo de trabalho na instituição, 12 (42,9%) nas IF responderam que estão trabalhando na instituição um período de até um ano, 8 (28,6%) até seis meses e apenas 2 (7,1%) trabalham a mais de cinco anos. Para as IP 14 (50%) trabalham nesta instituição até cinco anos, 7 (25%) até seis meses e 2 (7,1%) trabalham a mais de 5 anos. (Figura 5)

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$)*

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,105$)* teste Qui-Quadrado

Gráfico 5 – Tempo de Trabalho nas Instituições de acordo com o Tipo de Instituição* Bauru 2013.

Nas IP a porcentagem de profissionais com até um ano de serviço foi menor que nas IF, e a porcentagem de profissionais com até cinco anos e mais de cinco anos também são maiores nas IP do que nas IF. Não houve diferença estatisticamente significativa.

Talvez pela falta de recursos, o que resulta num aumento da pressão no trabalho dos cuidadores de idosos que tem que lidar com um quadro mínimo de funcionários ⁽²⁸⁾. Este resultado sugere um menor *Turnover*, entre os profissionais das IP que as IF.

5.1.8 Tempo de Trabalho na Função / Experiência

Os cuidadores com tempo de trabalho nas IF que possuíam de um a cinco anos foi menor que nas IP, (IF 25%, IP 41,7%), e com até um ano na função nas IF

foi maior que nas IP, (IF 33,3%, IP 7,1%). Isto sugere novamente um menor *Turnover* nas IP que as IF. (Tabela 3)

Neste grupo houve diferença estatística ($p<0,05$)* mostrar que nas IP a rotatividade de cuidadores é menor que as IF entre um a cinco anos na função, enquanto que nas IF há uma maior rotatividade no primeiro ano de função.

A sobrecarga nas atividades diárias de cuidadores poderia interferir em sua permanência na instituição, a redução da sobre carga e a diminuição do stress poderiam vir atenuar esta situação na profissão de cuidador ⁽⁶⁶⁾.

Quanto a experiência 9 cuidadores (32,1%) das IF já trabalharam anteriormente com residentes, destes, 7 (77,8%) trabalharam até 5 anos na profissão anterior, 19 (67,9%) nunca trabalharam com idosos residentes em uma instituição. Nas IP, 20 (60,6%) já trabalharam com residentes anteriormente, deste, 11 (50%) trabalharam até 5 anos na profissão anterior e 13 (39,4%) nunca trabalharam com residentes em instituições de longa permanência (Tabela 4). Houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$)*.

Estes resultados podem apontar que os cuidadores das IP possuem mais experiência em trabalhar com idosos, quando comparados aos profissionais das IF.

Tabela 3 - Variável por Tempo de Trabalho na Função, Bauru, 2013.

Tempo de Trabalho na Função*	Filantrópicas		Privadas	
	n	%	n	%
Até 6 meses	7	25,9	4	14,3
Até 1 ano	9	33,3	2	7,1
De 1 a 5 anos	7	25,9	15	53,6
Mais de 5 anos	4	14,8	7	19,4

Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,029$)*

Tabela 4 - Variável por Experiência na Função, Bauru, 2013.

Tem experiência na Função?*	Filantrópicas		Privadas	
	n	%	n	%
Sim	9	32,1	20	60,6
Não	19	67,9	13	39,4

Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,027$)*

5.1.9 A Satisfação com o Trabalho de Cuidador

Em relação à satisfação de trabalhar como cuidador de idosos todos num total de 28 (100%) cuidadores das IF se dizem estar satisfeitos com seu trabalho, nas IP, 32 (88,9%) dizem estar satisfeitos como cuidadores e 4 (11,1%) não manifestaram-se.

Este alto índice de satisfação poderia ser explicado pelo prazer em ajudar outras pessoas, não levando em consideração muitas vezes que este trabalho seja complexo e estressante.

Independente de todas as dificuldades que a profissão exige, esta profissão traz realização profissional ⁽³⁷⁾.

O idoso espera isto dos cuidadores, que não sejam tão tecnicistas, querem receber alegria, amizade, tranquilidade, conforto, consolo, carinho e agrado, lhe dando a oportunidade para tentar resolver seus problemas através do diálogo ⁽³⁴⁾.

Os 100% dos cuidadores das IF que se disseram estar satisfeitos com a profissão, 11 (47,8%) avaliou o motivo da satisfação como gostar da profissão, 7 (30,4%) relacionou sua satisfação como sente prazer em trabalhar com idosos e 5 (21,7%) disseram que o motivo desta satisfação era o ganho de alegria e conhecimento. Nas IP, 15 (60%) dizem gostar desta profissão como satisfação, 8 (32%) relataram que sentem prazer em trabalhar com idosos e 2 (8%) dizem que esta profissão traz alegria e conhecimento.

Mesmo com toda dificuldade e sobrecarga no dia a dia da profissão ⁽⁶⁶⁾ não houve insatisfação por parte de nenhum cuidador de idosos em ambas as instituições.

5.1.10 Atividades no Trabalho de Cuidador

Nas IF dos 28 (100%), apenas 19 (67,9%) confirmaram que realizam higiene bucal nos idosos, 24 (85,7%) realizam alimentação, 9 (32,1%) medicação, 25 (89,3%) banho, 22 (78,6%) higiene íntima, 22 (78,6%) vestuário e transferência, 9 (32,1%) prestam suporte psicológico e 7 (25%) realizam serviços gerais.

Dos 36 (100%) dos cuidadores das IP, 25 (69,4%) afirmam realizar higiene bucal nos idosos, 26 (72,2%) realizam alimentação, 19 (52,8%) medicação, 26 (72,2%) banho, 23 (63,9%) higiene íntima, 22 (61,1%) vestuário e transferência, 7 (19,4%) relatam dar suporte psicológico e 6 (16,7%) manifestam realizar serviços gerais.

O número de cuidadores que relatam fazer higiene bucal junto às atividades diárias parece ser confortável, um oposto no que aponta a literatura. Esta atividade é a menos valorizada dentre todas pelas cuidadoras⁽²⁶⁾.

Dentre as atividades diárias realizadas pelos cuidadores de idosos a de maior porcentagem foi alimentação (85,7% IF, 72,2% IP), a menos realizada foi serviços gerais (25% IF, 16,7% IP).

5.1.11 Dificuldades no Trabalho com idosos

Das dificuldades encontradas pelos cuidadores de idosos o lidar com a morte obteve uma porcentagem acima de todas outras dificuldades, nas IF 9 (32,1%) relatam dificuldade em lidar com a morte, já nas IP 10 (31,3%) confessam esta dificuldade.

Mais da metade dos cuidadores das IF, ou seja, 16 (57,1%) não sentem qualquer dificuldade em cuidar de idosos, 18 (56,3%) dos cuidadores das IP também não encontraram nenhuma dificuldade em cuidar de idosos.

Houve uma alta porcentagem de cuidadores que tiveram dificuldades em lidar com a morte em ambas as instituições, cada indivíduo vê a morte e lhe atribui um sentido diferente, em cada fase da vida de um ser humano, a idéia da morte está presente e tem uma representação. Evitar falar sobre a morte pode ser uma influência de uma sociedade imediatista, consumista e que valoriza a juventude eterna e foge da velhice⁽⁶⁷⁾.

Talvez pela porcentagem elevada no índice de óbitos em idosos institucionalizados⁽⁴⁾, esta dificuldade elevada em lidar se destaca entre outras dificuldades.

Esta dificuldade poderia interferir na condição psicológica destes cuidadores, refletindo em alterações emocionais tanto no convívio na instituição como no

ambiente familiar, por este motivo seria importante que as instituições dessem apoio psicológico a seus funcionários.

5.1.12 Aprendizagem da Profissão Cuidador e Treinamento

Nesta pesquisa, os sujeitos quando questionados onde aprenderam a profissão, nas IF 14 (51,9%) disseram aprender na prática diária na própria instituição, 8 (29,6%) através de curso técnico e 5 (18,5%) na prática diária com a família. Nas IP, 14 (42,4%) disseram aprender através de curso técnico, 13 (39,4%) na prática diária na própria instituição e 6 (18,2%) na prática diária com a família. (Tabela 4). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,05$)*.

Nas IF mais da metade do cuidadores aprenderam na prática diária, isto poderia significar que a maioria dos cuidadores que escolhem esta profissão de cuidador de idosos não tem capacitação para exercer a função ⁽⁶⁸⁾.

Nas IP a maioria dos cuidadores tem capacitação técnica para exercer cuidados junto aos idosos.

Desta forma pode-se observar que a maior parte dos cuidadores das IF que auxiliam os idosos institucionalizados em suas atividades diárias possui um conhecimento prático. Isto não quer dizer que o cuidador não saiba trabalhar com idosos, porém a capacitação trará novas formas e maneiras de aplicar os conhecimentos nas atividades diárias.

É possível melhorar o conhecimento de cuidados a fim de melhor qualidade de vida dos idosos, utilizar conhecimento envolvendo cursos e capacitando a equipe de cuidadores ⁽⁶⁹⁾.

Tabela 5 – Forma do Aprendizado segundo as Instituições, Bauru, 2013.

Onde aprendeu a cuidar de um idoso*	Filantrópicas		Privadas	
	n	%	n	%
Na prática diária / Instituição	14	51,9	13	39,4
Na prática diária familiar	5	18,5	6	18,2
Curso técnico	8	29,6	14	42,4

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,555$)*

Os resultados quando perguntados sobre ter tido treinamento após a admissão pela instituição, nas IF 15 (55,6%) responderam que sim tiveram treinamento, 1 (3,7%) respondeu que não teve treinamento e 11 (40,7%) não responderam. Nas IP, 20 (58,8%) disseram ter recebido treinamento, 3 (8,8%) não receberam e 11 (32,4%) não responderam a pergunta. (Figura 6) Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$)*.

Com vista a estes resultados, observa-se que as IF e as IP poderiam estar exigindo uma melhor qualificação de seus funcionários em dar treinamento após a admissão. Entretanto profissionais que atuam em serviços gerais sem formação técnica ao longo do tempo passam a atuar como cuidadores de idosos, sem receberem treinamento para esta função ⁽⁴¹⁾.

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,630$)*

Gráfico 6 – Distribuição dos cuidadores segundo realização de treinamento pós-admissão de acordo com tipo de instituição*, Bauru, 2013.

5.1.13 Cuidados com a Saúde Bucal dos Idosos

De acordo com as respostas das IF, “você sabe executar higiene bucal em idosos”, 21 (80,8%) dizem saber executar estas atividades e 5 (19,2%) não sabem realizar. Com as IP, 34 (97,1%) relatam que sabem executar estas atividades e apenas 1 (2,9%) não sabem executar. Há estatisticamente diferença entre as instituições ($p<0,05$)*. Este resultado mostra que nas IP, os cuidadores poderiam ser melhores treinados a realizar a higiene bucal, entretanto não possuem formação e ou capacitação a realizarem estes procedimentos.

Parece que há uma controvérsia com relação a esta alta porcentagem de cuidadores que sabem executar este higiene bucal em idosos, resultados de estudos realizados no mundo apontam o contrário^(13, 70).

Tabela 6 – Frequência absoluta e relativa de cuidadores que sabem executar atividades de higiene bucal segundo tipo de instituição, Bauru, 2013.

Sabe executar higiene bucal em idosos?*	Filantrópica		Privadas	
	n	%	n	%
Sim	21	80,8	34	97,1
Não	5	19,2	1	2,9

*Houve diferença estatisticamente significante ($p<0,034$)

Quanto ao aprendizado destes procedimentos de higiene bucal, nas IF 14 (58,3%) disseram ter aprendido na prática profissional, 4 (16,7%) aprenderam em cursos e 6 (25%) aprenderam em cursos e com a prática. Nas IP, 19 (57,6%) aprenderam na prática profissional, 5 (15,2%) em cursos e 9 (27,3%) em cursos e com a prática.

Nas duas instituições não houve diferença estatística significativa quanto à forma de aprendizagem ($p=0,976$).

Nas duas instituições, mais da metade dos cuidadores disseram ter aprendido a executar higiene bucal na prática profissional, esta proposta poderia de certa forma ser valiosa para se obter informações sobre saúde bucal ⁽¹³⁾.

Este fato poderia concretizar-se num conhecimento empírico sobre o que realmente seja a saúde bucal, disfarçando a atual realidade dos fatos. A forma de aprendizado prático pode não ser a melhor escolha dentre as formas de aprendizagem quando não passada por um profissional qualificado, a teoria e prática juntas espera-se que seja a melhor forma de ensino em se tratando de higiene bucal.

Uma baixa porcentagem de cuidadores em ambas as modalidades de instituições relataram ter aprendido a executar estes cuidados em cursos.

Nas IF, mais da metade dos cuidadores 13 (56,5%) achavam que realizar cuidados bucais de higiene em idosos seria uma tarefa fácil, 10 (43,5%) descreveu não achar fácil à realização desta tarefa. Um número maior de cuidadores nas IP acharam fácil realizar cuidados bucais de higiene em idosos, 27 (79,4%) e 6 (17,6%) não achavam fácil desenvolver estes cuidados. (Tabela 6). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$)*

Nas IF o aprendizado de higiene bucal não trouxe interferências no grau de dificuldades na realização de higiene bucal, nas IP esta interferência foi ainda menor.

Poderia relacionar esta facilidade em que a maioria dos cuidadores se referiu na realização de higiene bucal em idosos residentes não dependentes ^(10, 71).

Tabela 7 – Frequência absoluta e relativa de cuidadores que consideravam fácil desenvolver atividades de higiene bucal segundo tipo de instituição, Bauru, 2013.

Consideram fácil*	Filantrópicas		Privados	
	n	%	n	%
Sim	13	56,5	27	79,4
Não	10	43,5	6	17,6

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,084$)*

Quanto a maior dificuldade em realizar a higiene bucal nos idosos, nas IF a rejeição por parte do idoso obteve a maior porcentagem com 14 (66,7%) dos cuidadores, 7 (33,3%) relataram a resistência do próprio idoso como dificuldade. Nas IP, a maior dificuldade foi a resistência do próprio idoso com 26 (81,3%), 2 (5,6%) para rejeição por parte do idoso. (Tabela 7).

A rejeição por parte do idoso em realizar a higiene bucal está descrita na literatura ^(13, 70). Esta rejeição poderia estar relacionada com a falta de “amor próprio”, por causa de fraquezas antigas ou crises recentes os idosos não conseguem defender seus interesses a fim de satisfazer suas necessidades.

Entretanto a qualidade de vida nestes idosos é diminuída em decorrência a má saúde bucal e isto é percebido pelos próprios idosos ⁽⁷²⁾.

Sendo muito subjetiva a terminologia “Qualidade de Vida”, alguns idosos não se importam ou mesmo nem percebem este impacto das condições de saúde bucal em sua qualidade de vida ⁽⁷³⁾.

Desta maneira para alguns idosos a perda dental poderia melhorar seu bem estar e sua qualidade de vida ⁽⁷⁴⁾.

Tabela 8 – Distribuição dos cuidadores segundo as maiores dificuldades encontradas em desenvolver atividades de higiene bucal e tipo de instituição, Bauru, 2013.

Motivo da dificuldade	Filantrópicas		Privadas	
	n	%	n	%
Resistência do idoso	14	66,7	26	81,3
Rejeição do idoso	7	33,3	2	5,6

Sabemos que para os cuidadores realizarem atividades de higiene bucal não é uma tarefa fácil, eles próprios consideram esta tarefa como desagradável ⁽⁷⁵⁾. Importante destacarmos a motivação destes cuidadores a realizarem tais procedimentos, através de cursos de capacitação e palestras motivacionais.

5.1.14 Cuidados de Higiene Bucal feitos pelos Cuidadores

Dos cuidados de higiene bucal referidos pelos cuidadores, nas IF 8 (28,6%) se diz não fazer qualquer tipo de higiene bucal, 5 (17,9%) dizem fazer higiene de prótese dental, 3 (10,7%) somente lava a boca do idoso no banho ou após alimentar-se e somente 2 (9,7%) realizam escovação dentária. Nas IP esta diferença foi notável em relação aos cuidados com higiene bucal, 28 (82,4%) dos cuidadores responderam que fazem escovação dentária, 4 (11,8%) realizam higiene em próteses dentárias e apenas um (2,9%) disse não realizar qualquer tipo de higiene bucal em idosos. (Gráfico 7).

Nenhum dos cuidadores de ambas as Instituições relataram utilizar fio dental, nem realizar higiene da língua nos idosos institucionalizados.

Esta discrepância entre as duas modalidades de instituições em realizar cuidados com a higiene bucal dos idosos talvez pudesse estar relacionado à facilidade ou não em realizar estes procedimentos. Dos 28 cuidadores das IF 43% disseram não achar fácil realizar estes procedimentos, 17,9% não responderam.

Gráfico 7 – Cuidados de Higiene Bucal feito pelos cuidadores de acordo com a modalidade de Instituição. Bauru 2013.

Quanto à disposição de produtos para a realização de higiene bucal nos idosos institucionalizados, 24 (96%) dos entrevistados nas IF diz ter o material a disposição e 1 (4%) relatou não ter material. Já nas IP, 33 (97,1%) afirmam ter material disponível para realização de higiene bucal e apenas 1 (2,9%) informou não haver materiais disponíveis. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,824$).

Pode-se observar que, em ambas as instituições não faltam materiais para a realização de higiene bucal.

Tendo em vista este resultado, pode-se deduzir que a falta de disposição de material para higiene bucal não justifica a má condição de higiene bucal encontrada em idosos institucionalizados ⁽²⁶⁾.

De acordo com as respostas referentes aos horários que eram feitos os cuidados com a higiene bucal nestes idosos, nas IF 18 (75%) estes cuidados seriam feitos uma vez ao dia, 3 (12,5%) duas vezes ao dia e 1 (4,2%) não faz nenhuma vez ao dia. Nas IP, 18 (51,4%) disseram que estes cuidados eram realizados duas vezes ao dia, 10 (28,6%) três vezes ao dia, 3 (8,6%) uma vez ao dia, 3 (8,6%) e 1 (2,9%) realiza somente quando acha necessário.

Tendo em vista estes resultados, observa-se que nas IF a prática de cuidados com a higiene bucal é inferior as IP, isto poderia indicar uma atenção maior a estes tipos de cuidados pelas IP.

Observamos também uma extrema falta de sistematização entre as duas Instituições ⁽⁷⁶⁾. Não existe um protocolo sobre como e quando realizar os cuidados de higiene bucal em idosos institucionalizados para que estes cuidadores possam seguir.

Isto nos leva a crer a importância da capacitação destes cuidadores quanto à saúde bucal de idosos institucionalizados.

Em idosos independentes os cuidadores das IF relataram que: 16 (69,6%) os procedimentos são feitos com supervisão, 4 (17,4%) são feitos sem supervisão, 2 (4,3%) são feitos com supervisão esporádica e 5 (17,9%) não responderam. Nas IP, 28 (80%) disseram ser supervisionados os procedimentos de higiene, 2 (5,7%) não supervisionam, 4 (11,4%) supervisionam esporadicamente e 1 (2,9%) respondeu não existir idosos independentes. (Tabela 8). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$)*

Tabela 9 – Frequência de como são realizado os procedimentos de higiene bucal em idosos independentes segundo tipo de instituição, Bauru, 2013.

Higiene Bucal*	Filantrópicas		Privadas	
	n	%	n	%
Com supervisão	16	69,6	28	80,0
Sem supervisão	4	17,4	2	5,7
Supervisão esporádica	2	4,3	4	11,4
Não responderam	5	17,9	-	-

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,366$)*

É notório saber que um programa em saúde bucal para cuidadores de idosos seria de suma importância, um programa para este tipo de capacitação afeta positivamente estes profissionais que serão habilitados a realizar cuidados de higiene bucal em idosos institucionalizados ⁽⁷⁷⁾.

Estes resultados nos mostra que os cuidadores estão na maioria das Instituições preocupados com a execução dos procedimentos de higiene bucal destes idosos, todavia, esta supervisão estaria sendo feita de modo a estimular de maneira correta a execução da higiene bucal destes idosos?

Um programa que submeta os cuidadores a participarem de uma capacitação que envolva educação em saúde bucal, com uma carga horária total de apenas quatro horas demonstra um impacto positivo sobre o estado de saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência ⁽⁷⁸⁾.

Quanto à percepção de alguma alteração na cavidade bucal e/ou alguma necessidade de tratamento odontológico, nas IF 16 (61,5%) dos cuidadores relataram encaminhar o fato ao enfermeiro, 7 (26,9%) comunica o coordenador e apenas 1 (3,8%) comunica o dentista e 1 (4,3%) nunca percebeu nada. Já nas IP, 23 (65,7%) relatam ao enfermeiro, 5 (14,3%) comunicam o coordenador, 3 (8,6%) relatam a família, 3 (8,6%) comunica o médico e 1 (2,9%) nunca percebeu nenhuma alteração. (Tabela 9). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$)*.

Teoricamente a percepção de alguma alteração na cavidade oral não requer conhecimentos técnicos e práticos, todavia para diagnosticar este tipo de alteração é necessário ter conhecimento técnico e prático.

Neste caso os cuidadores ao perceberem qualquer alteração na cavidade oral deveriam ter um conhecimento das principais patologias bucais, facilitando o encaminhamento para atendimento ⁽⁷⁹⁾.

Entendemos que não seja este o papel do cuidador de idosos, dar diagnóstico de lesões bucais. Por mais informações teóricas que fossem passadas a estes cuidadores, estes não teriam competência para tal.

O importante é que, quando observado algum tipo de alteração este idoso deveria ser encaminhado a um profissional, no caso um cirurgião dentista.

Percebe-se que em ambas as instituições mais de sessenta por cento relatam ao enfermeiro de plantão e não a um cirurgião dentista.

Já é de conhecimento que a formação destes cuidadores com relação à saúde bucal é deficitada, utilizando-se a maioria de conhecimento adquiridos na própria instituição ou com colegas de trabalho ⁽⁷⁶⁾.

Importante salientar novamente que apenas uma das IP um profissional cirurgião dentista era chamado semanalmente, nas demais este tipo de profissional não fazia parte da equipe multidisciplinar.

Tabela 10 – Distribuição do profissional que recebe o relato quando o cuidador percebe algum tipo de alteração bucal, segundo tipo de instituição, Bauru, 2013.

Profissional feito o comunicado*	Filantrópicas		Privadas	
	n	%	n	%
Enfermeiro	16	61,5	23	65,7
Coordenador	7	26,9	5	14,3
Cirurgião Dentista	1	3,8	-	-
Família	-	-	3	8,6
Médico	-	-	3	8,6
Nunca percebeu nada	1	4,3	1	2,9

Não houve diferença estatisticamente significativa (p=0,207)*

O interesse pelos cuidadores em obter informações e conhecimentos sobre saúde bucal das IF foi praticamente unânime, 26 (92,9%) e 2 (7,1%) não

responderam. Nas IP dos que responderam 34 (94,4%) gostaria de receber mais informações e apenas 2 (5,6%) não responderam ao questionário.

Foi demonstrada uma grande vontade por parte dos cuidadores em participar de cursos em higiene bucal para idosos, refletindo o interesse em obter informações e mais conhecimentos neste assunto.

Nas IF, 25 (89,3%) disseram que gostariam de participar de cursos, 3 (10,7%) não responderam ao questionário, já nas IP 31 (88,6%) gostariam de participar de cursos, 4 (11,4%) não gostariam e 1 (2,8%) não respondeu.

Quando questionados a dificuldade em fazer um treinamento de cuidador os resultados nas IF foram, 7 (26,9%) responderam que têm dificuldades, 19 (73,1%) disseram não ter dificuldades e 2 (7,1%) não responderam. Nas IP 8 (24,2%) responderam ter dificuldades em fazer um treinamento, 25 (75,8%) não possuem nenhuma dificuldade e 3 (8,3%) não responderam. (Tabela 10). Não houve diferenças estatisticamente significante ($p>0,05$)*.

Quanto às dificuldades relatadas pelos cuidadores nas IF 5 (62,5%) disseram ser por falta de tempo, 3 (37,5%) afirmam ter renda insuficiente para fazer qualquer tipo de treinamento e 20 (71,4%) não responderam.

Nas IP, 11 (61,1%) confirmam a falta de tempo, 6 (33,3%) afirmam não ter renda suficiente, 1 (2,8%) dizem ter dificuldades em retornar a estudar e 18 (50%) não responderam a pesquisa.

A falta de tempo parece ser a grande barreira para que estes cuidadores possam tornar-se capacitados a realizar cuidados de higiene bucal em idosos institucionalizados.

Tabela 11 – Frequência Relativa quanto à dificuldade em participar de treinamento de cuidador, Bauru, 2013.

Dificuldade em fazer treinamento*	Filantrópicas		Privadas	
	n	%	n	%
Sim	07	26,9	08	24,2
Não	19	73,1	25	75,8

Não houve diferença estatisticamente significante ($p=0,814$)*

Através da experiência obtida nesta pesquisa, sugerimos que novas pesquisas sejam feitas, corroborando para um melhor entendimento e fortalecimento dos resultados.

6 Conclusões

6 Conclusões

Com base na análise dos resultados deste estudo pode-se concluir que:

- ✓ O sexo feminino entre os cuidadores foi predominantemente maior, em sua grande maioria com idade variando entre 40 e 50 anos de idade; Observou-se uma similaridade quanto à escolaridade, entre as Instituições Filantrópicas e as Privadas; Metade dos cuidadores de ambas as Instituições são casados; Nas IF é maior o número de cuidadores que ganham até dois salários mínimos.
- ✓ Observou-se que nas IF a prática de cuidados com a higiene bucal é inferior as IP; Nas IP a quantidade de profissionais que sabem executar higiene bucal foi maior.
- ✓ O aprendizado da profissão foi maior o número nas IF que aprenderam na prática diária na própria instituição; O número de cuidadores que recebeu treinamento após a admissão foi menor nas IF.
- ✓ Foi maior o número de cuidadores que fazem escovação dentária em idosos nas IP e é maior a preocupação em acompanhar estes procedimentos com supervisão.
- ✓ A maior dificuldade encontrada pelos cuidadores das IP na realização dos cuidados de higiene bucal foi a resistência do próprio idoso.

Referências

1. Corrêa AC. Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer. Health1996. p. 227.
2. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia saúde sociedade. Postgraduate1998. p. 51.
3. KATZ Sea. Studies of illness in the aged. The index ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, Chicago1963. p. 914-9.
4. Chaimowicz F, Greco DB. [Dynamics of institutionalization of older adults in Belo Horizonte, Brazil]. Rev Saude Publica. 1999;33(5):454-60.
5. Saúde. BMd. Portaria 810 de 1989. Brasilia1989 [07 mar. 2013]. Available from:
http://www.suvisa.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_suvisa/arquivos/gerados/port_810_setembro_1989.pdf.
6. Brasil RFd. Estatuto do Idoso - Lei 10.741 Brasilia2003 [17/10/2013]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.
7. CODEPPS. Caderno de Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. São Paulo2007. Available from:
http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdc/15dejunho/caderno_violencia_idoso_atualizado_19jun.pdf.
8. Williams TF. The scientific challenge: health care and the elderly. In: Organization P-AH, editor. Toward the well-being of the elderly. Washington, D.C.1985. p. 28-32.
9. Israel NE, de Andrade OG, Teixeira JJ. The family caretaker perception about the elderly physical recovery with functional disability. Cien Saude Colet. 2011;16 Suppl 1:1349-56.
10. Simons D, Baker P, Jones B, Kidd EA, Beighton D. An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes. Br Dent J. 2000;188(4):206-10.
11. Fratezi FR, Gutierrez BA. Family caregiver of elderly patients in palliative care: the process of dying at home. Cien Saude Colet. 2011;16(7):3241-8.

12. Henry RG, Ceridan B. Delivering dental care to nursing home and homebound patients. *Dent Clin North Am.* 1994;38(3):537-51.
13. Chung JP, Mojon P, Budtz-Jørgensen E. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians. *Spec Care Dentist.* 2000;20(1):12-7.
14. Hoad-Reddick G. Assessment of elderly people on entry to residential homes and continuing care arrangements. *J Dent.* 1992;20(4):199-201.
15. Merelie DL, Heyman B. Dental needs of the elderly in residential care in Newcastle-upon-Tyne and the role of formal carers. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992;20(2):106-11.
16. Rocha Júnior PR, Corrente JE, Hattor CH, Oliveira IM, Zancheta D, Gallo CG, et al. The results of training of informal caregivers on the quality of life of the elderly with a déficit in self-care. *Cien Saude Colet.* 2011;16(7):3131-7.
17. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Oral health care among nursing home residents in Avon. *Gerodontology.* 2000;17(1):33-8.
18. Chaimowicz F. Health of Brazilian elderly just before of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. *Rev Saude Publica.* 1997;31(2):184-200.
19. IBGE IBdGeE-. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro 2002.
20. FIBGE. Anuário estatístico do Brasil 1982. Rio de Janeiro 1983. p. 904.
21. Tavares DMS, Dias, F.A. Distribuição espacial de idosos de acordo com menores escores de qualidade de vida.: *Texto & Contexto Enfermagem*; 2011. p. 205-13.
22. Ramos LR. [Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in São Paulo]. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):793-8.
23. Manetta CE. Uma promissora atividade no Novo Século: Odontogeriatric. São Paulo: 1998 Contract No.: 10.

24. Karsch UM. Dependent seniors: families and caregivers. Cad Saude Publica. 2003;19(3):861-6.
25. Ramos LR, Veras, R.P, Kalache. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rio de Janeiro: Rev. Saúde Pública; 1987.
26. Ribeiro MTF. Conhecimento, Práticas de Saúde Bucal e Perfil dos Cuidadores de Idosos, em Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte – MG / 2003: UFMG; 2004.
27. Veras RP, Alves, M. I. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: Minayo, Maria Cecília (Org). Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro: Editora-Hucitec-Abrasco; 1999. p. 320-37.
28. Meijer A, Van Campen C, Kerkstra A. A comparative study of the financing, provision and quality of care in nursing homes. The approach of four European countries: Belgium, Denmark, Germany and the Netherlands. J Adv Nurs. 2000;32(3):554-61.
29. da Motta LB, de Aguiar AC. New professional competences in the field of health and the aging Brazilian population: integrality, interdisciplinarity, intersectoriality. Cien Saude Colet. 2007;12(2):363-72.
30. BR MdS. Portaria no. 2.528: Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial República Federativa do Brasil; 2006. p. 4.
31. Floriano LA, Azevedo, RCS, Reiners, AAO, Sudre, MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. Texto & Contexto Enfermagem 2012. p. 543-8.
32. da Motta LB, Caldas CP, de Assis M. Training professionals for delivering integrated health care to the aged: the interdisciplinary experience of NAI - UNATI/UERJ. Cien Saude Colet. 2008;13(4):1143-51.
33. Araujo JS, Silva, SED, Santana, ME, Conceição, VM, Vasconcelos, EV. O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. Revista Enfermagem em Foco 2011. p. 235-8.

34. Lima CA, Tocantins FR. Healthcare needs of the aged: perspectives for nursing. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):367-73.
35. Araujo JS, Vidal G.M, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite D.K.M, Dutra, CDT, Pires, CAA. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. Rio de Janeiro: *Rev. Bras. Geriatr. Gerontl.*; 2013. p. 149-58.
36. Machado ACA, Brêtas, A.C.P. Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 2006. p. 129-33.
37. Teixeira MH. A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998.
38. Epiphaniou E, Hamilton D, Bridger S, Robinson V, Rob G, Beynon T, et al. Adjusting to the caregiving role: the importance of coping and support. *Int J Palliat Nurs.* 2012;18(11):541-5.
39. Marim CM, Silva, V, Taminato, M, Barbosa, DA. Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. *Fac. de Enf. Ribeirão Preto: Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 2013. p. 267-75.
40. Buss PM. Promoção de saúde e qualidade de vida.: *Ciênc. saúde coletiva*; 2000. p. 163-77.
41. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira AN, Ferreira EF. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos.: *Rev. bras. enferm.*; 2009.
42. Guivante-Nabet C, Berenholc C, Berdal A. Caries activity and associated risk factors in elderly hospitalised population--15-months follow-up in French institutions. *Gerodontology.* 1999;16(1):47-58.
43. Guivante-Nabet C, Tavernier JC, Trevoux M, Berenholc C, Berdal A. Active and inactive caries lesions in a selected elderly institutionalised French population. *Int Dent J.* 1998;48(2):111-22.
44. Ferreira RC, Schwambach CW, de Magalhães CS, Moreira AN. Dental care and oral hygiene practices in long-term geriatric care institutions. *Cien Saude Colet.* 2011;16(4):2323-33.

45. Frenkel HF. Behind the screens: care staff observations on delivery of oral health care in nursing homes. *Gerodontology*. 1999;16(2):75-80.
46. Fitzpatrick J. Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff. *J Adv Nurs*. 2000;32(6):1325-32.
47. Unfer B, Braun KO, Ferreira AC, Ruat GR, Batista AK. Challenges and barriers to quality oral care as perceived by caregivers in long-stay institutions in Brazil. *Gerodontology*. 2012;29(2):e324-30.
48. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(2):81-92.
49. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001;29(4):289-97.
50. Bauman R. Survey of dentists' attitudes regarding instructions for home care for patients who wear dentures. *J Am Dent Assoc*. 1980;100(2):206-8.
51. Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med*. 1996;43(8):1213-22.
52. Gift HC, Cherry-Peppers G, Oldakowski RJ. Oral health care in US nursing homes, 1995. *Spec Care Dentist*. 1998;18(6):226-33.
53. Srivastava R, Gupta SK, Mathur VP, Goswami A, Nongkynrih B. Prevalence of dental caries and periodontal diseases, and their association with socio-demographic risk factors among older persons in Delhi, India: a community-based study. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2013;44(3):523-33.
54. Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv*. 1976;6(4):681-98.
55. Ofstehage JC, Magilvy K. Oral health and aging. *Geriatr Nurs*. 1986;7(5):238-41.

56. Kressin NR, Atchison KA, Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the geriatric oral health assessment index. *J Public Health Dent.* 1997;57(4):224-32.
57. Gil-Montoya JA, Ponce G, Sánchez Lara I, Barrios R, Llodra JC, Bravo M. Association of the oral health impact profile with malnutrition risk in Spanish elders. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;57(3):398-402.
58. DeBettignies BH, Mahurin RK, Pirozzolo FJ. Insight for impairment in independent living skills in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *J Clin Exp Neuropsychol.* 1990;12(2):355-63.
59. Chen X, Clark JJ, Chen H, Naorungroj S. Cognitive impairment, oral self-care function and dental caries severity in community-dwelling older adults. *Gerodontology.* 2013.
60. Santos CM, Hugo FN, Leal AF, Hilgert JB. Comparison of two assessment instruments of quality of life in older adults. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(2):328-37.
61. Dable RA, Nazirkar GS, Singh SB, Wasnik PB. Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(9):2063-7.
62. Hoad-Reddick G, Heath JR. Identification of elderly in particular need: results of a survey undertaken in residential homes in the Manchester area. *J Dent.* 1995;23(5):273-9.
63. Neri AL, Sommerhalder, C. Cuidar de Idosos no Contexto da Família: questões Psicológicas e Sociais. Campinas: Alínea Editora; 2001.
64. Morishita M, Takaesu Y, Miyatake K, Shinsho F, Fujioka M. Oral health care status of homebound elderly in Japan. *J Oral Rehabil.* 2001;28(8):717-20.
65. Waldow VR. Determinação do nível de dependência em enfermagem junto a idosos institucionalizados de Porto Alegre. Porto Alegre: Revista Gaúcha de Enfermagem; 1987. p. 46-73.
66. Oliveira DCea. Quality of life and work overload among elderly outpatient caregivers. *Texto contexto - enfermagem;* 2011. p. 234-40.

67. Oliveira PP, Amaral, J. G, Viegas, S. M. F, Rodrigues, A. B. The perception of death and dying of professionals working in a long-term care institution for the elderly. *Ciênc. saúde coletiva*; 2013. p. 2635-44.
68. Duarte MJRS. Cuidadores? Por que e para quê?- Atenção ao idoso no domicílio. Rio de Janeiro: *Revista de Enfermagem*; 1996. p. 126-30.
69. Lee J, Cheng J, Au KM, Yeung F, Leung MT, Ng J, et al. Improving the Quality of End-of-Life Care in Long-Term Care Institutions. *J Palliat Med*. 2013;16(10):1268-74.
70. Adams R. Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. *J Adv Nurs*. 1996;24(3):552-60.
71. Paunovich E. Assessment of the oral health status of the medically compromised homebound geriatric patient: a descriptive pilot study. *Spec Care Dentist*. 1994;14(2):80-2.
72. Locker D, Matear D, Stephens M, Jokovic A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health*. 2002;19(2):90-7.
73. Appollonio I, Carabellese C, Frattola A, Trabucchi M. Influence of dental status on dietary intake and survival in community-dwelling elderly subjects. *Age Ageing*. 1997;26(6):445-56.
74. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26(1):52-61.
75. Matear DW. Demonstrating the need for oral health education in geriatric institutions. *Probe*. 1999;33(2):66-71.
76. Mello ALSF. Cuidado odontológico Provido a Pessoas Idosas Residentes em Instituições de Pequeno Porte em Porto Alegre-RS A retórica, a prática e os métodos. Porto Alegre: Fac. Odot. da Univ. Fed. do Rio Grande do Sul; 2001.
77. Paulsson G, Fridlund B, Holmén A, Nederfors T. Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. *Spec Care Dentist*. 1998;18(6):234-42.

78. Isaksson R, Paulsson G, Fridlund B, Nederfors T. Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. Part II: Clinical aspects. *Spec Care Dentist*. 2000;20(3):109-13.

79. Rak OS, Warren K. An assessment of the level of dental and mouthcare knowledge amongst nurses working with elderly patients. *Community Dent Health*. 1990;7(3):295-301.

Apêndices

Apêndice A - Carta de Informação

Bauru, de de 2013.

Ilmo. Sr.(a)

Coordenador(a):

Instituição:

Vimos por meio deste, solicitar a vossa Senhoria, autorização para realização de uma pesquisa intitulada “Perfil dos cuidadores de idosos em instituições de longa permanência de Bauru: conhecimento e práticas em saúde bucal” na qual será realizada uma entrevista com os cuidadores de saúde bucal das Instituições de Longa Permanência de Idosos em Bauru, SP.

Este estudo terá como objetivo verificar o perfil, conhecimento em saúde bucal dos cuidadores de idosos de Bauru-S.P. O resultado desse estudo trará informações importantes para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de capacitação de cuidadores, uma vez que a saúde bucal é importante para a manutenção da qualidade de vida dos idosos.

Caso o Sr. autorize a realização deste estudo, solicitamos que envie uma carta resposta, em papel timbrado da instituição. Estaremos disponíveis para quaisquer dúvidas ou informações acerca da pesquisa supracitada.

Em tempo informamos que a pesquisa só irá iniciar após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FOB-USP.

Atenciosamente,

Edu Cassiano H. Pinto

Pesquisador

Prof. Dr. Roosevelt da S. Bastos

Orientador

Apêndice B – Ficha da Instituição

INSTITUIÇÃO_____

MODALIDADE DE INSTITUIÇÃO:

() PRIVADA

() FILANTRÓPICA

DADOS DA EQUIPE DA INSTITUIÇÃO:

Nº DE CUIDADORES_____

Nº DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM_____

Nº DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM_____

Nº DE ENFERMEIROS_____

PRESENÇA DE CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO EM FUNCIONAMENTO NA
INSTITUIÇÃO:

() SIM

() NÃO

FREQÜÊNCIA DO DENTISTA_____ hs/SEMANAIS

Apêndice C – TCLE para os cuidadores

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.(a),

Durante o ano de 2013 será realizada a pesquisa “Perfil dos cuidadores de idosos em Instituições de Longa Permanência de Bauru: conhecimento e práticas em saúde bucal”. O objetivo deste estudo é conhecer o perfil dos cuidadores de idosos e as práticas e dificuldades em relação à atenção em saúde bucal dos idosos e necessitamos que o senhor (a) forneça informações à respeito de sua condição socioeconômica, sua formação, conhecimento e práticas em relação à saúde bucal dos idosos que são cuidados por você. Sua participação nesta pesquisa é voluntária- não havendo risco algum para você. Sua participação proporcionará melhor conhecimento a respeito das práticas em saúde bucal realizadas com idosos, que em futuras capacitações poderão beneficiar outras pessoas. Informo que o senhor (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Esta pesquisa trará riscos mínimos ao sujeito da pesquisa tais como: desconforto em ter que responder a um questionário, dores nas costas e ou nas mãos, cansaço físico em ficar muito tempo sentado ter que dispensar tempo para responder ao questionário etc. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes. Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados coletados terão somente finalidade de pesquisa e os resultados serão veiculados cientificamente, sem nunca tornar possível sua identificação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP). O responsável por esta pesquisa é o pós-graduando Edu Cassiano H. Pinto, e seu orientador é o Prof. Dr. Roosevelt da S. Bastos, professor do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva da FOB-USP. Estamos a sua disposição para qualquer esclarecimento (14-3235-8256) (14-8158-1350) ou reclamações podem ser encaminhadas para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB-USP (14-3235-8356).

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o senhor (a)

portador do documento de identidade número _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de 2013

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Edu Cassiano H. Pinto

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-101 – C.P. 73

e-mail: sctcosta@fob.usp.br - Fone (0xx14) 3235-8256 - Fax (0xx14) 3223-4679

<http://www.fob.usp.br>

Apêndice D – Roteiro Estruturado

PARTE I - DADOS PESSOAIS DO CUIDADOR

SEXO: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: _____

ESCOLARIDADE:

- () Analfabeto/ primário incompleto
- () Primário completo/ ginasial incompleto
- () Ginasial completo/ colegial incompleto
- () Colegial completo/ superior incompleto
- () Superior completo

ESTADO CIVIL: _____

REMUNERAÇÃO MENSAL: _____

HORÁRIO DE TRABALHO: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA, CASO NÃO SEJA O CUIDADOR:

- () Analfabeto/ primário incompleto
- () Primário completo/ ginasial incompleto
- () Ginasial completo/ colegial incompleto
- () Colegial completo/ superior incompleto
- () Superior completo

Qual sua área de formação? : _____

Qual sua função na instituição? : _____

Quanto tempo trabalha na Instituição? : _____

Quanto tempo trabalha na função atual ? : _____

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

- () sim
- () não

1.1 Em caso de resposta afirmativa ao item anterior, por quanto tempo trabalhou na instituição anterior?

- () Menos de um ano
- () Até cinco anos
- () Mais de cinco anos

2. Você está satisfeito com o trabalho cuidador de idosos?

- () sim
- () não

Por quê?

3. Quais as atividades que você realiza em seu trabalho junto aos idosos?

- () Higiene bucal
- () Alimentação
- () Medicação

- () Banho
- () Higiene Íntima
- () Vestuário e Transferência
- () Suporte psicológico
- () Serviços Gerais

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

- () Convivência com o idoso
- () Transferência do idoso (de um local para outro)
- () Lidar com a morte
- () Dar Banho
- () Problemas relacionados com as condições de trabalho
- () Não tem dificuldade alguma
- () Outra: Qual? _____

5. Onde você aprendeu a cuidar de um idoso?

- () Na prática diária na própria instituição
- () Na prática diária na família
- () Através de Curso Técnico

6. Você recebeu treinamento após admissão pela Instituição?

- () Sim
- () Não
- () Somente orientação no momento da admissão

7. Você sabe executar as atividades de higiene bucal em idosos?

- () sim
- () não

7.1 Como você aprendeu estes procedimentos?

- () Na prática profissional
- () Em cursos técnicos
- () Em cursos e com a prática

8. Quais seriam os problemas bucais mais comuns observados por você nos idosos de sua instituição?

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

- () sim
- () não

10. Qual a maior dificuldade em realizar a higiene bucal no idoso?

- () resistência do próprio idoso
- () Dificuldade no manejo (ajuda na locomoção do idoso dentro da instituição)
- () Dificuldades pessoais com essa atividade
- () Rejeição por parte do idoso
- () Outros. Quais? _____

11. Quais são os cuidados com a higiene bucal que são feitos por você nesta instituição?

- ☐ Escovação dentária
- ☐ Higiene de Próteses Dentárias
- ☐ Higiene da mucosa bucal (bochecha lado interno)
- ☐ Higiene com bochechos utilizando algum enxaguatório (listerine, plax, cepacol)
- ☐ Higiene da língua
- ☐ Uso de fio dental
- ☐ Somente lavo a boca do idoso no banho ou após alimentar-se
- ☐ Não faz qualquer tipo de higiene bucal em idosos
- ☐ Não sei responder

11.1 Você tem material para realizar estes tipos de procedimentos sempre?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Às vezes

11.2 Em que horários estes cuidados com a higiene bucal são feitos?

- ☐ Uma vez ao dia
- ☐ Duas vezes ao dia
- ☐ Três vezes ao dia
- ☐ Quatro vezes ao dia
- ☐ Somente quando acho necessário
- ☐ Nenhuma vez ao dia
- ☐ Não sei responder

12. Nos idosos independentes, os procedimentos de saúde bucal são?

- ☐ Supervisionados
- ☐ Sem supervisão
- ☐ Supervisão esporádica
- ☐ Não realizam higiene bucal
- ☐ Não existem idosos independentes

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

- ☐ Comunica ao coordenador
- ☐ Comunica a família
- ☐ Comunica ao enfermeiro
- ☐ Comunica ao médico
- ☐ Comunica ao dentista
- ☐ Comunica ao cuidador mais experiente
- ☐ Não faz nada
- ☐ Encaminha ao PS (Posto de Saúde)
- ☐ Nunca percebeu nada
- ☐ Não sei responder

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

- ☐ sim
- ☐ não

15. Você gostaria de participar de curso técnico em higiene bucal para idosos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

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

- () Sim
- () Não

16.1 Se for não, por qual motivo?

- () Falta de tempo
- () Renda insuficiente
- () Tenho dificuldades em retornar a estudar