



Artigos Originais

Percepção, Conhecimento e Habilidades de Cuidadores em Saúde Bucal de Idosos Acamados

Perception, Knowledge and Skills in Caregivers of Oral Health in Bedridden Elderly

Keila Cristina Rausch Pereira¹

Fernando dos Santos Guimarães²

Monica Teresa Ruocco Alcauza³

Dalvan Antonio de Campos⁴

Rodrigo Otávio Moretti Pires⁵

¹Doutoranda do Programa de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

²Cirurgião Dentista. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, SC – Brasil

³Doutoranda do Programa de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

⁴Mestrando do Programa de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

⁵Doutor Professor do Programa de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

RESUMO - O processo de envelhecimento trouxe várias consequências para a sociedade, sendo uma delas a necessidade do cuidado domiciliar e a imposição da determinação e preparo de responsáveis por esta função. Um novo ator dos cuidados em saúde emerge do processo: o cuidador de idosos. **Objetivos:** O objetivo da pesquisa foi conhecer o perfil do cuidador de idosos, a percepção, conhecimentos e habilidades deste profissional em relação à saúde bucal. **Métodos:** Este estudo se caracterizou por ser exploratório de abordagem qualitativa. A fonte de dados foi constituída por nove cuidadores de idosos acamados em domicílio, correspondendo ao universo de cuidadores cadastrados no Projeto de Extensão Interdisciplinar de Atenção Integral ao Idoso, desenvolvido por cursos da área da saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão/SC, 2010. Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada. **Resultados:** Os resultados demonstraram que apesar do cuidador conhecer a importância da integralidade da saúde bucal, muitas vezes falta-lhe conhecimento e habilidade suficientes para a condução destes cuidados, ficando sua preocupação voltada principalmente aos cuidados com a prótese dentária, mais especificamente com a higienização desta, em detrimento de estabilidade e proteção das mucosas bucais. **Conclusões:** Nos resultados, ficou implícita a ausência do idoso, denotada pela informação de que a higienização da prótese é o ato mais importante na saúde bucal do idoso. **Palavras chaves:** Cuidadores; Idoso fragilizado; Saúde bucal.

ABSTRACT - The aging process has brought many consequences for society, one of which is the need of home care and the imposition of determination and training of those who are responsible for this function. A new actor in health care emerges from that process – the caregivers of elders. **Objectives:** The aim of this research was to know the caregiver of elders profile, their perception, knowledge and abilities of this professional related to oral health. **Methods:** This research was characterized as qualitative exploratory study. Data source consisted in nine home caregivers of bedridden elders, corresponding to the universe of caregivers enrolled in the Extension Project Interdisciplinary Comprehensive Care for the Elderly, developed by health care courses at the University of Southern Santa Catarina (UNISUL), Campus Tubarão, 2010. For data collection a semi-structured interview was used. **Results:** Results show that despite caregivers acknowledged the importance of oral health integrality, sometimes there were lack of knowledge and ability enough to perform such caring, remaining concerns mostly on dental prosthesis care, especificação on hygiene practices, instead of stabilizing and protecting oral mucosa. **Conclusions:** In the results, it was implicit the absence of the elders, denoted by information that the prosthesis hygienization is the most important act in elderly oral health. **Keywords:** caregivers, frail elderly, oral health.

1. INTRODUÇÃO

Os avanços técnico-científicos proporcionaram o prolongamento da vida das pessoas, resultando em envelhecimento populacional. A perspectiva de crescimento da população acima de 60 anos colocará o

Autor correspondente

Keila cristina rausch pereira
Universidade Federal de Santa Catarina
Rua Almirante Lamego 910/604b Centro
CEP: 88015-600 Florianópolis, SC-Brasil
email: keilarausch@gmail.com
Tel.: (48) 91613804

Brasil, até 2025, como a sexta maior população de idosos no mundo em números absolutos.¹

A alteração demográfica mais importante que influenciará o aumento da frequência de utilização dos serviços de saúde é o rápido crescimento da proporção de pessoas com mais de 85 anos. Esse grupo apresenta geralmente uma grande carga de doenças crônicas e limitações funcionais.²

O maior questionamento que permeia esta situação é a necessidade da qualidade de vida acompanhar estas pessoas que estão vivendo por um maior tempo. Têm-se um grande desafio, já que a longevidade é um grande benefício e sempre será um intuito do ser humano, porém, há a perspectiva de um envelhecimento com qualidade, partindo da premissa que não basta viver mais, e sim viver mais e melhor.

Uma das consequências imediatas da longevidade são as limitações funcionais: incapacidade de realizar as atividades básicas da vida, como comer, vestir-se e higienizar-se sozinho. Não é o surgimento de doenças crônicas que levam a dependência e incapacidade, mas sim o cuidado diante delas e as complicações advindas, fatores importantes em tais circunstâncias.

Além disso, existem pessoas que já apresentam deficiências e envelhecem, sendo na maioria, pessoas que não apresentam condições econômicas e sociais para enfrentar adequadamente esta situação, submetidos a uma dupla exclusão social.³

Na procura de soluções diante destes novos panoramas, observa-se a inserção de um novo ator social nesta conjuntura, o cuidador.^{4,5}

A Política Nacional do Idoso foi regulamentada pela Lei n 8.842, de 4 de janeiro de 1994-, dispondo no Cap. IV, art.10 sobre os cuidados da saúde direcionados a este grupo populacional. O estatuto do Idoso, Lei n 10.741 de 1 de outubro de 2003, prescreve diretrizes para o cuidado, com objetivos de prevenção e manutenção da saúde do idoso. Entre as ações propostas está o atendimento em domicílio, para o idoso que precisar e estiver impossibilitado de se locomover, inclusive para aqueles abrigados e acolhidos em instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos.

Diante deste contexto, dentre tantas demandas que envolvem o cuidado à saúde do idoso, a saúde bucal destaca-se pela sua importância e consequência diante de outras condições de saúde.⁶ Esta temática é relevante, uma vez que os problemas mastigatórios podem levar a deficiências nutricionais.⁵ Ainda, a enfermidade periodontal está associada a doenças

cardiovasculares, sendo que alguns estudos sugerem uma possível relação entre pneumonia aspiratória e doença periodontal.⁶ Finalmente, a ausência de dor e desconforto na boca, a capacidade de se alimentar e falar confortavelmente e uma boa aparência restabelecida pela reabilitação dentária contribuem para a interação social e a preservação da autoestima do idoso.⁵

Em consequência ao envelhecimento, ocorre maior número de internação nos hospitais, acarretando um custo maior aos sistemas públicos de saúde. Uma das alternativas encontradas pelo governo para minimizar esta situação, foi o atendimento em domicílio dos pacientes, surgindo então a figura dos cuidadores de idosos em cuidado domiciliar.⁷

Cuidador é aquele que tem o dever de cuidar e atender às necessidades do ser cuidado, objetivando a melhoria de sua saúde e da qualidade de sua vida, sendo este definido como formal, quando possui formação específica para os cuidados que presta e informal, quando não possui formação específica.⁸ Ainda, este prestador de cuidados pode ser remunerado ou não para a sua função.⁹ Muitas vezes quem assume o cuidado tem algum grau de parentesco ou vínculo afetivo, não recebendo nenhuma remuneração.

Estes cuidadores, quando prestam seus serviços a doentes que se encontram em situação fragilizada e dependente, devem ter sensibilidade e voltar suas condutas para as necessidades características dos cuidados desenvolvidos.¹⁰ O autoconhecimento favorece a uma melhor captação das necessidades subjetivas dos doentes e, conseqüentemente, um atendimento mais integral dessas pessoas.¹¹

A política de humanização da assistência à saúde emerge no cenário nacional, como resultado do descontentamento dos usuários de serviços de saúde no atendimento. Um dos objetivos desta política é conhecer as características da pessoa a ser atendida, o que possibilitaria um vínculo profissional/paciente, aspecto essencial da assistência humanizada.¹¹

Um resultado esperado deste relacionamento profissional/usuário é a visão integral do ser humano. Os cuidados realizados, no caso, com o idoso dependente, devem considerá-lo no seu contexto de vida. Faz-se necessário que o cuidador entenda que o cuidado com o idoso deve abranger toda sua plenitude de ser humano, e não apenas o cuidado com a doença que o atinge.

O presente trabalho objetiva investigar a

percepção, conhecimentos e habilidades que os cuidadores apresentam em relação à saúde bucal, quando desempenham suas funções junto a idosos acamados em domicílio, assim como conhecer o perfil destes cuidadores.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa caracterizou-se por estudo exploratório de abordagem qualitativa.^{12,13,14}

A fonte de dados foi constituída por nove cuidadores de idosos, correspondendo ao universo de cuidadores cadastrados no Projeto de Extensão Interdisciplinar de Atenção Integral ao Idoso, e desenvolvido por cursos da área da saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), campus Tubarão, aonde os pesquisadores exerciam suas atividades. A coleta de dados se deu no ano de 2010.

O Projeto de Extensão Interdisciplinar de Atenção Integral ao Idoso caracterizou-se por um conjunto de atividades que objetivaram implantar um programa de atenção interdisciplinar ao idoso, na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Campus de Tubarão e identificar o perfil da realidade da população idosa na região de cobertura do Serviço de Atenção Integrada a Saúde (SAIS), iniciado em 2008. Estavam envolvidos neste projeto os cursos de Farmácia (coordenação), Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Educação Física, Nutrição e Odontologia. O projeto contou com a participação 32 alunos dos cursos envolvidos e respectivos professores.

Foi realizado um estudo-piloto para avaliação do instrumento de coleta de dados e aperfeiçoamento do pesquisador para a técnica da entrevista de caráter qualitativo. Participaram do estudo-piloto 3 idosos voluntários participantes da Universidade para a Terceira Idade (Uniexperiência) que são cuidadores. Em uma sala reservada, cada cuidador foi entrevistado com um instrumento semi-estruturado que continha perguntas abordando as categorias ha serem investigadas individualmente com o objetivo de estimar o tempo da entrevista e observar o entendimento acerca das perguntas do questionário. Não foi necessário adaptar ou alterar o questionário. A entrevista durou em média 40 minutos

O critério de inclusão foi o de ser cuidador responsável pelo cuidado domiciliar de um idoso dependente em todas as suas necessidades, em especial aquelas relacionadas à higiene bucal. Foi considerado neste estudo os idosos que dependiam de auxílio para realizarem as atividades básicas de vida (comer, escovar os dentes, pentear os cabelos, vestir a

roupa...). Dos idosos participantes, 3 estavam em dependência total e acamados, necessitando do cuidador para todas as atividades e 6 estavam em dependência parcial e cadeirantes, conseguiam comer sozinhos mas sua higiene pessoal necessitava de auxílio.

Os voluntários que cumpriram o critério de inclusão foram convidados por telefone a participar do estudo durante sua participação nas atividades do Projeto e, após serem elucidados acerca dos objetivos, métodos e aspectos éticos da pesquisa, assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para, só posteriormente, serem entrevistados. Visando garantia do anonimato, os participantes foram identificados como C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 e C9.

Inicialmente, foram coletados dados sócio-demográficos dos cuidadores (nome, idade, escolaridade, renda, grau de parentesco com o idoso, moradia). Uma vez coletadas as informações referentes ao perfil, foram posteriormente realizadas as perguntas norteadoras da entrevista semi-estruturada. As categorias que permearam a entrevista foram agrupadas em conhecimento, habilidade e percepção traduzidas pelas ideias norteadoras sobre onde o cuidador adquiriu o conhecimento para desempenhar sua prática, qual sua concepção de saúde bucal, qual seu sentimento quando realizava a higienização da boca, qual o seu conhecimento de problemas advindos da boca, além da observação de como realizava a higienização da boca do idoso. O cuidador era perguntado sobre cada tema, mas sua fala era livre para a resposta.

Com exceção dos dados referentes ao perfil dos participantes que receberam tratamento quantitativo, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise dos dados seguiu as recomendações do método qualitativo. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, sendo identificadas as categorias que posteriormente foram agrupadas e analisadas pelo processo reflexão-síntese.^{12,13,14} A análise de conteúdo foi escolhida por ser um conjunto de instrumentos metodológico aplicável ao discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados, como foi a entrevista semi-estruturada. Buscou uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Entendendo que o esforço da interpretação força a análise de conteúdo oscilar entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absorve e legitima o pesquisador na busca e pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não dito),

retido por qualquer mensagem. Neste processo, segundo Bardin, é possível observar a ruptura do estímulo-mensagem, do falar-fazer.

Seguindo o caminho metodológico orientado para a pesquisa, foi previsto o processo de devolução dos resultados aos voluntários, em atendimento a questões éticas e, também, a uma das finalidades do projeto. Sendo assim, os resultados foram apresentados aos participantes e discutidos com os profissionais da equipe de saúde responsável pelo serviço que atende àquela população (SAIS-UNISUL).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNISUL, sob o Protocolo n.º 08.438.4.02.III.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado domiciliar traz alguns benefícios como uma maior racionalidade na utilização dos níveis e serviços de atenção secundária e terciária e a diminuição das reinternações e dos custos hospitalares, redução do risco de infecção hospitalar, a manutenção do paciente no núcleo familiar, aumento de qualidade de vida deste e de seus familiares. Além disso, o domicílio oferece um lugar mais seguro e aconchegante ao idoso.¹¹ Entretanto essas vantagens vêm acompanhadas de alguns empecilhos, sendo o principal deles a falta de preparo dos cuidadores para desenvolver suas atividades.²

Os idosos, em seu ambiente domiciliar, além de contar com a presença do cuidador, ainda são acompanhados e monitorados pelo Sistema de Saúde através da ESF- Estratégia da Saúde da Família.¹⁵ Entretanto, é o cuidador quem efetivamente exerce o cuidado, muitas vezes diuturnamente.

Apresentamos a seguir os resultados a partir de entrevistas realizadas com os responsáveis pelo cuidado.

3.1 Perfil dos cuidadores

A idade média da população pesquisada foi de 48,3 anos (DP=20,5). A renda média dos cuidadores foi de R\$ 1.379,40 (DP=1.561,50). A escolaridade média dos cuidadores foi de 9,1 (DP=5,1) anos de estudo, o que corresponde ao ensino fundamental completo sendo que apenas 2 cuidadores apresentaram formação específica para desenvolver a atividade de cuidadores.

Dos 9 cuidadores entrevistados, 4 são contratados, correspondendo a 44,4% do total. A característica predominante foi cuidador informal (sem formação específica para desenvolver atividade de cuidador), abrangendo 77,7 % do total e com algum vínculo familiar, correspondendo a 55,5%. Todos os cuidadores

contratados não moram com o idoso dependente, já os cuidadores não contratados, que possuem alguma ligação familiar, moram com o idoso.

Estes resultados corroboram com os achados de Carneiro e França¹⁰, onde resultados em relação a formação mostraram que 52% dos pesquisados tinham apenas o ensino médio. Os cuidadores não apresentaram formação específica ou qualquer tipo de formação técnica voltada a este cuidado, e, parte morava com o idoso, devido a algum grau de parentesco, o que pode comprometer seu desempenho.

Nos estudos de De Nardi et al¹⁶ no qual participaram 61 cuidadores de pacientes idosos dependentes, 78,6% eram mulheres, apenas 42,7% exerciam atividade externa ao domicílio, sendo o tempo dedicado à atividade de cuidar elevado, já que 58,4% referiram cuidar por 18 ou mais horas ou em período integral. Este estudo observou que o processo de cuidar do idoso pode desencadear limitações cotidianas, limitando o tempo para o cuidador realizar outros papéis: de vida social, de trabalho remunerado e autocuidado.

Outro estudo envolvendo pessoas com deficiência e seus cuidadores demonstrou que mais da metade dos cuidadores eram do sexo feminino e idosas, sendo a maioria irmãs ou sobrinhas da pessoa com deficiência, apresentando pouca escolaridade, não recebiam ajuda de outros e não tinham atividade de lazer regular.³

Muitas vezes, devido às funções rotineiras e a falta de estímulos o cuidado torna-se pouco humanizado, já que o cuidador reproduz tarefas esquecendo-se do fato que o idoso cuidado por ele é um ser com demandas, expressões e vontades ímpares.⁵

3.2 Conhecimentos e Habilidades para o cuidado

A partir da realidade avaliada percebeu-se que os cuidadores consideram possuir conhecimentos sobre os cuidados de higiene bucal que devem ser realizados com os idosos. A necessidade de escovar os dentes foi a mais evidente, variando em frequência de 3 a 6 vezes ao dia. Outros cuidados referidos foram à escovação da língua, utilização de fio dental, uso de bochechos com antissépticos bucal e a troca de escova a cada três meses.

Quando solicitados a descrever os cuidados que realizam diariamente para a saúde bucal do idoso, os cuidadores disseram fazer a escovação dos dentes sempre após as refeições, com exceção de dois casos, nos quais em um a escovação não era diária e em

outro a escovação era realizada uma vez ao dia para evitar lesões ao tecido gengival.

“Tem que escovar 3 vezes ao dia e passa fio dental todo dia pra evitar a cárie né, fazer a escovação sempre após as refeições ou quando comer alguma coisa doce pra evitar”. C5

“Só não posso escovar de manhã, meio dia e de noite porque ele tem a gengiva muito sensível, sangra muito”. C2

“Tiro coloco a pasta de dente e faço a escovação normal, escovo ela por tudo, em cima, em baixo, dentro, ao redor. Mas tem dia que não escovo, não são todos os dias”. C6

A escovação diária e após as refeições é uma prática recomendada com o objetivo de prevenir o desenvolvimento das doenças dentárias. Dentre estas doenças, estão as doenças periodontais que se iniciam com sangramentos. As gengivas sensíveis já são sinais clínicos da instalação da doença que ainda é reversível se a escovação for realizada. O cuidador, quando frente a uma gengiva sensível, mostra o seu desconhecimento por não realizar a escovação diária.¹⁵

Os cuidados complexos da internação domiciliar acabam levando o cuidador a negligenciar a escovação diária dos dentes. Carvalho e Maltz¹⁷ salientam que uma medida importante no controle da doença cárie é a utilização de medidas eficazes como a escovação dentária diária para estabelecer o equilíbrio entre o processo de desremineralização do tecido dentário, impedindo a instalação ou progressão da doença.

A escovação da língua e gengiva também foi descrita por alguns cuidadores, bem como a prática da higienização com enxaguador bucal e a imersão das próteses em copo com água pura ou água sanitária.

“Ele tira de noite né, eu faço de manhã só, só de manhã. Prótese assim eu acho que pra gente ficar tirando toda hora é ruim assim né, toda hora que come, pois é tem isso aí também né, que tem que saber né se tem que escovar a prótese a cada refeição né”. C1

Eu tenho até pra língua,... Ele não gosta assim né, mas eu tenho até comprei aquela é: o limpador de língua, comprei e eu passo na minha né, mas ele não gosta.C2

Aprendi na Universidade que a gente pode deixar a dentadura de molho, eu faço isso, não todo dia, quando lembro eu faço. C7

A limpeza rotineira e eficiente das próteses e da cavidade bucal são medidas importantes nos cuidados com a saúde bucal. Patologias oportunistas podem ser evitadas com a higienização. Os pacientes idosos são mais suscetíveis à candidíase atrófica devido às alterações imunológicas, doenças sistêmicas subclínicas, uso de agentes farmacológicos, deficiências nutricionais e exposição a doenças oportunistas. Os cuidados diários com a boca e suas próteses podem evitar tais problemas.⁶

Os conhecimentos que apresentaram ter, segundo os cuidadores, foram adquiridos em diferentes tipos de fontes, como: consultório odontológico, mídia (rádio e televisão), relações sociais cotidianas, escola (ensino fundamental), folhetos de serviços de saúde pública e orientações de acadêmicos do Curso de Odontologia da UNISUL.

“Nos dentistas mesmo, ele já fez tratamento com os dentistas”. C2

“... eu participo assim de grupos, tive um ano na Universidade Uniexperiência* foi muito bom”. C1

Como no estudo de Saliba et al⁵, neste estudo os cuidadores reproduzem suas maneiras de auto-higienização nas atividades de cuidados. As orientações que relataram terem recebido de acadêmicos do Curso de Odontologia não são evidenciadas nas suas práticas, levando a reflexão que estes conhecimentos podem ser ineficientes para os cuidados realizados nos idosos, ou então o processo de educação em saúde tem que se dar de uma forma continuada ou supervisionada, o que não vem acontecendo.^{5,8,11}

A supervisão em saúde bucal na população idosa mostra-se deficiente, talvez por falta de capacitação dos cuidadores e responsáveis ou por atribuição de prioridade equivocada a questões de saúde. A falta de informação sobre saúde bucal e a manutenção de conceitos equivocados podem ser apontados como possíveis responsáveis pela carência de ações no cuidado prestado por parte dos cuidadores, sendo necessária à capacitação destes para lidar com idosos.⁵

Os cuidadores, como observado neste estudo, são representados principalmente por familiares, predominantemente do sexo feminino, sendo o desenvolvimento desta atividade desgastante e imputada. Trata-se de um trabalho repetitivo, sem descanso, sem férias, uma atividade solitária, sem preparo específico, que pode levar a um isolamento afetivo e social.

Diante disso o cuidador deve ser incluído nos

programas de educação em saúde e em saúde bucal para conhecer e assim desenvolver melhor suas atividades.^{18,19,20}

Araujo et al²¹ em estudo que traçou o perfil e levantou as dificuldades enfrentadas no ato de cuidar, avaliou 31 cuidadores, sendo a maioria mulheres e cuidadoras informais, cônjuge ou filho, casadas, com ensino médio completo. Observou que as principais dificuldades relatadas foram falta de paciência e falta de formação para exercer a função.

O conhecimento de cuidadores em relação à saúde bucal merece atenção, já que muitas vezes é pouco e equivocado, até mesmo entre profissionais com alguma formação técnica. Saliba et al⁵ também encontraram conceitos errôneos entre os cuidadores, em estudo em que 83,3% dos cuidadores possuíam curso técnico de auxiliar de enfermagem, demonstrou que 66,6% dos cuidadores acreditavam que a cárie não é doença e outros 11,1% não souberam responder e, que 55,56% dos voluntários entrevistados afirmaram que a perda dos dentes na terceira idade é inevitável.

Perlini e Faro²² analisaram uma amostra de 35 cuidadores de pessoas incapacitadas por acidente vascular cerebral e encontraram, entre as atividades realizadas pelos cuidadores relacionadas a higienização lavar os cabelos, algumas partes do corpo e realizar higiene oral, sendo que 71% dos entrevistados relataram a necessidade de auxiliar na higiene do cabelo e higiene oral e que o desconhecimento destes acerca da doença pode gerar angústia e receio ao realizar o cuidado.

Estudo envolvendo curso de formação em saúde bucal para cuidadores de idosos institucionalizados e avaliação bucal dos idosos sob cuidado demonstrou que o conhecimento inicial destes cuidadores em relação a saúde bucal era ruim e que melhorou após treinamento, porém os idosos, quando reavaliados após um ano, não apresentaram melhorias na saúde bucal e relataram que não houve mudança nos procedimentos de saúde bucal realizados por estes cuidadores. Embora o programa tenha melhorado o conhecimento este não resultou em melhorias na prática de higiene oral executada por estes indivíduos, sendo inferido pelos autores possíveis explicações para isso como falta de tempo, falta de incentivo e falta de colaboração por parte dos idosos.²³

São imprescindíveis Políticas Públicas, assim como o acesso e a implementação por equipes de saúde, que promovam programas de avaliação e intervenção voltadas ao cuidador familiar. Familiares

que cuidam de pacientes que não apresentam quadros promissores no que tange a autonomia, desprovidos de suporte social efetivo experimentam uma sobrecarga, tem sua saúde física e mental exposta as incertezas e perigos ao se deparar com situações desconhecidas trazendo o problema para a sua responsabilidade e passando a lidar com situações que não tem domínio.²⁴

3.3 Percepção dos cuidadores

Os cuidadores ao serem questionados sobre seus sentimentos em relação aos procedimentos de higienização que realizam, afirmaram que é “normal”, “não sinto nada”, com exceção de um caso que referiu em razão dos dentes não se apresentarem saudáveis:

“Não sinto nada, tinha nojo quando os dentes estavam podre. Agora hoje a gente tira lava a dentadura”. C8

Prefiro limpar as fezes do que a boca, é muito ruim....C4

A limpeza da boca, neste estudo, mostrou-se ser um ato realizado com repulsa. Os líquidos advindos da cavidade bucal trazem o sentimento de nojo, sujeira, contaminação. Os dentes acometidos pela doença cárie são definidos como “podres” e não adoecidos. Esta visão pode impedir o cuidador de realizar uma boa higienização da boca propiciando a instalação de bactérias patogênicas.^{17,25}

Segundo os cuidadores, os procedimentos de higiene são *necessários para “retirar sujeira”; evitar “cáries”, “bactérias”, “dor de dente”, “problemas de estomago”, “mau hálito”, e também “prevenir” “feridas” e “câncer bucal”*. A importância da saúde bucal, para os cuidadores, é focada nas justificativas que os orientam para os cuidados de higienização bucal, pois entendem que ter saúde bucal é manter a mastigação e evitar problemas gengivais.

“É importante contra doenças, né? como a cárie, contra dor de dente. É com a boca que ele se alimenta, né? então é muito importante”. C1

“É muito importante porque, uma boa saúde bucal depende assim de uma prevenção de câncer, câncer de garganta e até de ouvido né quando uma má formação aqui assim (região do temporal) pode dar dor aqui ó, nas mandíbulas né”. C9

Coitado, quando ele não tinha a dentadura....era muito ruim, não comia nem uma fruta...C3

É importante ela por a dentadura, precisa dela, tem que fazer um esforço para usar, ne....C7

Nota-se a inexistência do sujeito no contexto do cuidado, o idoso portador de dentes ou da própria prótese. A preocupação da higienização da prótese foi o procedimento mais lembrado pelos cuidadores na execução da higienização bucal, sendo, portanto, para eles, o ato mais importante na saúde bucal do idoso. Dessa forma a atenção fica restrita a boca, não ampliando a atenção para o contexto do sujeito.²⁶

Um cuidado integral tem por objetivo a saúde do indivíduo em todas as suas particularidades.^{25,26,27} A limitação do conhecimento do cuidador acerca da boca como promotora de saúde, o impede realizar essa conexão durante os cuidados prestados ao indivíduo que usa próteses²⁸ Preocupa-se em limpar as próteses, mas não se preocupa com a estabilidade das mesmas, com a manutenção constante por cirurgiões-dentistas.²⁸

A práxis destes trabalhadores é o cuidado integral do idoso, eles realizam todos os tipos de atenção, por exemplo, alimentam, medicam, higienizam, socializam e interagem com o idoso. Mas o que se observou, é que estas atividades são realizadas numa visão fragmentada²⁵. O ato de alimentar não é conectado com a estabilidade da prótese dentária, o uso de várias medicações não é visto como um fator limitante de salivação e, portanto, estabilidade da prótese e proteção das mucosas bucais^{26,28}. Neste processo, situações importantes de saúde como promoção de qualidade de vida para o idoso são negligenciadas²⁵.

Houve referência sobre a importância estética dos dentes, nesse caso a higienização bucal evitaria danos à boca que favoreceriam a retirada da prótese, o que compromete a aparência do idoso.

“Esses dias tava sem dentadura por que saiu umas aftas ali acho que porque comeu abacaxi durante o dia, aí eu fiz um gargarejo com malva pra ela já poder bota, fica ruim a boca fica murcha. A boca dela chupou tudo pra dentro, eu não podia nem ver ela com aquela boca assim pra dentro.”C7

No contexto de atenção que devem desenvolver para os cuidados com o idoso dependente, a aparência e/ou estética é um fator de pouca importância para os cuidadores. Para eles os cuidados bucais são desenvolvidos como atitudes de higiene pessoal e não um contribuinte para aumento da autoestima. Pereira et al.²⁶ mostraram em seu estudo, que a estética tem uma importante contribuição na construção do conceito individual de qualidade de vida para o idoso.

Os autores demonstraram que a integração social, a vida familiar do idoso sofre um impacto negativo quando a estética dental esta comprometida. Mesmo que a reposição estética seja feita por intermédio de próteses, totais ou parciais, ocorre impacto negativo no bem estar do idoso.

Para Saliba et al⁵, a qualidade do cuidado em relação a higiene bucal dos idosos tende a reproduzir os cuidados e percepção que este tem em relação a sua própria higiene e conservação da saúde bucal.

Para que se possa ir além da assistência, produzindo o cuidado necessário, é preciso conhecimento e, muitas vezes, estes profissionais não realizam os cuidados ideais nem mesmo com a própria higiene bucal, e reproduzem para o idoso apenas o que conhecem e acreditam ser o ideal.^{5,27,29}

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado domiciliar apresenta inúmeros benefícios, porém este deve ser feito com responsabilidade, baseado na integralidade. A saúde bucal deve participar desta integralidade. A boca, além de ser possível focos de bactérias, pode contribuir para a nutrição do indivíduo, participando efetivamente da auto estima e relações sociais. Entender a saúde bucal é transcender as técnicas de higienização da boca e próteses.

A capacitação dos cuidadores em saúde bucal torna-se necessária, seja por políticas públicas ou através de instituições que capacitam os cuidadores. Sugere-se que profissionais da área de odontologia sejam os responsáveis pelas informações relacionadas à saúde bucal, sendo estes incluídos em programas do Estado ou em instituições de preparação dos cuidadores, unindo-se aos outros profissionais responsáveis pela habilitação destes.

A profissão Cuidador de idosos é atual, surgiu juntamente com o envelhecimento populacional, e demanda desenvolvimento pela Universidade de pesquisas e ações que possam contribuir com a construção destes profissionais, com sua práxis tão abrangente, além da necessidade de desenvolvimento de habilidades muito além daquelas teórico práticas mínimas necessárias para uma atenção que fica muito aquém do cuidar. Dessa forma mais estudos são necessários para o conhecimento do perfil destes e, com isso, elaboração de programas de capacitação continuada de forma direcionada.

Além disso, são necessárias políticas no sentido prover a sociedade de condições para que a função profissional cuidador de idosos seja exercida cada vez

mais por profissionais que a elejam por opção e não por necessidade, de forma remunerada e satisfatória, já que um dos grandes desafios da atualidade é a capacidade de desenvolver mecanismos que proporcionem condições e qualidade de vida para a parcela cada vez mais expressiva de idosos da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Ministério de Planejamento. Brasília/IBGE; 2008.
2. Pereira CC. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. *Caderno Saude Publica*. 2003; 19: 773-81.
3. Marin, MJS et al. As condições de vida e saúde de pessoas acima de 50 anos com deficiência e seus cuidadores em um município paulista. *Ver. bras. Geriatr. Gerontol.* 2013; 16(2): 365-374.
4. Hoga AK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência a saúde: uma reflexão. *Rev Escola de Enfermagem USP*. 2004; 38: 13-20.
5. Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre a saúde bucal. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2007; 11(21):39-50.
6. Vendoca MCC. **Bases clínicas em odontogeriatría**. São Paulo: Editora Santos, 2009.
7. Vieira CPB, Fialho AVM, Freitas CHA, Jorge MSB. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Rev bras enferm* 2011; 64: 570-9.
8. Moreira CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Esc Anna Nery*. 2007; 11: 520-5.
9. Araujo, J S, 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. *Rev Enferm em Foco* 2011;2(4): 235-8.
10. Carneiro VL, França LHFP. Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador. *Rev. Bras. Geriatr.Gerontol.*, 2011; 14(4):647-662.
11. Pimenta GMF, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Rev esc enferm*, 2009; 43: 609-14.
12. Patricio ZM. Qualidade na pesquisa: a qualidade dos movimentos de reconstrução do conhecimento e do ser humano pesquisador. **II Simpósio de Produção e veiculação do conhecimento e educação física**: Florianópolis SC. Anais, 1999.
13. Patricio ZM. **Ser saudável na felicidade- prazer. Uma abordagem ética e estética pelo cuidado Holístico-Ecológico**. Florianópolis/Pelotas: UFSC/UFPEL, 1995.
14. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições70-Edição Brasileira, 2011.
15. Lima-Costa MF. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica*. 2003; 19: 700-1.
16. De Nardi, T, Rigo, JC, Brito, M, Santos, ELM, Bós, AJG. Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). *Rev bras geriatr gerontologia*. 2011: 14(3): 511-519.
17. Carvalho J, Maltz, M. Tratamento da doença carie. **Promoção de saúde bucal**. Sao Paulo: ABOPREV, 2000.
18. Florianí CAS, Schramm, FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cadernos de Saude Publica*. 2004; 20: 986-94.
19. Duarte YAO. **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. Sao Paulo: Atheneu, 2000.
20. Santos BRL, Paskulin LMG, Sagebin HV, Witt RR. O domicílio como espaço do cuidado. **50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Salvador (BA), Brasil: ABEn, 1999, p. 121-32.
21. Araújo, Js et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Rev bras geriatr gerontologia*. 2013: 16(1): 149-158.
22. Perlini N, Faro A. Cuidar de pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(2):154-63.
23. Simons, D, Baker, P, Jones, B, Kidd, E. A. M, Beighton, D. An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes. *British Dental Journal*, vol. 188, no 4, 2000. pp 206-210
24. Bocchi SCM, Angelo M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):729-39.
25. Santos MSB, Macedo FG, ErdmannAL. La emergencia de la integralidad e interdisciplinaridad en el sistema de cuidado en salud. *Enferm glob* 2009; 17.
26. Pereira,KCR; Telino, JL;Traebert, JL. The oral impact on daily performances and Sel-reported Quality of Life in edery people in Florianopolis, Brazil. *Oral Health &Prev Dent*. 2009; 7: 163-72.
27. Rates HF. **Cuidado de saúde do domicílio, no domicílio: Implicações para os cuidadores**. Contagem, Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
28. Matos PG, Santos AR, Araújo CSG, Almeida SV. Prevalência de lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis em um serviço de estomatologia. *Rev Cubana Estomatol* 2011; 48: 268-76.
29. Paskulin LMG. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. *Revista Brasileira de Enfermagem- Brasilia*. 2002; 55: 119-25.