

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE - UNIVALE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

CAROLINA DE FREITAS SOARES

**TERRITÓRIO DO SUPORTE FAMILIAR DE IDOSO:
influência na utilização de serviços odontológicos**

Governador Valadares/MG
2021

CAROLINA DE FREITAS SOARES

**TERRITÓRIO DO SUPORTE FAMILIAR DE IDOSO:
influência na utilização de serviços odontológicos**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suely Maria Rodrigues

FICHA CATALOGRÁFICA

S676t Soares, Carolina de Freitas

Território do suporte familiar de idoso: influência na utilização de serviços odontológicos / Carolina de Freitas Soares. – 2021.

119 f.

Dissertação (mestrado em Gestão Integrada de Território) – UNIVALE – Universidade do Vale do Rio Doce, 2021.

Orientação: Suely Maria Rodrigues.

1. Envelhecimento. 2. Saúde bucal. 3. Idoso. 4. Idosos – relações com a família. I. Título. II. Rodrigues, Suely Maria.

CDD-362.19760981



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

CAROLINA DE FREITAS MOREIRA SOARES

**“TERRITÓRIO DO SUPORTE FAMILIAR DE IDOSO: influência na utilização
serviços odontológicos”**

Dissertação aprovada em 26 de agosto de 2021,
pela banca examinadora com a seguinte
composição:

Prof.ª Dr.ª Suely Maria Rodrigues
Orientadora – GIT/Univale

Prof.ª Dr.ª Marileny Boechat Frauches Brandão
Examinadora – GIT/Univale

Prof. Dr. Carlos Alberto Dias
Examinador – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM

À minha família,
de quem recebo incentivos para seguir em frente,
em aprendizado, construção e evolução.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a quem dedico cada conquista, pois reconheço que sem a Sua graça, eu nada poderia fazer.

Agradeço aos meus pais, D. Lusmar e Sr. José Soares, pelo carinho e amor desde sempre, encorajamento e apoio incondicional aos meus projetos, sendo motivos de inspiração em minha caminhada, por meio de sabedoria na simplicidade. Aos meus irmãos, Simone, Haroldo e André, pelo companheirismo e forte laço de amizade e amor.

Agradeço ao Flávio e ao meu filho, Eduardo, pelo amor expresso por meio de total compreensão em meus momentos de ausência devido aos estudos. Agradeço por fazerem do nosso Lar, um lugar de retorno, segurança e apoio, durante todo esse período de dedicação ao mestrado.

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Suely Maria Rodrigues, pelo apoio, encorajamento, e relação amistosa e compreensiva, demonstrada em momentos críticos durante meu percurso de estudos. Aprendi muito com essa pesquisadora detalhista e cuidadosa, exigente e meticulosamente rigorosa ao “tratar de ciência”. Seu profissionalismo, será para mim, sempre, uma referência dentro da odontologia.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Marileny Boechat Frauches, pelas contribuições importantes durante a disciplina Seminário de Dissertação, momento decisivo para a qualificação e desenvolvimento da escrita do trabalho. Agradeço à minha sobrinha e colega de profissão Maria Luiza Aragão, e à Prof.^a Suzana América, pelas contribuições importantes durante a fase de transferência e análise dos dados de pesquisa.

Agradeço ao Mestrado em Gestão Integrada do Território, por meio de toda a equipe constituinte, professores, colegas e amigos, pela oportunidade de, por meio de toda troca de experiências e do conhecimento adquirido, ampliar minha visão interdisciplinar, não somente dentro da minha profissão, mas, por contribuir com minha evolução intelectual e pessoal.

“Ninguém pode entrar duas vezes no mesmo rio, pois quando nele se entra novamente, não se encontra as mesmas águas, e o próprio ser já se modificou...”

Heráclito de Éfeso

A VELHICE

*Olha estas velhas árvores, mais belas
Do que as árvores moças, mais amigas,
Tanto mais belas quanto mais antigas,
Vencedoras da idade e das procelas ...
O homem, a fera e o inseto, à sombra delas
Vivem, livres da fome e de fadigas:
E em seus galhos abrigam-se as cantigas
E os amores das aves tagarelas.
Não choremos, amigo, a mocidade!
Envelheçamos rindo. Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem,
Na glória de alegria e da bondade,
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!*

OLAVO BILAC

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender a influência do suporte familiar na utilização dos serviços odontológicos por idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Governador Valadares/MG. Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal, que utilizou abordagem quantitativa e qualitativa. Participaram do estudo 380 idosos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, funcionalmente independentes. A coleta dos dados quantitativos foi realizada utilizando um Inventário sociodemográfico para caracterização da amostra, o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) para identificar a percepção do indivíduo em relação ao suporte familiar e um exame clínico da cavidade bucal para conhecer a condição de saúde bucal. Para obtenção dos dados qualitativos foi realizada uma entrevista semiestruturada com 10 idosos visando identificar sua compreensão sobre a influência do suporte familiar na utilização dos serviços odontológicos. A análise dos dados quantitativos foi realizada utilizando o software Sphinx Léxica, versão 5.1.0.4 e o software IBM SPSS Statistics 21. A partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin obteve-se a apuração dos dados qualitativos. Os dados sociodemográficos demonstraram que 71,6% dos idosos eram do sexo feminino, com média de idade de 70,3 anos ($dp = 7,5$), a maioria (89,8%) possuía menos de seis anos de estudo. Quanto ao arranjo familiar observou-se que 74,5% dos idosos viviam em família extensa. Os indicadores de saúde demonstraram que 53,4% realizaram de uma a três consultas médicas nos últimos seis meses, 82,0% possuíam de uma a três doenças diagnosticadas por médicos do SUS e 54,5% utilizaram de um a três medicamentos diariamente nos últimos seis meses. Considerando a média das três dimensões analisadas no teste IPSF, verificou-se um escore alto quanto à percepção dos idosos sobre suporte familiar: Afetivo-Consistente-34-42 pontos; Adaptação Familiar-24-26 pontos; Autonomia Familiar-15-16 pontos. Os indicadores de saúde bucal revelaram que quanto ao tipo de prótese utilizada, 55,3% usavam a prótese total removível superior, o produto de higiene bucal mais utilizado por grande parte dos idosos (94,2%) foi a pasta de dente. Observou-se ausência de biofilme em 51,8% e a condição de mucosa bucal foi considerada normal em 67,1% dos idosos. A análise das entrevistas identificou a temática “Suporte familiar na procura ao tratamento odontológico” apontando sentimentos em relação ao suporte familiar marcados pelo espaço vivido de significâncias e valores. Pode-se concluir que os idosos dessa pesquisa formam um grupo de indivíduos com maior participação de mulheres, possuem pouca escolaridade e composição familiar extensa. Buscam, com frequência, os serviços de atenção em saúde, comprovando o cuidado em saúde. Os indicadores de saúde bucal revelaram elevado uso de prótese total removível; utilização da pasta dental como produto de higiene bucal mais frequente; condição de higiene bucal e da prótese satisfatória, com ausência de biofilme e condição da mucosa considerada normal. Os idosos deste estudo não apresentaram comprometimento na percepção do suporte familiar, demonstrando que a percepção da convivência entre os seus familiares se encontra adequada.

Palavras-chave: Envelhecimento, Saúde Bucal do Idoso, Território, Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF).

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the influence of family support on the use of dental services by elderly people assisted by the Family Health Strategy (FHS) located in the urban area of the city of Governador Valadares/MG. This is a descriptive, cross-sectional study that used both a quantitative and a qualitative approach. A total of 380 elderly people aged 60 years or over, of both genders, functionally independent participated in this study. The collection of quantitative data was carried out using a socio-demographic inventory to characterize the sample, the Perception of Family Support Inventory (PFSI) to identify the individual perception of family support and a clinical examination of the oral cavity to know the condition of oral health. In order to obtain qualitative data, a semi-structured interview was carried out with 10 elderly people in order to identify their understanding of the influence of family support on the use of dental services. The analysis of quantitative data was performed using the Sphinx Léxica software, version 5.1.0.4 and the IBM SPSS Statistics 21 software. From the Bardin Content Analysis technique, qualitative data were obtained. The socio demographic data showed that 71.6% of the elderly were female, with a mean age of 70.3 years (sd = 7.5), the majority (89.8%) were less than (6) six years old. of study. As for the family arrangement, it was observed that 74.5% lived in an extended family. The health indicators showed that 53.4% had 1 to 3 medical appointments in the last six months, 82.0% had 1 to 3 diseases diagnosed by SUS physicians and 54.5% used 1 to 3 medications daily in the last six months. Considering the average of the three dimensions analyzed in the IPSF test, there was a high score regarding the perception of the elderly about family support: Affective-Consistent 34-42 points; Family Adaptation 24-26 points; Family Autonomy 15-16 points. Oral health indicators revealed that, regarding the type of denture used, 55.3% used the upper removable total denture, the oral hygiene product most used by most of the elderly (94.2%) was toothpaste. Absence of biofilm was observed in 51.8% and the condition of oral mucosa was considered normal in 67.1% of the elderly. The content analysis of the interviews allowed the identification of the theme "Family support in the search for dental treatment", pointing out feelings in relation to family support, marked by the lived space of significance and values. It can be concluded that the elderly in this research form a group of individuals with a greater participation of women, with little education and with a family composition identified as extensive. They often seek health care services, proving health care. Oral health indicators revealed high use of removable dentures; use of toothpaste as a more frequent oral hygiene product; satisfactory oral hygiene and prosthesis condition, with absence of biofilm and mucosal condition considered normal. The elderly in this study did not show impairment in the perception of family support, thus demonstrating that the perception of coexistence among their family members is adequate. This fact significantly contributes to the maintenance of health care, physical and psychological integrity of the individual. In this way, it is understood that it is fundamental for adequate care planning for the elderly, the understanding of their family context and their daily lives.

Keywords: Aging, Oral Health of the Elderly, Territory, Perception of Family Support Inventory (PFSI).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do seguimento urbano do município de Governador Valadares/MG subdividido em áreas geográficas estratégicas – regiões.....	51
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população idosa mundial por sexo e idade. Período: 1950 a 2100	21
Gráfico 2 - Distribuição das taxas brutas de Natalidade e Mortalidade e Taxa de crescimento natural no Brasil. Período: 1950-2100.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da proporcionalidade de idosos segundo a região geográfica de moradia, no município estudado.....	52
Tabela 2- Distribuição de frequência das características sociodemográficas e de saúde dos idosos usuários das ESF da região urbana do município de Governador Valadares, Minas Gerais. Brasil, 2021 (n=380).	60
Tabela 3 - Distribuição de frequência dos indicadores de saúde bucal dos idosos usuários das ESF da região urbana do município de Governador Valadares, Minas Gerais. Brasil, 2021 (n=380).	67
Tabela 4 - Distribuição da frequência do IPSF entre os idosos assistidos pelas ESF de Governador Valadares/MG, de acordo com o sexo. Brasil, 2018 (n=380).	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais características dos quatro levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil.....	28
Quadro 2 - Caracterização dos tipos de configurações familiares.....	44
Quadro 3 - Critérios utilizados para as condições investigadas no exame epidemiológico.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
ACD – Atendente de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária
APS – Atenção Primária à Saúde
AVD – Atividades da Vida Diária
CD – Cirurgião-Dentista
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CICPS – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPOD – Dentes - Cariados, Perdidos e Obturados
DCNT Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ESB – Equipes de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPSF – Inventário de Percepção do Suporte Familiar
NASF – Núcleo de apoio à Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool – Primary Care Assessment Tool (Instrumento de Avaliação da Atenção Primária)
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNI – Política Nacional do Idoso
PSF – Programa de Saúde da Família
PPP – Prótese Parcial Provisória
PPR – Prótese Parcial Removível
PTR – Prótese Total Removível
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SATEPSI – Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SESP – Serviços Especiais de Saúde Pública
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD – Técnico em Higiene Dental
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
2.2 A REALIDADE DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO NO BRASIL.....	25
2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O ATENDIMENTO ODONTOLÓGI- CO.....	35
2.4 CONFIGURAÇÃO TERRITORIAL DO SUPORTE FAMILIAR.....	41
3 OBJETIVOS	49
3.1 GERAL	49
3.2 ESPECÍFICOS	49
4 METODOLOGIA	50
4.1 ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO.....	50
4.2 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO	50
4.3 AMOSTRA	52
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	52
4.5 ESTUDO PILOTO	53
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	53
4.7 COLETA DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	53
4.7.1 Dados quantitativos	54
4.7.2 Dados qualitativos.....	56
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1 DADOS QUANTITATIVOS.....	59
5.1.1 Caracterização da Amostra dos Idosos.....	59
5.1.2 Indicadores de saúde bucal	65
5.1.3 Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)	72
5.2 DADOS QUALITATIVOS.....	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
ANEXOS	106
APÊNDICES	117

1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação apresenta o tema envelhecimento, assunto de importância no contexto da saúde mundial e brasileira. Assinala ser necessário o olhar interdisciplinar a partir do processo de envelhecimento, e, portanto, ultrapassar as fronteiras disciplinares da Odontologia, até mesmo da saúde, buscando compreensão mais ampla e amparada nos Estudos Territoriais.

Desde o início dos anos 90, quando se consagra uma concepção ampliada de saúde, tem sido um permanente desafio a busca por construir práticas com orientação e base interdisciplinares, visando articular uma perspectiva de integralidade e humanização das ações. Assim, o diálogo entre as ciências da saúde e as ciências humanas e sociais é indispensável para condução de estudo que traduza com fidelidade o contexto da saúde no envelhecimento. As mudanças do mundo contemporâneo exigem a transposição de barreiras que separavam as distintas ciências, a fim de responder às necessidades interdisciplinares dos problemas complexos (MONKEN *et al*, 2008).

O presente estudo traz um recorte de um projeto de pesquisa maior, intitulado: “Importância do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idosos”, que possui fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Aborda a mudança do perfil demográfico mundial, que teve como fator contribuinte a queda das taxas de natalidade e de mortalidade devido ao avanço das tecnologias e diagnóstico precoce das doenças. Esse fato gerou a consequente transição entre a prevalência das doenças infectocontagiosas e o aumento dos agravos crônicos decorrentes do avançar da idade. As consequências do envelhecimento populacional já são sentidas na área econômica, da saúde e da previdência (OLIVEIRA, 2019).

Na área da saúde, o aumento da demanda por serviços por parte dessa população produziu discussões sobre melhoria dos serviços de saúde voltados à essa parcela da população. No âmbito da atenção primária, ações voltadas ao idoso em seu espaço vivido, como o território do suporte familiar, são extremamente importantes para sanar deficiências de acessibilidade, apoio social e informações sobre cuidados em saúde (ALVARENGA *et al*, 2011).

Neste panorama atual emerge a necessidade da compreensão integral do território, palco das ações humanas, suas territorialidades, pois “[...] todo espaço geográfico populacional, portará uma história ecológica, biológica, econômica, comportamental, cultural, em síntese social, que necessariamente tem que orientar o conhecimento do processo saúde-

doença". (ROJAS, 1998, p. 704). A melhor tradução do conceito de territorialidade para as sociedades humanas é a de Robert Sack (1986, p. 6), que diz que “[...] a territorialidade em seres humanos é melhor compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área; e, como territorialidade pode ser ativada e desativada.”

Diante do exposto, este trabalho foi executado partindo da seguinte questão norteadora: O suporte familiar influencia na utilização de serviços odontológicos por idosos? A relevância do estudo está em reconhecer como o território do suporte familiar dos idosos influencia no cuidado com a saúde bucal, utilizando como referencial teórico Rogério Haesbaert. É assunto de importância na atualidade pela mudança do perfil demográfico do país e do mundo, bem como pela busca de entendimento da saúde bucal no envelhecimento como fenômeno complexo. À luz da análise interdisciplinar, a abordagem territorial é útil para compreensão dos processos e para resolutividade de questões importantes.

A dissertação está estruturada, a partir da apresentação, em cinco capítulos. O primeiro capítulo aborda a Revisão Bibliográfica, que discorrerá sobre o processo de Envelhecimento – conceito, razões da transição demográfica e epidemiológica (âmbito geral), dados demográficos e classificação – sobre a realidade da saúde bucal do idoso no Brasil, sobre a Estratégia de Saúde da Família e o atendimento odontológico, e sobre a configuração territorial do suporte familiar.

No segundo capítulo estão descritos o objetivo geral e os específicos deste estudo. Os objetivos constituíram a finalidade deste trabalho, ou seja, a meta que se pretendeu atingir com a elaboração da pesquisa. O terceiro capítulo detalha o Procedimento Metodológico utilizado para a realização do estudo. O método é essencial para o entendimento dos elementos envolvidos na execução dessa fase: o cenário (universo), os participantes (amostra), a técnica de coleta de dados, a estratégia de análise e os aspectos éticos observados na pesquisa.

A apresentação dos Resultados e Discussão estão descritos no quarto capítulo. Inicialmente, são apresentados os dados quantitativos: caracterização da amostra de idosos; indicadores de saúde; resultado do teste Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF). Posteriormente, os dados qualitativos com a identificação da categoria: Suporte familiar na procura ao tratamento odontológico. No quinto capítulo estão apresentadas as Considerações Finais e as respostas às questões propostas nos objetivos deste estudo. Visa demonstrar a contribuição da pesquisa para o meio acadêmico e para o desenvolvimento da ciência.

A partir do panorama explicitado, pretende-se, com esta pesquisa, que as informações sobre a influência do suporte familiar possam contribuir na melhoria dos dados epidemiológicos de saúde bucal de idosos usuários do Sistema Único de Saúde. Tais informações poderão orientar ações de saúde para melhoria na qualidade de vida da população idosa valadarense.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 UM OLHAR SOBRE O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial, marcado pela transição demográfica, decorrente da queda da fecundidade e da mortalidade, do maior controle sanitário e das doenças infecciosas, do avanço científico e do crescimento das tecnologias na assistência à saúde (FLORIANO, 2012).

O envelhecimento pode ser analisado como um processo natural de diminuição funcional progressiva dos indivíduos, entendido como “senescência” que, em condições normais, não se traduz em problema de saúde. Um estilo de vida mais ativo pode minimizar os efeitos das alterações decorrentes do processo de senescência. No entanto, certos agravos, como aparecimento de doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requer assistência, o que se denomina “senilidade” (FONSECA, 2011).

Para De Beauvoir (2018), a velhice é um fenômeno inelutável e irreversível, não permitindo escape a qualquer ser humano que viva muito tempo. Acredita que o envelhecimento não pode ser entendido, senão em sua totalidade, visto que não é somente um conjunto de alterações biológicas próprias da senescência, mas também um processo com apropriação cultural. Cada sociedade possui seus próprios valores, portanto a definição de velhice depende do entendimento a partir do contexto social em que o indivíduo está inserido. Alguns fatores podem influenciar direta ou indiretamente na longevidade do ser humano, como por exemplo, a hereditariedade. Outros, por sua vez, podem interferir também neste processo, como é o caso do gênero, condições de crescimento, de nutrição, do meio em que vive e de condições econômicas.

Silva *et al.* (2015) considera o envelhecimento como um momento de crise no ciclo vital, uma vez que representa situações de mudanças no âmbito biopsicossocial, requerendo do idoso e daqueles que com ele convivem adaptações a esta etapa da vida. Para Uchôa (2003), estudos sobre o envelhecimento realizados em diferentes culturas foram úteis para a análise da variedade de formas de envelhecer e de experiências relativas ao envelhecimento, levando à distinção de dois tipos de elementos que influenciam neste processo: os relativos ao envelhecimento biológico e os ligados às características do indivíduo, à dinâmica social e às políticas públicas vigentes na sociedade em questão.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997), no final da década de 1990, com o conceito de “envelhecimento ativo”, incluiu, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. O conceito pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

A classificação do envelhecimento quanto à idade foi dividida em quatro estágios, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002):

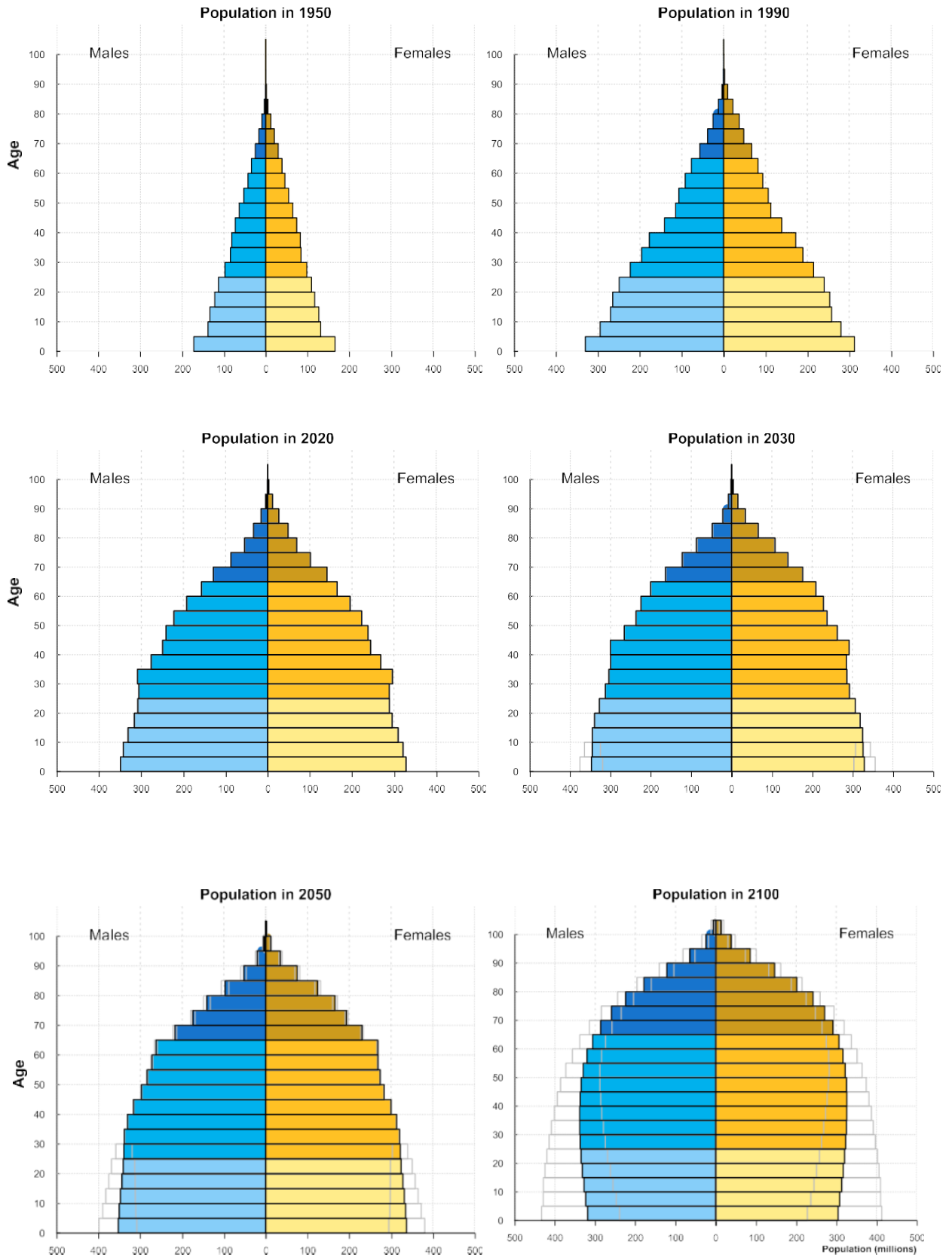
- Meia-idade: 45 a 59 anos;
- Idoso (a): 60 a 74 anos;
- Ancião: 75 a 90 anos;
- Velhice extrema: 90 anos em diante.

Em países desenvolvidos, pode ser considerado idoso, o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos. No entanto, em países em desenvolvimento, é considerado idoso o indivíduo a partir de 60 anos. Portanto, essa classificação em relação à idade é estabelecida a partir das condições socioeconômicas e da qualidade de vida de cada nação (WHO, 2002).

De acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas (UNITED NATIONS, 2019), *The World Population Prospects*, volume II, a população com mais de 65 anos representa 9,1% da população total mundial. Em 1950, esse grupo populacional equivalia a 5% do número total de pessoas. A prospectiva é que alcance em 2050, o equivalente a 15,9%, número explicado pela queda nas taxas de natalidade e de mortalidade devido aos avanços na área de biotecnologia, por exemplo. Em 2018, pela primeira vez na história, as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos superaram o número de crianças menores de 5 anos no mundo. De acordo com o relatório, a expectativa de vida aumentou de 64,2 anos em 1990, para 72,6 em 2019, com projeções para alcançar 77,1 em 2050 (Gráfico 1).

Apesar do envelhecimento ser considerado um fenômeno mundial, a expectativa de vida em países de baixa renda é 7,4 anos a menos que a média mundial, devido, em grande parte, aos níveis continuamente elevados de mortalidade infantil e materna, bem como à violência, aos conflitos e ao impacto contínuo da epidemia do HIV. Nos países desenvolvidos, como da Europa e América do Norte, até o ano de 2050, a projeção é de que uma em cada quatro pessoas terá mais de 65 anos, como também o número de idosos maiores de 80 anos, aumentará em três vezes, passando de 143 milhões para 426 milhões de pessoas (UNITED NATIONS, 2019).

Gráfico 1 - Distribuição da população idosa mundial por sexo e idade. Período: 1950 a 2100.

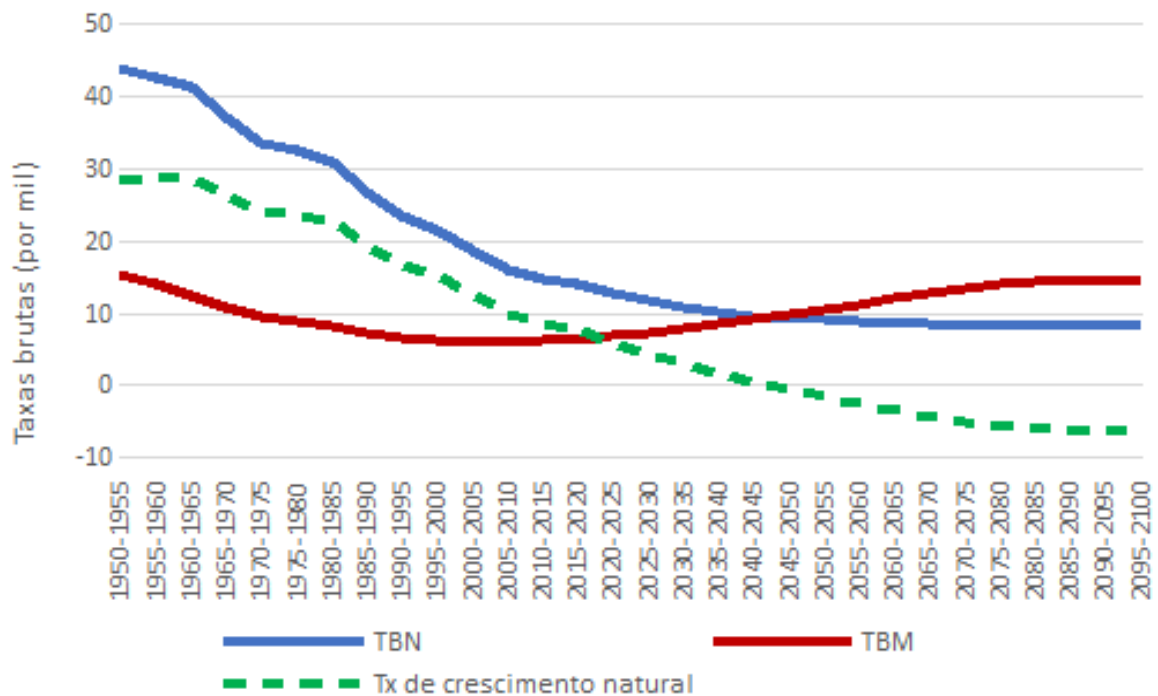


Fonte: World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles.

No Brasil, o panorama da transição demográfica é semelhante às mudanças mundiais quanto ao envelhecimento. Até 2050, a projeção é que a população com 65 anos tenha aumentado em 32 vezes em relação ao número de pessoas idosas de 1950 (UNITED NATIONS, 2019). Essa parcela da população, possivelmente, atingirá em 2050 um percentual de 19,0% da população total. Portanto, será considerada a 6ª maior população idosa do mundo, em números absolutos (HAIKAL, *et al.*, 2011).

A dinâmica demográfica brasileira na atualidade é considerada fruto da transição demográfica que tem ocorrido desde o século XX. A projeção para o máximo crescimento populacional se dará em 2045, momento em que se iniciará o processo de decréscimo pelo aumento das taxas de mortalidade em comparação com a natalidade, em decorrência do aumento da população idosa no país, como demonstrado no Gráfico 2 (UNITED NATIONS, 2019). O relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019) demonstra que a expectativa de vida ao nascer do brasileiro aumentou, passando para 76,6 anos.

Gráfico 2 - Distribuição das taxas brutas de Natalidade e Mortalidade e Taxa de crescimento natural no Brasil. Período: 1950-2100.



Fonte: World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles.

Com o envelhecimento da população brasileira, doenças próprias desse segmento ganham maior expressão. Observa-se o aumento das doenças crônicas e degenerativas em

detrimento das infectocontagiosas (AGOSTINHO, 2015). O adoecimento na terceira idade pode acontecer devido às alterações fisiológicas naturais, ao trazer limitações ao organismo humano, com tendência ao aparecimento das condições crônicas, que pode ocasionar perda da autonomia, dependência física, uso de múltiplas medicações, além de alterações emocionais e sociais (FLORIANO, 2012).

Estudo realizado por Fonseca (2011) objetivou descrever a situação de saúde da população idosa brasileira no que se refere a indicadores gerais e específicos da condição de saúde, à capacidade funcional, à utilização de serviços de saúde e a gastos com medicamentos, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). A PNAD, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é um inquérito de base populacional com abrangência nacional, desenvolvido com o objetivo de obter informações sobre características demográficas, habitação, educação, trabalho e rendimentos. Os resultados mostraram que os idosos brasileiros apresentavam pelo menos uma doença ou condição crônica (69%), com proporção maior entre as mulheres (75%) do que entre homens (62%). As doenças infectocontagiosas (responsáveis por 40% do total de óbitos em 1950 e por 10% em 1980) foram sendo substituídas por patologias mais complexas, crônicas e não-transmissíveis, como os agravos mentais, cardiovasculares, variados tipos de câncer e o estresse.

Estudo realizado por Maia *et al* (2020) objetivou identificar fatores de envelhecimento bem-sucedido entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. A prevalência de idosos robustos na atenção primária foi considerada satisfatória para os idosos em geral, reduzindo com a idade e se associou à ausência de doenças e incapacidades, 27,7% não apresentavam polipatologias e 42,8% eram totalmente independentes para as Atividades de Vida Diária (AVD). A robustez dos idosos foi associada à autopercepção positiva da saúde, ausência de solidão, fazer caminhada, dançar, ausência de comprometimento cognitivo, não ter sintomas depressivos, não relatar cinco ou mais doenças (polipatologia) e ser independente para AVD.

O avanço no aparecimento de doenças crônicas é notório com o envelhecimento e acarreta uma maior prevalência de incapacidade funcional. O desempenho funcional vai declinando imperceptível e gradativamente, ao longo dos anos, ocorrendo o denominado envelhecimento funcional (PASCHOAL, 2002).

Com base na autonomia de vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1983) classificou os pacientes idosos em três grupos: funcionalmente independentes (vivem sem necessitar de ajuda); parcialmente dependentes (indivíduos incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada); totalmente dependentes (estão

impossibilitadas de viver com independência e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente).

Esses conceitos são úteis ao contexto do envelhecimento, pois estão ligados ao grau de independência com que os idosos desempenham as funções no dia a dia dentro de seu contexto socioeconômico e cultural. Do ponto de vista prático, essas funções podem ser medidas por meio do desempenho das atividades diárias, como por exemplo, a capacidade de cuidado pessoal (higiene), preparo das refeições, manutenção básica da casa. A operacionalização desse conceito é difícil, mas seus resultados são mais detalhados do que os obtidos apenas com utilização do conceito de envelhecimento cronológico (WHO, 2002). A capacidade funcional está relacionada à dificuldade do indivíduo em executar tarefas básicas ou mais complexas da vida diária, o que leva à limitação ou restrição de seus papéis sociais e à necessidade de um cuidador para auxiliar no desempenho dessas tarefas (SILVA, *et al.*, 2015).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 (IBGE, 2014), 17,3% dos idosos apresentavam limitações funcionais para realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que são tarefas como fazer compras, administrar as finanças, tomar remédios, utilizar meios de transporte, usar o telefone e realizar trabalhos domésticos. O número aumenta para 39,2% entre os idosos de 75 anos ou mais.

Para avaliar o estado funcional do idoso, é necessário determinar o nível de independência para a realização das Atividades da Vida Diária (AVD), e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). A classificação pode mostrar idosos independentes, parcialmente independentes ou dependentes para realizar tais atividades. A funcionalidade pode ser, ainda, em relação às atividades da pessoa quanto à sua capacidade de autocuidado, integridade física, estado intelectual, mental e espiritual e interações sociais (LEITE, 2015).

A avaliação da capacidade funcional é relevante em Geriatria e Gerontologia, visto ser um importante indicativo de qualidade de vida do idoso. Bem-estar e funcionalidade são equivalentes, pois representam a presença de autonomia e independência, permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. De acordo com Andriolo *et al.* (2016), a funcionalidade global é o ponto de partida para a avaliação da saúde do idoso, uma vez que a presença de declínio funcional não pode ser atribuída ao envelhecimento normal, mas sim às incapacidades mais frequentes no idoso.

Os processos de saúde e doença se referem a fenômenos complexos, que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. As Ciências Sociais, ao analisar práticas de manutenção da saúde, apontam para a insuficiência e limites da

biomedicina no trato dos males humanos, revelando o quanto o estado de saúde da população é intimamente ligado ao seu modo de vida e ao seu universo físico, social e cultural (DUCCINI, MOURA e RODRIGUES, 2017).

As consequências desse aumento populacional no país também já são percebidas no âmbito do setor público de saúde, nas demandas sociais e na previdência (BRASIL, 2013). Isso aponta para a necessidade de maior inclusão dos idosos nas políticas públicas de saúde bucal para que o processo de envelhecimento aconteça associado à qualidade de vida (HAIKAL, *et al.*, 2011).

O processo de envelhecimento rápido gera expectativa de demanda de serviços de saúde e coloca os profissionais dessa área frente a um desafio e uma oportunidade. O desafio refere-se à tarefa de levar atenção de saúde a este contingente populacional em rápido crescimento e a oportunidade refere-se à possibilidade de planejar durante os próximos 20 anos, em que esta população dobrará em números, ações que possam responder às demandas deste grupo etário. Programas próprios para os idosos, formação profissional e a criação de espaços específicos de atenção ao idoso e de estudos e pesquisas sobre o envelhecimento e sua repercussão na saúde são exemplos de ações que responderiam a essa demanda (PRADO; SAYD, 2007).

2.2 A REALIDADE DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO NO BRASIL

A OMS considera o conceito de saúde bucal como complexo, não se limitando apenas à saúde dos dentes ou à ausência de determinados agravos que afetem o complexo craniofacial. A saúde bucal é parte da saúde geral e tem influência no bem-estar das pessoas, possibilitando ao indivíduo “falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, saborear, mastigar, deglutir e gritar, além de proteger contra infecções e ameaças ambientais.” (WHO, 2003, p. 3). Destaca ainda a influência negativa das doenças bucais nas relações sociais e de produção, na escola e no trabalho, além do impacto psicológico que pode interferir na qualidade de vida das pessoas (WHO, 2003).

A saúde bucal também foi conceituada em fóruns de ampla participação popular. Sua definição pela 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986, reiterada pelas conferências seguintes, de 1993 e 2004, foi inscrita como integrada e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde e à informação, merecendo atenção especial no caso do idoso (BRASIL, 2004). A

expressão saúde bucal traduz um conjunto de condições biológicas e psicológicas, fundamentais para o ser humano exercer as funções de mastigação, deglutição e fala. Possui também importância na estética, podendo influenciar na autoestima e no relacionamento social sem inibição ou constrangimento. A ausência de uma ou mais dessas funções pode acarretar quadro de incapacidade bucal transitória ou permanente, variando em grau, abrangência e evolução entre os indivíduos, de acordo com o tempo, as características clínicas, as possibilidades terapêuticas e a inserção social (NARVAI, ANTUNES, 2003).

De acordo com Narvai (2001), a saúde bucal não resulta apenas da prática odontológica, mas também de processos sociais complexos em que cada situação é única, singular, histórica, não passível de reprodução, das quais originam manifestações biológicas, como lesões ou hígidez. Esse conceito advém da saúde bucal coletiva, entendida, pelo autor, como parte inseparável da Saúde coletiva.

Por sua vez, a Saúde coletiva pode ser compreendida como:

campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto 'saúde' e onde operam distintas disciplinas [as básicas sendo a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde] que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas [transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial], onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p. 308).

A saúde bucal coletiva, portanto, é direcionada para o social, em que as doenças bucais são produzidas. Nesse lugar social devem se organizar as tecnologias que visem a diminuição e o controle dos processos das doenças em sua dimensão coletiva (BOTAZZO, 1994). Sua prática resulta a partir do conceito de saúde, segundo a OMS, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a ausência de doença, em que se torna evidente a relação entre a saúde e os determinantes sociais do processo saúde/doença. Isso permite explicar não só a produção das doenças como também sua distribuição e localização enquanto causa específica, para os vários grupos populacionais (BOTAZZO, *et al.*, 1988).

A relação entre fatores sociais e ambientais com a saúde das populações remonta de longa data. John Snow, no século XIX, como precursor da Epidemiologia de campo, conseguiu solucionar a epidemia de cólera, por meio de investigação, traçado de origem e evolução da doença na população de Londres. Snow não possuía o conhecimento biológico sobre o *Vibrio cholerae*, mas possuía o conhecimento sobre o comportamento social da

doença, suficiente para a resolução do problema (TROSTLE, 2013).

No campo da saúde bucal, os estudos epidemiológicos no Brasil iniciaram em 1950, dentro dos chamados “programas incrementais”, em áreas onde atuavam os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP). Os inquéritos nacionais tornaram-se realidade a partir de 1986, com o primeiro levantamento epidemiológico. Foi realizado o segundo estudo, dez anos depois, em 1996 (NARVAI, 2006).

A experiência seguinte foi realizada por meio da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Projeto SB Brasil. Esse Projeto é o levantamento epidemiológico que foi planejado para acontecer no ano 2000, e que, por razões operacionais, foi concluído apenas em 2003, sendo denominado Projeto SB Brasil 2003. Inspirado na metodologia sugerida pela OMS no final dos anos 1990, possuía como proposta original o estabelecimento das metas recomendadas no programa Saúde Para Todos no Ano 2000 da própria organização. A pesquisa foi realizada em 16 capitais que representaram as cinco regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste) e pode ser considerada a primeira estimativa mais confiável da realidade epidemiológica brasileira em saúde bucal (RONCALLI, 2012).

Em 2010, o Projeto SB Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, 4º levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no país), auxiliou a compreensão dos problemas de saúde bucal e disponibilizou informações para subsidiar a formulação e melhoria de políticas públicas, a partir dos dados indicadores dos agravos de saúde (DALAZEN, CARLI, BOMFIM, 2018). Os índices e coeficientes medidores de desigualdades sociais foram relativos a 150 municípios e Distrito Federal (DF), revelando grande influência dos fatores socioeconômicos nas condições de saúde bucal da população.

Quadro 1 - Principais características dos quatro levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil.

Categorias de análise	1986	1996	2003	2010
Cenário político-sanitário	Redemocratização do país (Nova República); Crescimento e amadurecimento do Movimento Sanitário; VIII Conferência Nacional de Saúde; Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB)	Primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso; Democracia representativa aparentemente consolidada; Avanço na implantação de uma vertente econômica neoliberal; Saúde Bucal como Área Técnica no Ministério da Saúde	Início do projeto no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso e conclusão no início do governo Luiz Inácio Lula da Silva; Pouca ou nenhuma mudança na política macroeconômica; Política de Saúde Bucal priorizada no conjunto de políticas públicas; Rearticulação da Coordenação Nacional de Saúde Bucal; III Conferência Nacional de Saúde Bucal	Projeto desenvolvido ao longo do segundo mandato de Luiz Inácio Lula da Silva; Manutenção da política macroeconômica; Política de Saúde Bucal ainda priorizada no conjunto de políticas públicas
Cenário epidemiológico	Alta prevalência e severidade de cárie dentária em escolares; Alto índice de edentulismo em adultos e idosos; Desigualdades regionais no perfil epidemiológico	Tendência de queda da cárie da população escolar; Persistência de desigualdades regionais	Confirmação da tendência de declínio da cárie dentária na população escolar (12 anos); Persistência de grandes desigualdades regionais; Concentração do declínio e de melhores condições de saúde bucal em área urbana de capitais do Sul e Sudeste e em alunos de escola privada; Quadro de edentulismo ainda alarmante; Surgimento de outras necessidades como as oclusopatias	Confirmação da tendência de declínio da cárie dentária na população de 12 anos; Queda de 25% em relação a 2003, maior que o declínio entre 1996 e 2003; Persistência das desigualdades regionais; Edentulismo ainda alto mas com resultados positivos já perceptíveis em população adulta

Características Metodológicas	Delineamento amostral probabilístico com representatividade em nível macrorregional; Avaliação de cárie dentária, doença periodontal e edentulismo; Zona urbana de 16 capitais; Grupos etários de escolares e idosos	Modelo amostral não probabilístico; Avaliação somente de cárie dentária em escolares de 6 a 12 anos; Zona urbana de 27 capitais e Distrito Federal	Delineamento amostral probabilístico com representatividade em nível macrorregional; Avaliação de cárie dentária, doença periodontal, edentulismo, oclusopatias e fluorose. Verificação de condições socioeconômicas e acesso a serviços; Zona urbana e rural de 250 municípios de diferentes portes populacionais (de menos de 5 mil a mais de 100 mil habitantes); 6 grupos etários, de bebês a idosos	Manteve a estratégia geral do modelo de 2003, ou seja, delineamento amostral probabilístico com representatividade em nível macrorregional e para capitais; Pesquisa somente em domicílios e não mais em escolas para 5 e 12 anos; Zona urbana de 177 municípios (30 do interior em cada região mais as 27 capitais); 5 grupos etários (5, 12, 15-19, 35-44 e 65-74 anos); Melhorias nas técnicas de pesquisa de campo e nas estratégias de análise
Articulação com a política de saúde	Vinculado ao Programa de Prevenção de Cárie Dentária (PRECAD); Sem continuidade	Nenhuma política de saúde bucal definida; Sem continuidade	Articulado à Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente); Continuidade ainda indefinida	Projeto inserido na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) como componente relativo aos dados primários do eixo da Vigilância em Saúde Bucal; Continuidade estabelecida e vinculada à manutenção da PNSB
Capilarização para estados e municípios e incorporação da metodologia	Nenhuma	Nenhuma	Restrita inicialmente à fase de execução nos 250 municípios sorteados; Indícios claros de incorporação metodológica em estados do Nordeste, Sudeste e Sul que ampliaram a amostra estadual; Absorção e incorporação da metodologia pela Academia	Expansão da amostra em alguns estados e municípios; Absorção e incorporação da metodologia consolidada

Fonte: Roncalli (atualizado sob permissão); Ministério da Saúde.

Em estudos epidemiológicos, as condições de saúde bucal são medidas por meio do índice CPO-D (proposto em 1938, por Klein, Palmer e Knutson), que expressa o número de dentes permanentes (D), cariados (C), perdidos (P) e restaurados (O), e critérios de avaliação preconizados pela OMS (WHO, 2013). O CPO-D é um dos índices mais utilizados em saúde bucal, pois retrata a vivência de cárie do indivíduo (BARBATO, *et al.*, 2007).

Para o ano de 2000, a Organização Mundial de Saúde (1997) estabeleceu uma meta para o índice CPO-D da população idosa entre 65 e 74 anos de cinco. Outra meta estabelecida considerava que 50% dessa população apresentasse, no mínimo, 20 dentes em condições funcionais. No entanto, o segundo estudo nacional, o Projeto SB Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, que avaliou 5.349 idosos de 65 a 74 anos, registrou CPO-D de 27,79, tendo o componente perdido representado 92,9% do índice, o cariado 4,2% e o restaurado 2,6%. A porcentagem de pessoas com a quantidade mínima de dentes funcionais foi de 10,2%, média bem abaixo do valor preconizado pela OMS (BRASIL, 2003).

A média de dentes perdidos, no Levantamento Nacional de Saúde Bucal de 2002-2003, diminuiu para 0,9 em adolescentes e 13,2 em adultos, e atingiu 25,8 entre idosos de 65 a 74 anos. O componente perdido permaneceu com proporção estável entre os dois estudos (1986 e 2003), com aproximadamente 15% em adolescentes e 65% em adultos (35-44 anos) e mais de 90% entre os idosos (PERES, 2013).

O levantamento epidemiológico Projeto SB Brasil 2010 registrou, se comparado ao estudo de 2003, redução significativa das perdas dentárias entre adolescentes e adultos, enquanto o edentulismo em idosos permaneceu estável, cerca de 54% nos dois estudos. Em adolescentes, caiu pela metade, de 0,96 para 0,40; a prevalência de pelo menos um dente perdido reduziu de 38,9% para 17,4% e a proporção de jovens de 18 anos de idade sem perdas dentárias superou 80%, valor próximo da meta para o ano 2000 pela OMS (85%). A média de dentes perdidos em adultos diminuiu de 13,5 para 7,4 (PERES, 2013).

No estudo SB Brasil 2003, a porcentagem de idosos que apresentaram CPO-D = 0 foi de 0,52%, enquanto no SB Brasil 2010 encontra-se o percentual de 0,2%. Isso demonstra que houve diminuição da quantidade de dentes sadios na população idosa nesse período. O CPO-D médio brasileiro na faixa etária de 65 a 74 anos no levantamento de 2003 foi de 27,79; enquanto no levantamento de 2010 encontrou-se 27,53 (BRASIL, 2004).

A condição periodontal nos levantamentos epidemiológicos de 2003 e 2010 foi avaliada com o uso do IPC, classificando os sextantes em “Hígido”, “Sangramento”, “Cálculo”, “Bolsa Rasa”, “Bolsa Profunda” e “Excluído”. Um sextante era avaliado “Excluído” quando não apresentava nenhum dente ou quando apresentava apenas um dente

funcional. Bolsa periodontal profunda era avaliada quando a profundidade de sondagem era maior que 6 mm (BRASIL, 2004).

A porcentagem de pessoas com ausência de problema periodontal no SB Brasil 2003, ou seja, avaliada como “Hígido”, na faixa etária de 65 a 74 anos, foi de 7%, enquanto no SB Brasil 2010, na mesma faixa etária, observa-se uma porcentagem de 1,8%. Uma possível explicação é a quantidade de sextantes excluídos dos dois estudos: em 2003, 80,83%, e em 2010, 90,5% (LIMA, *et al.*, 2015).

Um outro dado pesquisado sobre as condições da saúde bucal do idoso refere-se ao uso e necessidade de próteses dentárias. A prótese dentária possui a função de minimizar o dano e substituir a falha corporal, superando a incapacidade bucal, devolvendo as funções de mastigação, deglutição, fonação e estética (LIMA, *et al.*, 2015). Um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade mastigatória de 100%, com a perda de um dente, essa capacidade passa a ser de 70%. Em pessoas que usam prótese total, essa capacidade diminui para 25% (MORIGUCHI, 1992).

Os resultados do estudo de 1986 refletiram a prática de uma Odontologia iatrogênica-mutiladora, em que 72% da população na faixa de 50-59 anos necessitava de prótese total ou a possuíam (BRASIL, 1988). A porcentagem mais alta foi para o uso da prótese total superior e menor para a inferior, provavelmente em função desta última apresentar mais problemas de retenção e estabilidade (CAMPOSTRINI, *et al.*, 2007).

No levantamento nacional de saúde bucal realizado em 2003, 66,54% usavam algum tipo de prótese superior e 42,57% utilizava alguma prótese inferior, sendo que a prótese dentária mais utilizada, tanto superior quanto inferior foi a prótese total, utilizada em casos em que todos os dentes foram extraídos (BRASIL, 2004).

Os dados do Projeto SB Brasil 2010 registraram que dentre os idosos de 65 a 74 anos, 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares. Esses números estão muito próximos dos encontrados em 2003. O percentual de 76,5% dos idosos utilizava alguma prótese, porém, esse dado se refere às duas arcadas juntas, pois os dados de 2010 não foram separados por arcadas como o de 2003. A porcentagem de pacientes que utilizavam prótese total correspondia a 63,1%, indicando que a prótese mais utilizada pelos idosos brasileiros é a prótese total (BRASIL, 2012).

Segundo Ferreira *et al.* (2011), uma razão para as condições bucais insatisfatórias entre os idosos brasileiros está relacionada à atuação tecnicista do profissional e de superespecialização, visão limitada intervencionista, herdada de um modelo ultrapassado de

Odontologia desvinculada da saúde geral, portanto, ineficaz para o atendimento ao idoso.

Dentre os resultados de diversos outros estudos e pesquisas, a alta prevalência de perdas dentárias entre os idosos reflete a falta de cuidado com a saúde bucal no curso da vida, consequência do nível de educação em saúde e da condição socioeconômica, além do descaso histórico pelas políticas públicas, não sendo simplesmente o desenrolar dos agravos bucais, como cárie e doença periodontal (SÁ, 2012; SOUZA, et al., 2016).

Dalazen, Carli e Bomfim (2018), em seu estudo, observaram que nos últimos 30 anos, a população idosa cresceu cerca de nove vezes, fenômeno que exigiu mudanças na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos gestores e profissionais da saúde pública. Como consequência dessas mudanças, ganharam também maior expressão na sociedade, as alterações próprias do envelhecimento, entre elas o edentulismo, condição considerada por muitos como processo normal da idade. Torna-se necessário, portanto, o entendimento sobre os aspectos da saúde bucal do idoso como fenômeno complexo, razão pela qual é de extrema valia a abordagem interdisciplinar das demandas desta população.

Para melhor compreensão desses problemas, Haikal *et al.*, em 2011, numa pesquisa quali-quantitativa, aliaram o levantamento epidemiológico com avaliação de autopercepção de idosos quanto à sua condição de saúde bucal, alcançando resultados mais realistas. Essa população foi apontada como maior usuária de serviços de saúde e como menor usuária de serviços odontológicos. Os idosos percebem como positivo o estado de saúde bucal mesmo que este seja clinicamente desfavorável. A pesquisa quali-quantitativa conseguiu representar a relação dinâmica entre o dado objetivo e a subjetividade do indivíduo acerca de seu bem-estar, buscando a identificação dos problemas, gerando explicações, por critérios diferentes daqueles dos profissionais, e, portanto, gerando uma compreensão mais precisa e profunda dos problemas da população idosa.

As condições dentárias denominadas objetivas ou normativas, obtidas por meio de julgamento conduzido por cirurgiões-dentistas, conforme normas pré-estabelecidas, por si só não indicam o quanto a pessoa se sente afetada pelos agravos (MARTINS, *et al.*, 2014). Entende-se, assim, a importância de instrumentos desenvolvidos para avaliar a percepção dos indivíduos quanto aos impactos das desordens bucais, na qualidade de vida, em dimensões tais como: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência na realização das atividades cotidianas.

Sobre a autopercepção positiva quanto à saúde bucal, Rigo *et al.* (2015) realizaram um estudo com 326 idosos no município de Passo Fundo, no norte do Rio Grande do Sul, a fim de

testar a hipótese de que indivíduos mais satisfeitos com a vida possuem tal percepção, e, portanto, não percebem a necessidade de tratamento ou acompanhamento com o profissional odontólogo. O estudo confirmou a hipótese com seus resultados obtidos por meio da análise de variáveis sociodemográficas e entrevistas.

Revisão de literatura realizada por Rosendo (2017), consultando publicações nacionais e internacionais nos últimos 20 anos, mostrou a importância da autopercepção da saúde bucal pelos idosos, reforçando a necessidade de políticas de promoção de saúde voltadas para a terceira idade. Os estudos mostraram que os fatores sociodemográficos como o gênero e o estado civil influenciam a percepção da saúde bucal mais do que a escolaridade e a idade, e que o pior indicador para a qualidade de vida em relação à saúde bucal apresentado foi em relação à necessidade da utilização de prótese, em particular no que diz respeito ao comprometimento da função mastigatória.

A autopercepção de saúde bucal é uma medida multidimensional que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos sobre seu bem-estar funcional, social e psicológico, e muitas vezes determina sua busca por atendimento odontológico. A avaliação da autopercepção da saúde bucal e da condição de saúde bucal é essencial, pois o comportamento é modulado pela percepção dessa condição e importância dada a ela. O entendimento sobre a autopercepção da saúde dos idosos contribui para formulação de política pública cuja abordagem tenha como meta a qualidade de vida (SILVA, *et al.*, 2011).

Estudo realizado por Sera *et al.* (2021) com 38 idosos teve como objetivo medir o conhecimento sobre saúde bucal dos idosos, analisando o índice CPO-D e seus componentes. O índice do CPO-D foi de 57,89%. Em relação às próteses, encontrou-se um percentual de 60,52% que usava prótese total. Apesar dos resultados encontrados serem considerados insatisfatórios, 93,42% dos idosos conheciam sobre autocuidado odontológico.

A qualidade de vida pode ser afetada pela alta prevalência dos agravos de saúde bucal em idosos, explicada pelo comprometimento funcional e cognitivo que estes indivíduos podem apresentar (FERREIRA, *et al.*, 2014; FREITAS, LIMA e SILVA, 2016) acometidos por doenças incapacitantes, como mal de Parkinson, distúrbios motores, Alzheimer e depressão (LOPES, OLIVEIRA e FLÓRIO, 2010; SILVA, *et al.*, 2019). Foram observados que tais comprometimentos aumentam os riscos de aparecimento dos agravos bucais, incluindo os de rápida progressão, pela dificuldade de execução dos métodos preventivos e dependência de terceiros para a higienização. Tais agravos são responsáveis por afetar a qualidade de vida de diversas maneiras, como função mastigatória e fonação comprometidas, mudança na aparência facial e nas interações pessoais, representando também riscos à saúde

geral, pela influência no estado nutricional e no peso corporal (RIGO, *et al.*, 2015).

Tem sido estudada a relação entre condição ruim de saúde oral, como o edentulismo e a má nutrição dos idosos, ressaltando a importância de um atendimento integral a este grupo. A doença periodontal e a hipossalivação tem sido estudada como geradores de dificuldades na alimentação e nutrição adequada destes indivíduos (MESAS, *et al.*, 2010).

Estudo feito por Agostinho (2015) objetivou verificar se a autopercepção de saúde bucal dos idosos, frequentadores do Centro de Referência de Idosos da Fundação Pró-Família de Blumenau-SC, apresentava coerência com a sua condição bucal, verificada a partir de exame de inspeção bucal, considerando perdas dentárias, o uso e a necessidade de próteses. Os resultados revelaram que a autopercepção de saúde bucal classificada como “ruim” pelos idosos participantes desse estudo foi coerente com a precária condição bucal encontrada. A perda dos dentes limita funções diretamente ligadas à manutenção da qualidade de vida, como a mastigação e a fonação, bem como por prejuízos de ordem nutricional, estética e psicológica, com reduções da autoestima e da integração social.

Entendendo ainda sobre fatores múltiplos, por meio da abordagem interdisciplinar, na saúde da terceira idade, Moreira, Nico e Tomita (2011), em estudo sobre distribuição da perda dentária no município de Botucatu-SP, escreveram sobre a relação dos aspectos geográficos e a dimensão constitutiva do território, como fronteiras físicas, limitações sociais e características simbólicas com a condição bucal dos idosos. Esses autores observaram também a importância de Sistemas de Informações Geográficas (SIG) aliados aos estudos de saúde bucal para maior refinamento das análises espaciais e maior delineamento territorial e populacional, a fim de criar compreensão para atuação no território, em seus diversos fatores influenciadores no bem-estar e na saúde dos idosos. Essa utilização da interdisciplinaridade nas resoluções e entendimentos de problemas complexos é de grande valia para os estudos e resolutividade dos problemas em saúde.

Dalazen, Carli e Bomfim (2018), em estudo para verificar a associação entre a necessidade de tratamento e uso de prótese com os fatores contextuais e individuais, analisaram o processo saúde-doença no envelhecimento como complexo e dinâmico, refletindo o impacto de múltiplos determinantes, como a desigualdade social, na qualidade de saúde bucal. Em estudo sobre relação de raça e uso dos serviços bucais, realizado por Souza *et al.* (2012), observou-se a influência dos determinantes sociais como parte da explicação pelo menor acesso dos idosos negros ao serviço público odontológico, gerando pior condição bucal.

Uma outra possibilidade relatada para o alto índice de edentulismo é que os indivíduos podem não procurar atendimento precoce, por dificuldades de autopercepção de suas próprias necessidades, até pelo fato de algumas doenças possuírem inicialmente fase assintomática, como também pela ausência de limitação funcional (DALAZEN, CARLI, BOMFIM, 2018).

Além de todas as considerações a respeito dos fatores explicativos para o quadro de saúde bucal precário da população idosa, soma-se ainda a tradição brasileira em políticas de saúde bucal resultante do modelo assistencial de corte materno infantil. Desta forma, objetivava alcançar, por muitos anos, principalmente, os grupos populacionais constituídos por crianças e gestantes (DE LUCENA; JÚNIOR e DE SOUSA, 2011).

O panorama epidemiológico do país sofreu alterações positivas a partir da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também conhecida como Brasil Sorridente, em que houve ampliação da atenção secundária, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (NARVAI, 2011). O maior objetivo da PNSB é a inclusão social por meio da ampliação do acesso à assistência odontológica a todos os brasileiros. A política apresenta em sua estrutura: reorganização da atenção primária em saúde bucal, com ampliação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; ampliação e qualificação da atenção especializada; assistência na atenção terciária; promoção e prevenção; reestruturação e qualificação; vigilância, monitoria e avaliação (MACHADO, SILVA e FERREIRA, 2015).

A partir de 2004, os CEOs passaram a ser instalados em todos os estados do país. Os CEO são unidades de referência para a atenção básica de saúde de atendimento odontológico e prestam serviços especializados, aumentando a integralidade do cuidado, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região. Seus custos são compartilhados pelos estados, municípios e governo federal (NARVAI, 2011).

Na atenção secundária, a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas) possibilitou a estruturação da rede de saúde bucal nos municípios. A atenção secundária à população idosa é realizada também por meio da especialidade de prótese dentária, pela confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e próteses fixas unitárias (DE LUCENA; JÚNIOR e DE SOUSA, 2011).

2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ao longo dos últimos anos, veio se configurando no sentido de colocar em prática os princípios da Atenção Primária à Saúde.

Esse processo teve início formal com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e com o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 (CORREIA, *et al.*, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família, assim denominada a partir de 2006, inaugurada em 1994 (como Programa de Saúde da Família), foi consequência de um processo lento e contínuo de tensão com o modelo hegemônico de assistência à saúde então vigente (centrado em práticas curativas e individualistas) e teve como norte inspirador a decisão de reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso à atenção básica e consolidasse o processo de descentralização inaugurado com o (SUS). A implementação da ESF trouxe um importante impacto nos mecanismos de gestão de saúde no Brasil, especialmente sob os princípios organizativos do SUS de universalidade, descentralização, integralidade e controle social (ANDRADE, BEZERRA e BARRETO, 2005).

A ESF atua junto a uma população adscrita, ou seja, localizada em uma área delimitada, por meio de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Cada equipe profissional mínima deve ser composta por médicos (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, podendo contar com cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família), e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A equipe deve ser responsável, por, no máximo, 4.000 habitantes. A média recomendada é de 3.000 habitantes (BRASIL, 1997).

A ESF é considerada um modelo de atenção básica, operacionalizada por ações primariamente preventivas e promocionais das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, com foco na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (ANDRADE, BEZERRA e BARRETO, 2005). A atenção básica é definida como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A ESF desenvolveu-se de forma gradativa e é a alavanca principal do avanço da Atenção Primária à Saúde no Brasil (MACINKO e MENDONÇA, 2018).

A atenção primária/básica se constitui como porta de entrada do SUS, sendo o contato inicial da população com o serviço de saúde, responsável pela maioria dos problemas ou necessidades nesse setor. O acesso aos serviços de atenção primária contribui não apenas na

redução das taxas de internação e melhoria dos indicadores, mas também na redução de desigualdades socioeconômicas e na qualidade de vida, equidade e saúde populacional. Portanto, o aumento da cobertura e da abrangência da saúde da família é um importante promotor de equidade (STARFIELD, 2002).

A atenção básica em saúde refere-se ao primeiro nível de atenção, pautada no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto, uma formulação típica do SUS, incorporada pela ESF, de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA e HAMANN, 2009).

Em 2008, foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como responsabilidade central atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. A equipe do NASF, como apoio das equipes de Saúde da Família, poderá deixar de existir, segundo publicação de dezembro de 2019, consequência de uma série de alterações presentes no Programa Previne Brasil, que instituiu um novo modelo de financiamento para o SUS (BRASIL, 2019). As normativas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) também foram revogadas.

As práticas de saúde pública no Brasil mais próximas do cotidiano da vida das comunidades são aquelas vinculadas às atividades da Atenção Básica à Saúde, concretamente estabelecidas pela ESF. Representam uma reorientação do modelo assistencial de saúde e de vigilância, baseados no estabelecimento de vínculos e de corresponsabilização entre a equipe de saúde e a comunidade; na compreensão da família (como objeto de atuação e intervenção) em relação ao ambiente onde vive; na responsabilização sanitária por uma população adscrita ou ‘territorializada’; e nas práticas de campo direcionadas para o território (BRASIL, 1997).

O ponto de partida para a reorganização do sistema local de saúde brasileiro foi redesenhar suas bases territoriais a fim de assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção. A territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regionais, baseando-se no reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998).

A emergência do território como categoria analítica dos eventos saúde-doença não é recente, mas passa por elaborações teóricas e práticas para além do território material, em termos dos seus contextos de uso – e aqui se encontram precisamente as possibilidades da construção de interfaces operacionais entre a Atenção Básica à Saúde e a Vigilância em Saúde (SANTOS, 2008).

A operacionalização do conceito território por parte dos profissionais do SUS recebe abordagem parcial, pois o conceito de espaço, consagrado a fins administrativos que se voltam para a dimensão gerencial dos serviços de saúde, limitam suas possibilidades na identificação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concreta na realidade cotidiana das coletividades humanas (SANTOS e RIGOTTO, 2010).

O território é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. No entanto, a tarefa de territorialização adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ‘ambiente’, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

Assim sendo, as políticas públicas se referem à resposta diante das demandas dos agentes sociais ou de reivindicações formuladas por sujeitos atuantes no sistema político. São ações governamentais, que objetivam resolver certas necessidades sociais, e podem pertencer, no espaço público, à esfera estatal ou não estatal, do ponto de vista de sua regulação, de seu provimento e de sua execução. As políticas podem ser sociais (saúde, assistência, habitação, educação, emprego, renda ou previdência), macroeconômicas (fiscal, monetária, cambial, industrial), ou outras (científica e tecnológica, cultural, agrícola, agrária) (ANDRADE, 2008).

No quesito saúde bucal, por décadas de história sanitária brasileira, houve pouco espaço para sua importância, no âmbito das políticas públicas, fato constatado pelos resultados dos levantamentos epidemiológicos realizados em abrangência nacional e/ou regional (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada no mesmo ano que a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que precedeu a Constituição Federal de 1988, discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Definiu-se a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e relacionada às condições de moradia, alimentação, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação.

Após a Constituição de 1988, no Brasil, foi notório certo esforço em adotar políticas de cunho mais participativo. Foram instituídas novas maneiras de incorporar os segmentos da sociedade na formulação das políticas públicas por meio de conferências e conselhos gestores (de saúde, de assistência social, de trabalho, de segurança, entre outros), incluindo a decisão popular, o destino de uma parcela dos recursos na forma de audiências públicas, planos diretores e orçamento participativo (LÜCHMANN, 2008).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), embora tenha recebido forte impulso a partir de 2004, foi resultado de construção ao longo de muitas décadas, por diversos setores da sociedade, como aqueles vinculados aos movimentos sociais da saúde, aos professores e pesquisadores que atuam no entrecruzamento da Odontologia com a Saúde Coletiva, bem como por equipes de saúde pública, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo Conselho Nacional de Saúde, por movimentos de profissionais e por algumas gestões de entidades odontológicas (GIOVANELLA, 2012).

O “Brasil Sorridente”, criado em 2004, após a conclusão do “Projeto SB Brasil 2003 – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira” é, portanto, a política de saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS), pautada no relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal que evidenciou como deveria ser a agenda para um Brasil contemporâneo. Na conferência foi evidenciado que as condições da saúde bucal são fortes sinais de exclusão social, cujo enfrentamento requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação, e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais, e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de Governo. Alguns dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal são a utilização da Epidemiologia e as informações sobre o território para planejamento das ações e a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2004).

O Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos da política de saúde ao trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica, investindo na expansão das Equipes de Saúde Bucal da ESF, aumentando o repasse do nível federal para municípios e redefinindo suas ações. Além da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), em uma rede de referência e contrarreferência, como elementos estruturantes da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo (BRASIL, 2012).

Tal política de saúde potencializa a alteração do modelo assistencial no Brasil, incorporando a saúde bucal dentro dos preceitos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: a universalização, a descentralização, equidade, a integralidade e o controle social (DE LUCENA; JÚNIOR e DE SOUSA, 2011).

Historicamente, a assistência odontológica pública no Brasil foi construída se limitando quase que apenas aos serviços básicos. Apresentava baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, inadequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde (BRASIL, 2004).

A inserção da saúde bucal, após 28 de dezembro de 2000, contou com incentivos financeiros para ações e inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (SOUZA e RONCALLI, 2007). O cuidado em saúde bucal passa a exigir uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (DE LUCENA; JÚNIOR e DE SOUSA, 2011).

A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família ocorreu por meio de duas modalidades: - modalidade I, que compreende um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e -modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD). Cada Equipe de Saúde Bucal (ESB) é responsável, em média, por 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes por meio de ações em sua área adscrita, e segundo os critérios de territorialização já estipulados, sendo as ações especializadas de saúde bucal referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do SUS (BRASIL, 2001).

O cirurgião-dentista inserido na ESF exerce seu papel no contexto da saúde da família por meio da integração com outros profissionais, do planejamento em equipe e das ações coletivas para promoção de saúde. A relação interdisciplinar para desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional é baseada no território, seguindo os princípios do SUS (SOUZA, 2013).

As ações das Equipes de Saúde Bucal podem ser assim citadas, de acordo com o plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica (BRASIL, 2001):

I - Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.

II - Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.

III - Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.

IV - Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.

V - Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.

VI - Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.

VII - Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.

VIII - Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

A atenção básica ampliada na área da saúde bucal possui como responsabilidade a prevenção e o tratamento de problemas odontológicos. A Norma Operacional da Assistência à Saúde prevê o desenvolvimento das seguintes atividades: procedimentos coletivos, levantamento epidemiológico, escovação e evidenciação de placa, bochecho com flúor, educação em saúde, alimentação e análise do sistema de informação e consulta odontológica (FARIAS e MOURA, 2003).

A produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais, integrando todos os recursos disponíveis por meio de fluxos que são direcionados de forma a garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. A produção do cuidado parte da rede básica ou de qualquer outro ponto do sistema para os diversos níveis de atenção.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são pontos de Atenção Secundária Ambulatorial que utilizam os mecanismos de referência e contrarreferência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde como instrumentos, para assegurar a integralidade do atendimento, buscando, desta forma, superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde, organizando uma rede de atenção coordenada pela Atenção Básica (BRASIL, 2018).

2.4 CONFIGURAÇÃO TERRITORIAL DO SUPORTE FAMILIAR

O entendimento sobre o conceito de território, de forma ampliada, com suas múltiplas vertentes, torna-se indispensável na tentativa interdisciplinar de responder à problemática da relação, multidimensional e multiescalar, entre a sociedade e o seu espaço:

Apesar de ser um conceito central para a geografia, território e territorialidade, por dizerem respeito à espacialidade humana, têm certa tradição também em outras áreas, cada uma com um enfoque centrado em uma determinada perspectiva. Enquanto o geógrafo tende a enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões (que deveria incluir a interação sociedade-natureza), a ciência política enfatiza sua construção a partir de relações de poder (na maioria das vezes, ligada à concepção de Estado); a economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases da produção (enquanto ‘força produtiva’); a antropologia destaca sua dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades ditas tradicionais; a sociologia o enfoca a partir de sua intervenção nas relações sociais, em sentido amplo; e a psicologia, finalmente, incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal, ampliando-o até a escala do indivíduo (HAESBAERT, 2006, p. 3).

A origem do termo território vem do latim *territorium*, e é derivado de terra como medição ou ‘pedaço de terra apropriada’, ou como ‘uma porção delimitada da superfície terrestre’, em uma acepção mais antiga. O território possui dupla conotação, material e simbólica, dado que etimologicamente aparece muito próximo tanto de *terra-territorium* quanto de *terreo-terror* (terror, aterrorizar). Possui sentido de dominação (jurídico-política) da terra, gerando medo ou ‘terror’ naqueles que, sujeitos à dominação, tornam-se excluídos ou são impedidos de entrar no ‘*territorium*’. O termo também pode inspirar identificação e ‘apropriação’ (simbólico) para aqueles que têm o privilégio de usufruir o território (HAESBAERT, 2005). Portanto, o território, segundo Haesbaert, assume um viés multidimensional (político-jurídico, econômico e culturalista) e os movimentos dos agentes e grupos entrando e saindo de territórios (tidos como seus e de outros) manifestam os processos de desterritorializações e (re)territorializações.

O território necessita, portanto, ser definido e compreendido à luz dos processos históricos, culturais e socioespaciais, o que expõe o conceito a diferentes concepções autorais e dimensões constitutivas. Uma das vertentes é a que diferencia a concepção materialista do território, identificada com teorias naturalistas (ou etológicas), econômicas e jurídico-políticas; outra noção, idealista, compreende processos de apropriação simbólica do espaço como fenômeno territorial construtor de identidade; e existe ainda a ideia integradora de território que reúne todas as dimensões e que o concebe como categoria definida por relações de poder, multiescalar, híbrida em rede e indissociável da prática dos grupos sociais (FUINI, 2017a).

Entre as derivações do termo território, encontra-se o conceito de territorialização, que pode ser entendido como um movimento historicamente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais. Dessa forma, caracteriza-se como um dos produtos socioespaciais das contradições sociais sob a tríade economia, política e cultura,

determinando as diferentes territorialidades no tempo e no espaço – as desterritorialidades e as re-territorialidades. Por isso, a perda ou a constituição dos territórios nasce no interior da própria territorialização e do próprio território. Ou seja, os territórios encontram-se em permanente movimento de construção, desconstrução e reconstrução (SAQUET, 2005).

A territorialidade pode ser compreendida como abstração teórica ou pode ter um sentido efetivo, tanto material (controle físico) quanto imaterial (controle simbólico, imaginado), além da concepção de espaço vivido (HAESBAERT, 2014). Sob a ótica do conceito de territorialidade, portanto, o suporte social pode ser considerado como um construto multidimensional, envolvendo componentes distintos, relacionando-se a mediadores entre o meio ambiente e seus efeitos no comportamento, bem-estar e saúde geral/mental (BAPTISTA, 2005). O suporte social é condição ampla enquanto o familiar mais específico. Porém, ambos são essenciais à manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes (NUNES, CALAIS, 2011). As interações sociais ao longo do ciclo vital podem promover melhor qualidade de vida e condições de saúde. Tais redes de apoio também podem ser associadas à recuperação da saúde e prevenção de doenças, assim como sua escassez ou inadequação pode ter implicações negativas na vida das pessoas (MARQUES *et al.*, 2011).

Como uma importante rede de apoio social do indivíduo, a família possui papel de provedora, cuidadora, além de atuar como socializadora, sendo responsável por oferecer as primeiras relações estáveis e de confiança, o que se reflete nos sistemas de crenças e valores do indivíduo (POLETTI; KOLLER, 2002). É um sistema complexo que passa por evoluções biológicas, psicológicas, sociológicas e culturais diferentes, sendo, portanto, compreensível a presença de tensões e mudanças contínuas produzidas por tais evoluções. Os processos de transformação ocasionam um equilíbrio instável marcado por “crises”, como a do envelhecimento, devido às modificações próprias do ciclo vital. A família é entendida como uma formação humana indispensável para o bem-estar do idoso, e seu conceito vai além dos laços de consanguinidade (CUBAS, CARMO LISBOA e CHAVES, 2004).

O trabalho de Caniço *et al.* (2011) apresenta os diversos tipos de configurações familiares presentes na atualidade, classificadas de acordo com a estrutura e dinâmica global.

Quadro 2 – Caracterização dos tipos de configurações familiares.

Tipo	Caracterização	Exemplo
Nuclear ou Simples	Uma só união entre adultos e um só nível de descendência.	Pai, mãe, filho(s).
Alargada ou extensa	Coabitam descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitor(es) e/ou filho(s).	Avós morando com netos, tios, primos, cunhados.
Reconstruída, combinada ou recombinada	Nova união conjugal, com existência ou não de descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois membros.	Homem divorciado casado com outra mulher separada que possui um filho da outra relação.
Homoafetiva	União conjugal entre duas pessoas do mesmo sexo, independentemente do restante da estrutura.	Dois homens casados ou duas mulheres morando juntas.
Monoparental	Progenitor que coabita com o(s) seu(s) descendentes, não tendo relação conjugal de coabitação permanente.	Viúva com filhos ou homem separado com filhos.
Dança a dois	Duas pessoas com relações ou não de consanguinidade e inexistência de relação conjugal.	Dois irmãs, dois primos, avó e neto.
De coabitação	Homem e/ou mulher que vivem na mesma habitação, com inexistência de laços familiares ou relação conjugal.	Universitários, imigrantes.
Consanguínea	Existe uma relação conjugal consanguínea, independentemente do restante da estrutura.	Casal de primos.
Acordeão	Um dos cônjuges se ausenta por períodos prolongados ou frequentes.	Família com um migrante para o exterior ou de militares em missão.
Múltipla ou dois em um	Um elemento integra duas ou mais famílias, constituindo agregados diferentes, eventualmente com descendentes em ambos.	Homem com duas esposas que moram em casas diferentes.

Fonte: Caniço *et al.*, 2011.

A coresidência entre gerações é característica bastante comum entre as famílias brasileiras, pois o processo de transição demográfica que o país tem vivenciado deu origem a mudanças de ordem econômica, social, como também na constituição familiar. Isso demonstra o envelhecimento, não só individual, como também familiar, comum entre as famílias brasileiras (SAMPAIO, SAMPAIO e VILELA, 2019).

Com relação à presença de idosos na composição familiar, Camarano (2004) destaca dois tipos de famílias: as “de idosos” e as “com idosos”. Nas primeiras, o idoso é o chefe da família, na maioria dos casos, mais jovem, economicamente produtivo e com boas condições de saúde. Sua renda é fundamental ao orçamento familiar, com transferências descendentes de apoio (das gerações mais velhas para as mais jovens). Idosos com algum grau de dependência física podem manter-se na posição de chefes de família, se tiverem rendimentos e se puderem contar com o cônjuge para ajudá-los. Nas famílias “com idosos”, estes ocupam a posição de parentes do chefe da família. São geralmente mais velhos e do sexo feminino, com renda insuficiente para garantir o próprio sustento e, com frequência, precisam de ajuda para o desempenho de atividades da vida diária. Nessas famílias, prevalecem transferências de apoio ascendentes (das gerações mais novas para a mais velha).

De acordo com resultados de censo demográfico nacional, observou-se que 1/3 dos membros da família de idosos é constituído por filhos, cerca de 10% dos membros são netos, e mais de 50% dos membros dessas famílias são de não-idosos. Embora os filhos moradores, em sua maioria, trabalhem, o peso da renda dos idosos no orçamento dessas famílias é expressivo, no qual se destaca a importância da renda do benefício social. Nas famílias com idosos, pelo menos 25% dos seus membros são idosos (IBGE, 2000).

De acordo com Sampaio, Sampaio e Vilela (2019), a família, independentemente da configuração constituinte, é uma forma de organização construída historicamente, que gera vínculos afetivos entre seus membros, que se referem a laços exclusivos e resistentes às mudanças na sociedade, sendo fonte de apoio e de alegria. O sentimento de amor é uma força propulsora no enfrentamento das dificuldades, estando muitas vezes acima de qualquer situação. A convivência dos idosos com seus familiares é construída com base em diversos sentimentos, proporcionando relações enriquecedoras e trocas diversas entre os seus membros.

Segundo Gomes e Pereira (2005), família remete a lembranças, identidade, sentimentos positivos e negativos, enfim, possui um significado social compartilhado, integrando a cultura e sentimento de pertença, por isso a importância do estudo da família de modo contextualizado. Para Elsen, Marcon e Silva (2002) a família pode ser considerada como um sistema de saúde para seus componentes, na medida em que esta supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que devem seguir nos casos de queixas e de sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio aos profissionais de saúde.

A família, território de abrigo e aconchego, é palco de diversas territorialidades. O suporte familiar se inclui nesse contexto e se refere às atividades e procedimentos recíprocos entre membros da família, que geram efeitos positivos para aqueles que dão e recebem. O suporte familiar também pode se referir às características psicológicas que a família oferece a seus membros (SOUZA; BAPTISTA, SILVA ALVES, 2008).

O suporte familiar pode ser definido como o recurso primário de socialização por meio do qual os padrões de comportamento, hábitos de linguagem, valores, crenças e costumes são transmitidos e as necessidades psicológicas e fisiológicas básicas podem ser supridas (INOUYE, *et al.*, 2010). Um suporte familiar adequado resulta em efeitos emocionais positivos e em sensações de pertencimento, cuidado e estima. Trata-se de um processo recíproco entre os membros da família, que gera efeitos tanto para quem recebe, quanto também para quem oferece o apoio (WILLIAMS; AIELLO, 2004). É caracterizado pelas variáveis psicológicas presentes nas relações familiares, que têm papel fundamental no desenvolvimento de seus membros, influenciando a forma como são vivenciados e reproduzidos comportamentos, afetividade e valores sociais. O suporte familiar é considerado ótimo quando houver na família altos níveis de carinho e permissão para autonomia e independência (BAPTISTA, 2005).

Dos Reis e Trad (2016), em estudo objetivando analisar a percepção de idosos com comprometimento da capacidade funcional sobre o suporte familiar a eles concedido, constatou que a situação de despreparo das famílias foi mais grave no caso de idosos de baixa renda. O suporte social desses idosos apresentou maior comprometimento, quando comparados aos idosos de classe média, apresentando forte relação com as questões financeiras.

Bôas *et al.* (2020) avaliaram a capacidade funcional e o suporte familiar de 117 idosos longevos residentes em domicílio do município de Jequié. Constatou-se que, em relação à capacidade funcional, houve uma predominância de independência para a realização das ABVD, enquanto que, para a realização das AIVD, foi observada uma dependência. Quanto ao suporte familiar ficou evidenciado que os idosos do estudo possuíam comprometimento nos domínios Afetividade-Consistência e Autonomia.

Sant'Ana e D'Elboux (2019) avaliaram a associação entre suporte percebido e recebido e a expectativa de cuidado com as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e funcionalidade dos idosos da comunidade do município de Várzea Grande, no estado de Mato Grosso. O suporte social foi percebido positivamente entre os idosos, reconhecendo a família como principal provedora, principalmente as mulheres. Na velhice, há uma

dependência maior do suporte, em razão da saúde e da incapacidade, entretanto, há uma tendência da redução da rede de apoio na idade avançada.

Cabral, Morais, Silva (2018) avaliaram o suporte familiar, a qualidade de vida e a funcionalidade do idoso em assistência fisioterapêutica. Os idosos analisados apresentaram inadequados níveis de percepção do suporte familiar, a capacidade funcional revelou que 76,7% idosos foram independentes e 66,7% consideraram a qualidade de vida como boa. Notou-se significância estatística apenas ao comparar o domínio autonomia com a qualidade de vida geral. Apesar de não ter sido encontrada no estudo relação significativa entre os domínios do IPSF e as variáveis sociodemográficas, observou-se que os idosos avaliados foram considerados independentes e com boa qualidade de vida.

Moreira *et al.* (2009) apontam que é preciso reconhecer que o cuidado cotidiano oferecido pela família aos seus membros no domicílio é carregado de emoções e características peculiares, resultantes das condições culturais, sociais e econômicas, não podendo ser negligenciadas. Na perspectiva de Boff (2017), as relações de interação entre os idosos e seus familiares revestem-se de importância crucial para os idosos, pois os sentimentos de amor, valorização e pertença ao grupo familiar permitem que eles escapem do isolamento. E ainda, diante destes estratos de sentimentos, pressupõe-se que o idoso mantenha uma relação com o seu familiar que não é de domínio, mas sim, uma relação na qual ambos desenvolvem a alteridade e o respeito, valores fundamentais da experiência humana.

A longevidade torna possível a convivência familiar intergeracional, o que implica em mudanças no conceito de família e na configuração familiar, trazendo consigo desafios. De modo especial, os referentes às relações familiares intergeracionais, aos apoios e cuidados, aos ganhos, às novas necessidades e aos papéis que envolvem os componentes de uma mesma família. Embora seja comum o embate entre ideias, estilo de vida e valores entre as gerações, as relações intergeracionais podem ser solidárias, proporcionando ajuda, afeto e atenção em certos momentos vitais, quando há compreensão entre gerações, fomentando assim, a superação de conflitos e a melhoria na qualidade das relações (SILVA *et al.*, 2015).

O suporte familiar é composto pelo tipo de relação entre os integrantes familiares, tais como superproteção, carinho, afetividade, interesse, empatia, dentre outros conceitos, e pode ser oferecido não somente pelo pai e mãe, mas por diferentes estruturas alternativas existentes. Não há necessariamente uma relação direta entre estrutura e suporte familiar, visto que um adequado suporte familiar (carinho, empatia, afetividade, pertença, aceitação, apoio e comunicação, etc.) pode advir de diferentes estruturas familiares (BAPTISTA, 2005).

Portanto, além de ser no contexto familiar que frequentemente são tomadas decisões sobre as práticas de saúde, o suporte familiar opera também como fonte primária de manutenção e prestação de cuidados de saúde para seus membros (SILVA *et al.*, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Compreender a influência do suporte familiar na utilização dos serviços odontológicos por idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada na zona urbana do município de Governador Valadares/MG.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população estudada em relação ao perfil sociodemográfico, indicadores de saúde e utilização de serviços de saúde;
- Identificar a condição de saúde bucal dos idosos participantes do estudo (tipo de prótese utilizada, condição de higiene e condição de mucosa);
- Entender a percepção de idosos assistidos pela ESF sobre o suporte familiar.

4 METODOLOGIA

A presente dissertação “TERRITÓRIO DO SUPORTE FAMILIAR DE IDOSO: influência na utilização de serviços odontológicos” analisa de forma aprofundada e reflexiva dados coletados na pesquisa apoiada pelo Programa institucional de Bolsas de Iniciação Científica da UNIVALE, “Influência do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idoso”.

4.1 ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO

Foi adotada nesta investigação tanto uma abordagem quantitativa quanto qualitativa. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos, reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada; são procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis. A combinação das duas abordagens pode produzir resultados de melhor qualidade, sem esforços excessivos adicionais e pode ser um meio eficiente de aumentar a compreensão do objeto de estudo (MINAYO e DE SOUZA, 2004).

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. No estudo observacional, o investigador atua meramente como expectador de fenômenos ou fatos, sem, no entanto, realizar qualquer intervenção que possa interferir no curso natural e/ou no desfecho destes, embora possa, nesse meio tempo, realizar medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados (MARCONI e LAKATOS, 2010). O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e interrelação em um determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

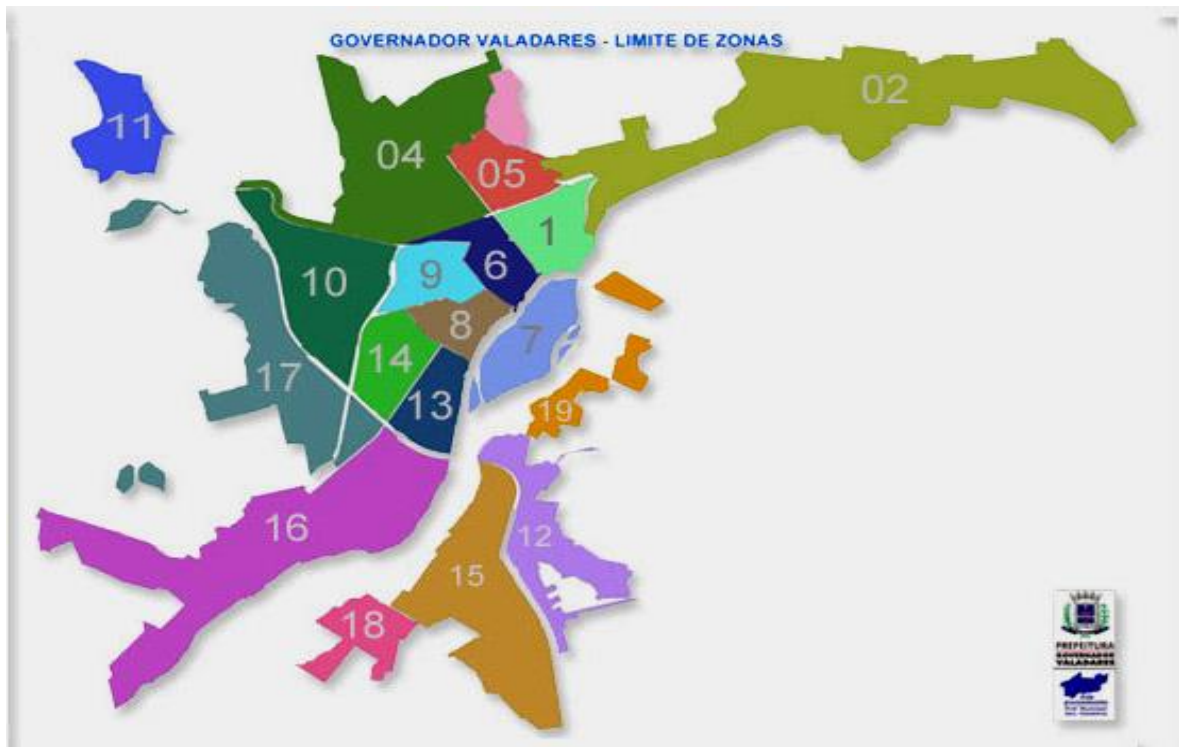
4.2 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO

O município onde a pesquisa foi realizada possui 263.689 habitantes (BRASIL, 2010),

sendo 28.301 idosos, representando 8,3% da população (BRASIL, Ministério da Saúde, 2021). Neste município há 52 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 42 possuem equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Destas, 36 realizam atendimento odontológico ambulatorial à comunidade por meio da Equipe de Saúde Bucal (ESB).

O município está dividido em 19 regiões, abrangendo toda a zona urbana. Somente em três regiões não há UBS, sendo os indivíduos residentes nesses locais encaminhados para uma unidade de saúde mais próxima (Figura 1). O número total de idosos cadastrados nas ESF é de 17.830 idosos (IBGE – Censo 2010).

Figura 1 - Mapa do seguimento urbano do município de Governador Valadares/MG subdividido em áreas geográficas estratégicas – regiões.



FONTE: Prefeitura Municipal de Governador Valadares, 2006.

Região 01: Centro – Esplanada – São Tarcísio

Região 02: São Pedro – Universitário – Santos Dumont – Chácaras Braúnas – Sítio das Flores – Sir- Vila Mariquita

Região 03: Santa Helena – Santa Efigênia

Região 04: Maria Eugênia – Esperança – M. do Vale – Grã-Duquesa

Região 05: Carapina – Nossa Senhora das Graças

Região 06: Centro – Vila Mariana

Região 07: Ilha dos Araújos

Região 08: Lourdes – Santa Terezinha

Região 09: Acampamento – São Geraldo – Vila Mariana

Região 10: Altinópolis – Mãe de Deus – Sto. Antonio – Vista Alegre

Região 11: Jardim do Trevo – Santa Paula

Região 12: Vila Isa – Vila Park Ibituruna – Vila Park São João

Região 13: São Paulo – Santa Terezinha

Região 14: Lourdes – Vila Bretãs

Região 15: Azteca – Jardim Atalaia - Jardim Vera Cruz – Jardim Ipê – São Raimundo – Vila Isa

Região 16: JK – Santa Rita

Região 17: Bela Vista – Jardim Perola – Distrito Industrial –

Kennedy – Nova Vila Bretas – Palmeiras -Planalto – São

José - Turmalina – Vila Ozanan

Região 18: Vila dos Montes – Vila do Sol

Região 19: Elvamar – Shangrilá – Vilage da Serra

4.3 AMOSTRA

Foi constituída por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Governador Valadares/MG. Para definição do tamanho da amostra realizou-se um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção (LEVY; LEMESHOW, 1991). O nível de confiança considerado foi de 95%, erro de 5% e o padrão considerado de 50%. O resultado do cálculo, após a correção para *n* final, feito com base no total de idosos cadastrados no ESF local, apontou uma amostra de 380 idosos, incluído o percentual de 10% referentes a possíveis perdas.

A partir do total de idosos cadastrados em cada Estratégia de Saúde da Família, obteve-se a proporcionalidade da amostra, por região. Este procedimento foi feito considerando-se que cada ESF representa uma região geográfica do município. Desse modo, a chance de participação dos idosos, de todas as localidades, ficou garantida (Tab. 1).

Tabela 1 - Distribuição da proporcionalidade de idosos segundo a região geográfica de moradia, no município estudado.

Região	%	n final	Região	%	n final
1	2,5	10	11	4,3	16
2	9,2	35	12	4,3	16
3	4,9	18	13	4,3	16
4	3,1	13	14	3,1	13
5	11,0	41	15	6,7	25
8	2,5	10	16	6,1	23
9	3,1	12	17	20,2	77
10	10,4	39	18	4,3	16

Fonte: Da autora, 2021.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na amostra indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, fisicamente independentes e com função cognitiva preservada para responder ao inventário sociodemográfico que foi utilizado na pesquisa. Essas condições foram avaliadas a partir dos prontuários arquivados nas ESF e com auxílio dos profissionais de saúde que atuam nestas (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde). A presença de doenças crônicas não foi considerada, uma vez que idosos podem adaptar-se a estas e ter uma vida autônoma e independente.

4.5 ESTUDO PILOTO

Visando verificar o modo de abordagem das questões e tempo gasto com as perguntas do questionário, foi realizado um estudo piloto com 10 indivíduos idosos em tratamento na Clínica Odontogeriatrica do curso de Odontologia de uma Instituição de Ensino Superior, observando os critérios de inclusão e exclusão. Porém, os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal.

Para o exame da cavidade bucal e das condições investigadas, os pesquisadores foram submetidos a um processo de calibração interexaminador. Essa etapa incluiu uma discussão teórica inicial, um treinamento com slides e, posteriormente, dois exames clínicos com intervalo de sete dias. O teste de concordância kappa identificou valores de 0,95 a 0,97 para as condições examinadas. De acordo com Austin e Tu (2004), esses são valores considerados muito bons.

Marconi e Lakatos (2010) atribuem a importância na realização do estudo piloto à possibilidade que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa deriva de projeto maior, cujo órgão de fomento foi BIC/UNIVALE, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALE e intitulado como “Influência do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idoso”. Em respeito à Resolução 466/2012, foi submetida à Plataforma Brasil, posteriormente encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce e aprovada sob o número: 1.369.210 (ANEXO A). Todos os participantes, no momento da coleta de informações, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B).

4.7 COLETA DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Para a coleta dos dados em todas as ESF, inicialmente o pesquisador reuniu com o responsável da Unidade, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Após autorização (ANEXO C), foi agendado o dia e horário adequado para realização da coleta, levando em consideração que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde.

Na data estabelecida, o pesquisador se reuniu com os idosos presentes para o atendimento na ESF, explicando os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais seriam submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. Reforçou que a pesquisa possui caráter voluntário e que os todos participantes necessitariam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esclareceu, ainda, sobre o direito de não aceitar, sem prejuízo para seu atendimento.

4.7.1 Dados quantitativos

Para caracterização da amostra, foi utilizado um inventário sociodemográfico (ANEXO D), baseado no estudo de Fleck et al. (2008), que identificou os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas são: idade, sexo, situação conjugal, renda mensal individual e familiar, escolaridade, vivência familiar, número de consultas médicas realizadas na ESF (nos últimos 6 meses), número de doenças referidas (nos últimos 6 meses), número de medicamentos utilizados diariamente (nos últimos 6 meses).

Para identificar a percepção do indivíduo em relação ao suporte familiar foi utilizado o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), considerado um instrumento de abordagem quantitativa (ANEXO E). Este suporte pode ser proveniente tanto de sua família nuclear quanto da família extensa. Demonstra boas qualidades psicométricas e já possui evidências de validade de construto. Foi aprovado pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), do Conselho Federal de Psicologia do Brasil (CFP, 2009).

O IPSF é composto por 42 questões, sendo todas fechadas, respondidas em uma escala de três pontos, modelo Likert de sentido e pontuação crescente: 0 = "Quase Nunca ou Nunca", 1 = "Às vezes" e 2 = "Quase Sempre ou Sempre". Contudo, o item Adaptação deve ser pontuado inversamente para que possa ser calculado com valência igual aos itens das outras duas dimensões. Contempla três fatores:

1. Afetivo/Consistente – Tem 21 itens relacionados à expressão da afetividade entre os membros familiares, interesse, proximidade, acolhimento, comunicação, interação, respeito, empatia, clareza nas regras intrafamiliares, consistência dos comportamentos, verbalizações e habilidades na resolução de problemas.

2. Adaptação – Contém 13 itens que incluem sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, não pertencimento, vergonha, irritação, relações agressivas, percepção de que os familiares competem entre si.

3. Autonomia Familiar – Possui oito itens que abrangem confiança, liberdade e privacidade entre os membros.

Pode ser utilizado em indivíduos de qualquer sexo, com idade acima de 11 anos, individualmente ou em grupo. A aplicação desse teste foi realizada individualmente em forma de entrevista, mantendo-se um caráter de informalidade, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado, precedido de *rapport* junto aos idosos. As respostas foram anotadas diretamente na folha de respostas, conforme orientações descritas no livro de instruções do teste (BAPTISTA, et al. 2009).

A aplicação pode ser realizada para pessoas de qualquer sexo, com idade acima de 11 anos, individualmente ou em grupo de até 80 pessoas. É usada uma tabela para avaliação da pontuação, dando o seguinte resultado: baixo, médio-baixo, médio-alto, alto. O escore total pode variar de 0 a 84, sendo que um escore de 0 a 53 é considerado um nível Baixo de suporte familiar, de 54 a 63 é considerado um nível Médio-Baixo, de 64 a 70 é considerado Médio-Alto e um escore de 71 a 84 é um nível Alto, isso de acordo com a pontuação total da tabela independente do Grupo de Sexo encontrada no manual.

Para a condição de saúde bucal foi realizado um exame da cavidade bucal, seguindo um roteiro (ANEXO F). As seguintes condições foram investigadas: tipo de prótese utilizada (Prótese Total Removível – PT/ Prótese Parcial Removível – PPR/ Prótese Parcial Provisória – PPP), hábito de higiene bucal (uso de dentífrício, pasta de dente, uso de fio dental e bochecho com enxaguatório), condição de higiene da cavidade bucal/prótese (Presença/ausência de biofilme) e condição da mucosa bucal (presença/ausência de lesões na mucosa bucal), como descrito no Quadro 3. Vários índices já foram propostos na literatura para registrar o acúmulo de biofilme dental. Diferentes metodologias foram empregadas na tentativa de se obter índices de fácil e rápida execução. Neste estudo foi utilizado o registro do biofilme visível para descrever a inflamação da gengiva marginal, por ser de fácil manipulação para o clínico e de rápido entendimento pelo paciente (AINAMO, BAY,1975; SILNESS, LÖE,1964). É importante ressaltar que não houve instrução de higiene bucal, ou qualquer intuito de modificação de comportamento do indivíduo no período dos exames.

Quadro 3 – Critérios utilizados para as condições investigadas no exame epidemiológico.

CONDIÇÃO INVESTIGADA	CRITÉRIOS UTILIZADOS
Hábito de higiene bucal	Uso de dentífrício (pasta de dente) Uso de fio dental Bochecho com enxaguatório
Condição de higiene da cavidade bucal/prótese	Presença de biofilme / Ausência de biofilme
Condição de mucosa bucal	Presença de lesões na mucosa bucal Ausência de lesões na mucosa bucal
Tipo de prótese removível	Presença ou não, no momento do exame

Fonte: Da autora, 2021.

O exame da cavidade bucal foi realizado por uma pesquisadora, devidamente paramentada, utilizando máscaras e luvas descartáveis, avental, gorro e óculos de proteção. Todos esses dados foram registrados em protocolo clínico, especialmente desenvolvido para este estudo e por um único anotador previamente treinado.

O exame foi realizado sob luz natural, com o auxílio de um abaixador de língua e gazes esterilizadas para secagem das superfícies a serem examinadas. Os exames foram realizados em uma sala de consulta da ESF. A pesquisadora ficou posicionada em frente ao idoso a ser examinado e o anotador ao lado. O instrumental utilizado para o exame foi esterilizado e empacotado em kits individuais.

A coleta de dados foi realizada em uma sala de consulta da Unidade Básica de Saúde. Cada indivíduo participante da pesquisa foi encaminhado para o local da coleta de dados com o auxílio de um membro da equipe de saúde da UBS, proporcionando assim, um ambiente reservado, evitando causar medo ou “stress”.

Quando observada alguma necessidade de tratamento odontológico, o indivíduo foi encaminhado para o próprio serviço da ESF ou para as Clínicas Odontológicas da Instituição de ensino privada do município.

4.7.2 Dados qualitativos

Os dados qualitativos foram obtidos a partir das respostas à pergunta: Você acha que o apoio de sua família pode ajudar na adesão ao tratamento odontológico? (APÊNDICE A).

Foram entrevistados dez idosos, sendo 5 do sexo masculino e 5 do feminino, para que fossem o mesmo número dividido entre os gêneros. A definição do número de indivíduos não se fez com base em amostragem probabilística, sendo o número de sujeitos delimitado pela saturação dos discursos (BAUER e AARTS, 2002). Este número foi considerado ideal, pois de acordo com Santos (1999), o tamanho da mostra não é fator determinante da significância

do estudo qualitativo, que trabalha com amostras relativamente pequenas, intencionalmente selecionadas. Os participantes foram escolhidos por meio de sorteio por programa de computador.

No início da entrevista, os pesquisadores utilizaram de um recurso denominado *rapport*, que significa o estabelecimento da aliança terapêutica ou aliança de trabalho e tem por objetivo abrir as portas para uma comunicação fluente e bem-sucedida. Pode ser considerada uma técnica das relações humanas e o principal ingrediente de todas as comunicações e mudanças. É a capacidade de criar aspectos comuns entre duas ou mais pessoas, gerando uma atmosfera de respeito e confiança (PINHEIRO, 2007).

Em todas as entrevistas manteve-se um caráter informal, a fim de que o idoso se sentisse à vontade para relatar suas impressões na área familiar e de incentivo ao tratamento odontológico. Para registro das respostas dos idosos utilizou-se como recurso, um gravador de voz digital. Com o consentimento do participante, a entrevista foi gravada visando ter o registro de todo o material fornecido, apresentando uma fidelidade quanto à fala destes e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizesse necessário. Visando preservar a identidade dos entrevistados, as respostas foram numeradas, aleatoriamente, sem ligação desses números com identificação dos participantes.

Essas entrevistas foram transcritas imediatamente pelo pesquisador. Os idosos foram encaminhados para uma sala que apresentava boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio, procurando assegurar a privacidade dos participantes.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada:

- Para os dados do Inventário Sociodemográfico foi utilizado o *software* Sphinx Léxica versão 5.1.0.4. Esse programa está direcionado para pesquisa acadêmica e de análise gerencial de dados quantitativos e qualitativos. Oferece uma visão integrada dos processos de coleta, de preparação e de análise de dados (SPHINX BRASIL, 2013). Os resultados foram expressados por frequência absoluta e relativa.
- Teste psicológico IPSF: a análise foi realizada por meio de um crivo corretor presente no conjunto do teste. O crivo separa as respostas em três fatores (afetivo-consistente, adaptação, autonomia) e lhes atribui uma pontuação que varia de zero ponto para as respostas “quase nunca ou nunca”; um ponto para “às vezes” e dois pontos para “quase sempre ou sempre”. Dessa forma, o gabarito pode variar de um mínimo de 0 a um máximo de 84 pontos.

De acordo com a pontuação total dos três fatores, classifica-se o suporte percebido pelo idoso em quatro níveis apresentados numa tabela presente no livro de instruções (tabela 15 – total geral), (tabela 16 – grupo masculino) e (tabela 17 – grupo feminino). Os dados foram expressados por meio de frequência absoluta e relativa ou percentual.

- Para os dados do exame da cavidade bucal, os resultados foram obtidos por frequência absoluta e relativa/percentual com a utilização do *software* IBM SPSS Statistics 21.

Os dados qualitativos foram analisados a partir das informações obtidas pelas gravações realizadas e transcritas imediatamente pelo pesquisador. Para a apuração das falas foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2011). Essa técnica é um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo seguiu os seguintes passos:

1. Os discursos coletados foram inicialmente transcritos, mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes;

2. Pré-análise, na qual foi realizada uma leitura flutuante, a partir da qual emergiram impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes;

3. Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento destes em grandes categorias;

4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que foram reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais;

5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema.

As informações presentes nessas entrevistas foram agrupadas em categorias e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos. Esses discursos são pontos de partida para a análise, sejam eles verbais, figurativos, gestuais ou diretamente provocados, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2007).

Visando preservar a identidade dos entrevistados, utilizou-se um critério impessoal para distingui-los. Foram numeradas, aleatoriamente, sem ligação desses números com identificação dos participantes. Apresentados pela expressão: “Entrevistado”; incluindo-se, em sequência, um algarismo numérico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos nesta pesquisa são derivados das informações obtidas por meio de instrumentos quantitativos e qualitativos aplicados em indivíduos com 60 anos ou mais, atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Governador Valadares/MG.

A família é considerada uma unidade de atuação em saúde, e devido à sua importância, a atenção primária do Sistema Único de Saúde busca centralizar algumas das ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao núcleo familiar. A Estratégia de Saúde da Família, assim denominada a partir de 2006, inaugurada em 1994 (como Programa de Saúde da Família), enfoca a atenção e a assistência à saúde no núcleo familiar, baseando-se, principalmente, nos princípios da promoção da saúde e prevenção de doenças. As unidades de saúde atuam difundindo conhecimento e empoderando as famílias para o enfrentamento de doenças, com o objetivo de promover autonomia e melhorar a qualidade de vida da população atendida (BRASIL, 2001).

5.1 DADOS QUANTITATIVOS

5.1.1 Caracterização da Amostra dos Idosos

A população estudada constou de 380 idosos, sendo a maioria (71,6%) do sexo feminino. A idade mínima estabelecida foi de 60 anos e a máxima observada foi de 94 anos. A média de idade identificada foi de 70,3 (dp = 7,5). As outras características sociodemográficas que identificam a população idosa estudada também estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2- Distribuição de frequência das características sócio-demográficas e de saúde dos idosos usuários das ESF da região urbana do município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, 2021 (n=380).

Características		Frequência n (%)
Sexo	Feminino	272 (71,6)
	Masculino	108 (28,4)
Idade (anos)	60-62	52 (13,7)
	62-64	44 (11,6)
	64-66	33 (8,7)
	66-68	29 (7,6)
	68-70	37 (9,7)
	> 70	185 (48,7)
Escolaridade (anos)	≤ 6	341 (89,8)
	≥ 6	39 (10,2)
Arranjo familiar	Família Nuclear	22 (5,8)
	Família Extensa	283 (74,5)
	Não se aplica	75 (19,7)
Número de consultas médicas na ESF (últimos 6 meses)	Nenhuma	84 (22,1)
	1 a 3	203 (53,4)
	≥ 4	93 (24,5)
Número de doenças relatadas (últimos 6 meses)	Nenhuma	61 (16,1)
	1 a 3	312 (82,0)
	≥ 4	7 (1,9)
Número de medicamentos ingeridos por dia (últimos 6 meses)	Nenhum	39 (10,3)
	1 a 3	207 (54,5)
	≥ 4	134 (35,3)

Fonte: Da autora, 2018.

Com relação ao sexo, a maioria (71,6%) da amostra é constituída de mulheres. Esse fato pode estar relacionado com a feminização da velhice, ou seja, o predomínio de mulheres na população idosa. Essa predominância das mulheres pode acarretar diversos fatores positivos e/ou negativos, tanto para a própria mulher quanto para a família, uma vez que algumas vezes se relaciona a um maior risco social e, ao mesmo tempo, a uma reestruturação do espaço relacional, por ser a mulher idosa importante elo para a rede de apoio familiar.

O fato mais significativo e simples sobre a velhice é que a população idosa é predominantemente feminina: “Pode-se assinalar, sem dúvida, que a velhice se feminizou, converteu-se em um assunto de mulheres” (SALGADO, 2002, p. 9). O maior número de idosos do sexo feminino, em comparação ao sexo masculino, acompanha a tendência demográfica das mulheres apresentarem uma expectativa de vida maior que a dos homens (IBGE, 2010).

O elevado aumento do número das mulheres na população idosa é decorrente do maior cuidado que essas possuem com sua saúde em comparação aos homens, diferenças de atitude

em relação ao controle e tratamento das doenças. Soma-se a isso, a maior taxa de viuvez e de isolamento social, bem como a mudanças hormonais e fisiológicas ocasionadas pelo processo de envelhecimento, distintas entre os sexos (ALMEIDA *et al.*, 2015).

O processo da feminização da velhice é considerado um fenômeno que ocorre na maioria da população idosa e em todas as regiões do mundo. As estimativas apontam que as mulheres vivem, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens (NICODEMO; GODOI, 2010). De acordo com os dados recenseados do Brasil, o contingente feminino de mais de 60 anos de idade passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000; e 6% em 2010 (IBGE, 2010).

Com relação à idade, observou-se que uma parte dos idosos (48,7%) possuía idade acima de 70 anos. Esse dado pode estar relacionado a uma característica do recente processo de envelhecimento brasileiro. Segundo Carvalho; Wong (2008), além da mudança no perfil etário da população geral, ressalta-se que a população idosa também tem vivenciado variação na sua estrutura interna, e isso corresponde tanto à idade quanto à proporção entre os sexos. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2007), o grupo com idade igual ou superior a 70 anos tem constituído o segmento populacional que mais cresceu nos últimos tempos, destacando-se entre as demais faixas etárias.

Os dados sobre escolaridade demonstraram que 89,8% dos idosos possuíam tempo de estudo menor ou igual a seis anos. Esse dado provavelmente está relacionado ao fato desses idosos terem nascido num período em que era difícil o acesso à educação, sobretudo para as mulheres, pois a prioridade eram os homens. De acordo com Sousa e Silver (2008), a escolaridade dos idosos brasileiros é considerada baixa. O motivo de alguns indivíduos idosos não terem avançado nos estudos é reflexo das políticas educacionais das décadas passadas, em que o acesso à escola era restrito. Reconhece-se que a escolaridade também pode exercer influência no processo saúde-doença.

Baixa escolaridade é considerada quando o indivíduo possui menos de cinco anos de estudo. A escolaridade pode interferir na qualidade de vida, pois os indivíduos com menores taxas de escolaridade apresentam maiores dificuldades em sanarem definitivamente certas doenças, por não poderem romper com as condições sociais e ambientais que as geraram, ou porque sua situação de classe não lhes permite acesso a certas práticas curativas capazes de eliminá-las. O nível educacional pode interferir diretamente no desenvolvimento da consciência sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento prescrito e na prática do autocuidado (BRASIL, 2005).

O maior nível educacional determina diversas vantagens para a saúde porque

influencia fatores psicossociais e de comportamento, além de favorecer maior acesso a informações, modificação do estilo de vida, adoção de hábitos saudáveis e procura dos serviços de saúde. Indivíduos idosos com nível educacional mais elevado são menos propensos a se expor aos fatores de risco para doenças (LIMA-COSTA, 2006). O nível de escolaridade explica boa parte das características dessa população. Possuem menor qualificação profissional para conseguir emprego do que os grupos mais jovens, o que gera dependência financeira com influência na qualidade de vida.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) identificaram que a escolaridade está diretamente relacionada à qualidade de vida, ao bem-estar e à longevidade. Nos Estados brasileiros onde as pessoas têm grau de escolaridade mais elevado há maior longevidade. A escolaridade, portanto, é considerada um componente importante na determinação de hábitos e cuidados em saúde.

Quanto à composição familiar ficou evidente que 74,5% apresentam família extensa, em contraste com 5,8%, que possuem família nuclear. Esse fato provavelmente é decorrente da necessidade de cuidado, atenção e proteção às atividades da vida diária do idoso decorrente de alguma incapacidade ou dependência financeira.

Entende-se por família extensa aquela que vai além da figura do pai, mãe e dos filhos. É a família cuja presença dos parentes próximos se faz ativa e sempre presente. Atualmente, as diferentes classificações dos arranjos familiares são decorrentes das transformações sociais que vem ocorrendo no Brasil e no mundo (WENDT, *et al.*, 2015).

Para Azevedo e Modesto (2016), as formações familiares são concebidas como conglomerados de pessoas unidas por meio de laços afetivos e/ou de parentalidade e que vivem sob o mesmo teto. A família possui um papel fundamental no processo de envelhecimento, e mesmo que a pessoa idosa não dependa dos familiares, o conforto estabelecido pela presença de pessoas próximas acarreta bem-estar biopsicossocial.

De acordo com as pesquisas do IBGE (2006), os idosos chefes de família passaram de 60,4% em 1991, para 62,4% em 2000. Desse universo, 54,5% vivem com os filhos e são a principal fonte no sustento destes, configurando a coabitação entre gerações. Em relação aos idosos de todo o Brasil, o tipo de arranjo familiar mais comum é do idoso que mora com seus filhos (44,5%). Segundo Teixeira e Rodrigues (2009), nos países em desenvolvimento, a família continua a ser a principal fonte de suporte para a população idosa, formando arranjos com coabitação entre várias gerações, de modo a se auto ajudarem; as gerações mais jovens desempregadas usufruem da renda dos mais velhos, e estes, do suporte que a família pode oferecer no espaço doméstico.

Em relação ao número de consultas realizadas na ESF nos últimos seis meses observou-se que a maioria (77,9%) dos idosos procurou por atendimento médico pelo menos uma vez. Esse fato pode demonstrar preocupação e cuidado com a saúde, bem como a localização da ESF próxima ao domicílio ou o modelo de atenção primária adotado por essas unidades seja mais conveniente aos idosos.

O envelhecimento humano não pode ser considerado enfermidade. Entretanto, sabe-se que os idosos são mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças crônicas, causadoras de incapacidades e dependência, o que os torna mais carentes de cuidados por parte dos profissionais da saúde e seus familiares, aumentando as demandas dos recursos e da atenção à saúde.

A procura por consulta médica é considerada um aspecto positivo da atenção em saúde, por ser uma oportunidade para realização do diagnóstico precoce, prevenção, tratamento e encaminhamento especializado, quando necessário. Complicações decorrentes por várias doenças podem ser evitadas com ações efetivas da atenção primária (SILVA *et al.*, 2011).

O aumento da procura e uso de serviços de saúde por idosos está relacionado a maior prevalência de doenças crônicas e de comorbidades (e ao risco de complicações a elas relacionadas), que, conseqüentemente, acarretam ao maior uso de medicamentos (BOWEN; GONZÁLEZ, 2008).

Detectou-se que 22,1% dos idosos não utilizaram os serviços de saúde, ou seja, não haviam realizado nenhuma consulta nesse mesmo período. Provavelmente esse dado se relaciona ao obstáculo no acesso aos serviços básicos de saúde (tempo de espera para ser atendido), bem como dificuldade na locomoção própria do processo de envelhecimento e menor acessibilidade.

A utilização de serviços de saúde está relacionada a fatores contextuais como tipos de sistemas de saúde e sua organização e a fatores individuais. Segundo o modelo clássico de Andersen e Newman (1973), os fatores individuais compreendem características predisponentes (como idade e sexo), características facilitadoras (como escolaridade e renda) e necessidades de saúde. Para Almeida (2015), quanto melhor a condição de saúde do idoso, independente do sexo, a procura por serviços de saúde para consulta e tratamento se reduz.

Condições inerentes ao envelhecimento podem gerar, como consequência, menor disposição física do idoso em procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção à saúde. Diversos fatores, como variações geográficas, socioeconômicas, necessidades individuais, qualidade de vida, nível de conhecimento sobre saúde, associados

ao perfil de morbidade são determinantes na utilização de serviços de saúde e de sua frequência e, portanto, podem determinar dificuldades de acesso aos serviços de saúde para a população idosa (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

A tendência atual é a consecução de um número crescente de idosos que, embora vivam mais, podem apresentar diversas condições crônicas de saúde. Nessa pesquisa evidenciou-se que 82,0% dos idosos relataram possuírem de uma a três doenças. Esse dado pode ser decorrente do rápido e intenso processo de envelhecimento ocorrido no país, também ao baixo nível socioeconômico e alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

A presença de determinadas doenças é considerada fator predisponente para fragilização do idoso, podendo interferir negativamente na qualidade de vida. As DCNTs representam as principais patologias entre idosos nas diferentes regiões do Brasil. As doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito e geram gastos com internações no sistema de saúde brasileiro, especialmente em idosos (BRASIL, 2010).

Barros *et al.* (2011), ao estimarem as prevalências de doenças crônicas na população brasileira, utilizando o PNAD 2008, encontraram pelo menos uma enfermidade crônica em 69,0% dos indivíduos idosos estudados do sexo masculino e 79,6% do sexo feminino, na faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos. A mesma prevalência, na faixa etária entre 70 e 79, foi de 75,4% e 84,1% para homens e mulheres, respectivamente. Para idosos acima de 80 anos, a taxa foi de 76,4% para o sexo masculino e 84,4% para o sexo feminino. A prevalência de doenças crônicas foi maior entre as mulheres, mais uma vez sendo explicada pela maior percepção da mulher quanto aos sintomas e sinais físicos das doenças e do conhecimento adquirido no desempenho do papel de cuidadora da família.

Observou-se que, na amostra estudada, 89,8% dos idosos fazem uso diariamente de algum tipo de medicamento. A elevada porcentagem no consumo de medicamentos na população idosa pode estar relacionada a maior ocorrência de doenças crônicas desta faixa etária. De acordo com Silva *et al.* (2012), no Brasil, a utilização de amplo número de medicamentos é mais frequente entre indivíduos com 60 anos ou mais. Além dos fatores clínicos que colaboram na necessidade de uma farmacoterapia, outros fatores podem estar associados a polifarmácia. Um deles está associado ao imaginário da população que acredita na única possibilidade de se ter saúde é consumir saúde. Ou seja, isso implica em consumir medicamentos, importante símbolo de saúde para essa sociedade.

O uso de medicamentos pela população idosa deve ser uma dimensão a ser considerada na assistência ao idoso. A polifarmácia pode ser definida como o consumo

múltiplo de medicamentos, embora não exista um consenso quanto à quantidade de medicamentos necessária para se configurar essa prática. Surge como um indicador para o uso mais seguro e eficaz dos medicamentos, evitando assim, o risco de iatrogenia e efeitos adversos (CARVALHO *et al.*, 2012).

Para Ramos *et al.* (2016), a utilização de medicamentos no Brasil mostra que a idade avançada é um dos principais fatores de risco para ser considerado um utilizador de medicamentos de uso crônico. Outro aspecto relevante, quando se considera o processo de envelhecimento é a presença de múltiplas doenças crônicas. Esses agravos possuem como consequência a utilização com frequência dos serviços de saúde e de grande número de medicamentos. O uso de medicamentos entre os idosos assume, cada vez mais, importância como estratégia terapêutica para compensar as alterações sofridas com o processo de envelhecimento ou visando controlar doenças crônicas. Embora benéfico em muitas situações, merece cuidados especiais.

Em inquérito postal nacional realizado por Silva *et al.* (2012), enviado a três mil idosos, selecionados com base no cadastro do Instituto Nacional do Seguro Social, também se notou associação ao elevado uso de medicamentos às características de idade de 70 anos ou mais, sexo feminino, mais de seis consultas médicas no último ano, e relato de quatro doenças ou mais, entre os participantes.

5.1.2 Indicadores de saúde bucal

A utilização de indicadores de saúde é fundamental para as práticas de vigilância à saúde, pois estes evidenciam a situação de um indivíduo ou da população. Podem ser empregados como instrumento de monitoramento e avaliação da qualidade da atenção, desempenho das atividades e acesso que influencia na formulação de políticas públicas. Os indicadores podem ser expressos por meio de taxas, proporções, médias e índices. A construção e uso desses indicadores é fundamental nas condutas de avaliação e controle da situação epidemiológica de saúde da população (AVELINO *et al.*, 2015).

A interpretação dos indicadores de saúde é imprescindível para a elaboração das ações e serviços de saúde bucal, mesmo que possam ocorrer falhas na obtenção e análise desses indicadores. Os indicadores apresentam um panorama aproximado da realidade local, sendo primordial na elaboração e condução das ações a serem executadas (FERNANDES *et al.*, 2016).

É crescente a importância destinada à saúde bucal no cenário da Saúde Pública, a

partir da primeira década dos anos 2000. O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) inclui o planejamento das ações de acordo com a realidade local, exigindo dos gestores o conhecimento da situação de saúde e do desempenho do sistema para tomada de decisões (LESSA; VETTORE, 2010).

Embora a saúde bucal seja reconhecida como importante, uma elevada parcela da população brasileira não possui acesso a serviços odontológicos. A desigualdade socioeconômica é um dos fatores prejudiciais à saúde. Na saúde bucal, a atenção primária está centrada na Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994, pela Lei no 8.080, que regula as ações e os serviços de saúde, estabelecendo os princípios e diretrizes do SUS que norteiam e sustentam a atual ESF. As ações desse serviço de saúde têm demonstrado efetividade na reorganização da atenção primária, atuando de forma ampla e integral. O programa enfoca a família – e não somente o indivíduo – como unidade de ação programática de saúde (SILVA *et al.*, 2013).

O envelhecimento populacional consiste em um grande desafio para a saúde pública na atualidade, inclusive no que diz respeito à saúde bucal dos idosos, por ser considerada insatisfatória devido aos efeitos cumulativos das doenças bucais associados a um modelo assistencial odontológico mutilador (SILVA, *et al.*, 2016). A saúde bucal dos idosos necessita de constante acompanhamento para minimizar e evitar possíveis perdas. Algumas ações podem ser efetivadas por meio de próteses dentárias, pela instituição de procedimentos preventivos e diagnósticos de lesões.

Para Alcântara *et al.* (2011), a presença de alterações na mucosa bucal, a condição dos elementos dentais e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da condição de vida dos indivíduos e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social. A promoção de saúde bucal em idosos busca garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da autoestima, visando proporcionar mastigação, estética e possibilidade de comunicação. O envolvimento familiar ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a equipe de saúde fazem parte do processo de atenção em saúde bucal do idoso.

Neste estudo, os indicadores em saúde bucal constituíram-se a partir de um exame epidemiológico que visou produzir informações a respeito da situação de saúde dos idosos assistidos nas ESF. As informações obtidas se traduzem em uma avaliação situacional. A distribuição da frequência dos indicadores se encontra na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição de frequência dos indicadores de saúde bucal dos idosos usuários das ESF da região urbana do município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, 2021 (n=380).

Indicadores de saúde bucal		Frequência n (%)
Tipo de prótese utilizada*	PPRS	44 (11,6)
	PPRI	55 (14,5)
	PTRS	210 (55,3)
	PTRI	111 (29,2)
	PPS	8 (2,1)
	PPI	15 (3,9)
	Hábito de higiene bucal*	Pasta de dente
Fio dental		102 (26,8)
Enxaguatório		42 (11,1)
Condição de higiene bucal e da prótese	Presença de biofilme	183 (42,2)
	Ausência de biofilme	197 (51,8)
Condição da mucosa bucal	Normal	255 (67,1)
	Alterada	125 (32,9)

Fonte: Pesquisa de campo, 2018.

*Múltiplas respostas

Em relação ao tipo de prótese dentária removível utilizada pela população estudada observou-se maior frequência (55,3%) da prótese total superior e prótese total inferior (29,2%). Esse dado demonstra uma alta taxa de edentulismo entre os idosos. A elevada frequência do uso das próteses totais superiores em comparação às inferiores pode ser explicada pela maior instabilidade desse tipo de prótese no arco inferior, e, portanto, à dificuldade de adaptação e utilização nas mais diversas funções do sistema estomatognático.

O percentual de edêntulos e a média de dentes presentes nessa população revelam não só a condição de várias perdas dentárias, como também o tipo de tratamento odontológico ofertado a esses indivíduos durante o ciclo de vida. A perda dentária pode gerar consequências na vida do indivíduo, não só em relação à saúde bucal, mas também na saúde geral. Possivelmente, é influenciada por fatores como a motivação, cooperação do indivíduo, habilidade para realizar uma higiene adequada, acesso à informação e a um serviço de boa qualidade.

A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de

saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (PUCCA JR, 2000). Tanto a sociedade quanto os próprios idosos continuam aceitando essas doenças como algo normal e inevitável na velhice (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2013).

A perda da dentição natural influi sobre diversos aspectos do organismo, dentre os quais o aspecto estético, a pronúncia, a digestão, e principalmente, a mastigação. A capacidade mastigatória, afetada pelas extrações dos dentes, pode ser, em parte, recuperada pelo uso de próteses. Na maioria dos casos, os idosos podem entender que não precisam de acompanhamento odontológico por já terem perdido seus dentes, sendo necessário nutrir a família de informações sobre saúde bucal, para um suporte familiar adequado na procura por atendimento odontológico (MONTI, *et al.*, 2019).

A análise dos dados de 7.496 idosos, participantes do Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizado em 2010 (SB Brasil 2010), detectou que as principais alterações bucais encontradas nos idosos brasileiros foram as perdas dentárias e o edentulismo (perda total dos dentes). Ficou também constatado que, com relação ao uso de prótese nos arcos superior e inferior, em todas as regiões, o uso é maior no arco superior e as próteses dentárias mais utilizadas são as próteses totais e próteses parcial removíveis, corroborando com os achados do presente estudo.

Quanto à frequência do uso de prótese parcial removível ficou evidente uma maior utilização da prótese parcial removível inferior (14,5%). Não houve grande diferença entre o uso desse tipo de prótese na arcada superior em comparação com a arcada inferior, visto que a retenção desse tipo de prótese, e conseqüentemente, sua aceitação e adaptação, não é fator preponderante na utilização destas.

Em estudo realizado por Mesas, Andrade e Cabrera (2006) com 267 idosos, em uma área urbana de um município do estado do Paraná, no intuito de verificar o tipo de uso de prótese removível, dentre outras condições, verificou-se que o uso de prótese (total ou parcial) foi maior na arcada superior (73,8%) do que na inferior (49,1%), e a prótese total foi mais frequente que a prótese parcial removível nas duas arcadas. Esse dado corrobora com os achados da presente pesquisa.

A análise das condições do uso de próteses indicou que a reabilitação mastigatória e estética destes indivíduos eram consideradas adequadas. Há um elevado número de idosos utilizando pelo menos algum tipo de prótese removível, seja parcial ou total. No entanto, como a população estudada frequenta uma ESF, é necessário que haja o desenvolvimento de ações preventivas, curativas, reabilitadoras e educativas, pois as principais doenças da

cavidade bucal devem ser consideradas como doenças do comportamento e, conseqüentemente, relacionadas ao estilo de vida do indivíduo.

A Equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família tem como um dos objetivos aproximar os profissionais de saúde à comunidade, para conhecer melhor as pessoas e os fatores que envolvem o processo saúde-doença de cada família acompanhada, na perspectiva de construir alternativas de tratamento, promoção da saúde e prevenção de agravos. Portanto, é necessário que os profissionais compreendam as territorialidades, as ações e práticas do idoso no seu cotidiano a partir do território, o que permitirá a identificação de aspectos que trazem riscos à saúde e vulnerabilidade (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Com relação aos hábitos de higiene bucal pode-se constatar que todos os idosos participantes do estudo possuem o hábito de utilizar a pasta de dente ou o fio dental ou o enxaguante diariamente. Esse dado indica a utilização de ações de autocuidado em saúde bucal entre os idosos pesquisados. Ações e cuidados em saúde bucal podem influenciar na presença de placa bacteriana, havendo relação entre frequência de escovação com número de dentes.-Observou-se nesse panorama de utilização de produtos de higiene bucal que poucos idosos possuem o hábito de utilizar o fio dental. Esse fato pode estar relacionado ao menor número de dentes na cavidade bucal, bem como a possível condição financeira insatisfatória para aquisição desse produto e pouca informação quanto à necessidade de utilização.

Para Souza *et al.* (2012), o cuidar em saúde bucal deve ser uma conduta compartilhada entre os profissionais de saúde e os indivíduos, os quais devem ser sujeitos efetivos nesse ato. Pode-se melhorar os indicadores de saúde bucal durante o processo de envelhecimento, desde que haja envolvimento precoce das ações de autocuidado como: escovação dentária, uso do fio dental, visitas regulares ao consultório odontológico, abandono ao hábito tabagista e etilista.

Quanto à condição de higiene bucal e da prótese utilizada verificou-se que em 51,8% dos idosos examinados houve ausência de biofilme. Esse resultado possivelmente está relacionado à independência funcional, idoso motivado e consciente sobre o correto uso e higienização da cavidade bucal e prótese removível. De acordo com Shigli *et al.* (2015), o acúmulo do biofilme bacteriano nas superfícies dentais ou sobre a prótese em contato com a mucosa bucal pode contribuir para o surgimento de diversas lesões. A superfície porosa da resina acrílica removível fornece um ambiente propício para o acúmulo de micro-organismos oportunistas.

O uso de próteses dentárias, quer seja prótese parcial removível (PPR), prótese total removível (PTR) ou prótese provisória (PP), provoca uma alteração qualitativa e quantitativa

do biofilme na cavidade bucal. A presença de biofilme aumenta a predisposição dos pacientes ao desenvolvimento de agravos como a cárie dentária, as periodontopatias e os processos inflamatórios da mucosa. A higiene bucal e da prótese removível são essenciais para a manutenção da saúde dos tecidos, prevenindo o desenvolvimento das patologias, e consequentemente, aumentando a longevidade da reabilitação bucal (FONSECA, AREIAS, FIGUEIRAL, 2007).

É necessário que as próteses sejam higienizadas e desinfetadas diariamente, visando à saúde e conservação dos tecidos bucais, visto que a manutenção da mucosa saudável é relativa ao grau de limpeza da prótese que se apoia sobre os tecidos (GONÇALVES, et al., 2011). Restos de alimentos que se acumulam na interface mucosa e prótese aliados à umidade e calor proporcionam um ambiente propício para a proliferação de micro-organismos patogênicos. A condição de higiene da mucosa e próteses possui grande influência em achados de alterações na mucosa bucal dos idosos (FONSECA, AREIAS, FIGUEIRAL, 2007).

A prótese dentária se torna uma fonte de infecção para o paciente se não houver uma higienização adequada. Muitos idosos portadores de próteses removíveis apresentam comprometimentos sistêmicos, que os tornam mais suscetíveis às infecções, além das dificuldades motoras presentes, que comprometem ainda mais a higienização da prótese (GONÇALVES, et al., 2011). Ressalta-se que problemas odontológicos presentes nos idosos são complicações advindas de processos patológicos acumulados ao longo dos anos, decorrentes da má higienização, falta de orientação e qualidade das próteses.

A higienização da prótese dentária é tarefa que exige certa habilidade, em razão de suas características anatômicas, bem como das microporosidades inerentes às resinas acrílicas. Portanto, é imprescindível a limpeza diária e adequada das próteses para manutenção da saúde oral. Torna-se de extrema importância a conscientização dos pacientes idosos sobre a necessidade de higienizar a mucosa e a prótese adequadamente, para a preservação de sua saúde oral e sistêmica, e para a manutenção de suas próteses ao longo do tempo (GONÇALVES, et al., 2011).

A responsabilidade de higienização da prótese removível é do paciente ou cuidador, mas a motivação e orientação são obrigações do profissional da Odontologia. Os usuários de próteses devem ser conscientizados de que a prótese funciona como um reservatório de microrganismos patogênicos e devem ser motivados e instruídos a incorporar ou aperfeiçoar hábitos de prevenção ou controle do biofilme a fim de preservar a saúde bucal (NÓBREGA, et al., 2016).

O envelhecimento é um processo fisiológico e heterogêneo, que pode predispor o indivíduo a patologias, como as lesões e infecções bucais. Neste estudo observou-se que a maioria dos idosos pesquisados (67,1%) possuía condição da mucosa bucal considerada normal. Uma possível explicação para esse resultado pode estar na hipótese de que ocorreu uma mínima influência da idade na ocorrência de lesões da mucosa bucal. Possivelmente, não ocorreu a interação de diversos fatores locais, como a presença de microrganismos, fator hormonal, hipossalivação e hábitos de dormir com a prótese.

No entanto, 32,9% dos idosos examinados possuíam algum tipo de alteração bucal. Algumas, reconhecidas como alteração da normalidade como a língua fissurada, linha alba, grânulos de Fordyce, tórus palatino, pigmentação fisiológica e língua pilosa. E outras denominadas lesões fundamentais possuem necessidade de abordagem específica de diagnóstico e tratamento, como: lesão suspeita de carcinoma, úlceras, nódulos, hiperkeratose, áreas eritematosas, sialolito, candidíase atrófica, língua saburrosa, hiperplasia gengival, mucosa mordiscada, até remanescentes radiculares.

De acordo com Neville *et al.* (2016), as alterações da normalidade são consideradas processos fisiológicos e não pertencem a desordens patológicas. As lesões fundamentais são analisadas como alterações patológicas com características peculiares que necessitam da compreensão do diagnóstico, tratamento e acompanhamento, inclusive quando necessárias, biópsias intrabucais.

Os dados observados em relação a alteração na cavidade bucal dos idosos indicam que a maioria dessas alterações, provavelmente, possuem relação com o uso de prótese e a falta de sua manutenção. Para Bastos *et al.* (2015), o uso de próteses dentárias provoca uma alteração qualitativa e quantitativa do biofilme na cavidade bucal. Essa alteração aumenta a predisposição dos pacientes ao desenvolvimento de patologias como a cárie dentária, as periodontopatias e os processos inflamatórios da mucosa. As principais lesões decorrentes de próteses iatrogênicas ou inadequadas são: candidíase eritematosa, hiperplasia fibrosa inflamatória, queilite angular, hiperplasia papilar do palato, úlcera traumática, estomatite protética, doença periodontal e, eventualmente, processo alérgico desencadeado pelo material usado na confecção da prótese (CALDEIRA, 2010).

Além do impacto na qualidade de vida e condição nutricional, próteses mal adaptadas ou com más condições de higiene podem levar ao desenvolvimento de alterações da mucosa bucal. Entre estas destacam-se a hiperplasia fibrosa inflamatória, as úlceras e a candidíase. As duas primeiras estão associadas à má adaptação e manutenção das próteses e a última principalmente à má higienização (CHAIMOWICZ, 2009).

Os idosos com prótese dentária tendem a demonstrar pouco interesse em atividades de promoção da saúde ou prevenção de agravos, talvez por entenderem que não há mais o que fazer depois das perdas dentárias. A atenção odontológica prestada de forma adequada, com valorização de ações educativas, pode fazer diferença na qualidade de vida das pessoas (ROCHA *et al.*, 2011).

No território da saúde coletiva, onde atuam essencialmente as ESF, devem ser desenvolvidas ações preventivas voltadas às características demográficas e epidemiológicas, permitindo espaço de troca que visem melhoria contínua da qualidade de vida. A educação em saúde, principalmente junto aos familiares dos idosos, colabora para um adequado suporte oferecido no que diz respeito à procura por atendimento odontológico (MONKEN *et al.*, 2008).

Quanto à análise espacial em saúde, torna-se necessário destacar que o território se configura em uma dimensão constitutiva da situação social em que se encontram os diferentes grupos sociais na cidade, especialmente entre os mais pobres (MARQUES e TORRES, 2005). As pessoas se movimentam em espaços físicos cujas características interagem com suas possibilidades, tendo em vista as limitações apontadas pelas fronteiras físicas, sociais e simbólicas do território (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Com relação aos idosos, o isolamento territorial pode ser determinante no acesso a serviços odontológicos, principalmente quando consideramos o grau de dependência desses idosos, sendo de importância imprescindível, portanto, o suporte familiar na procura por atendimento odontológico.

5.1.3 Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)

O processo dinâmico e progressivo do envelhecimento pode culminar em alterações de ordem morfológica e funcional, comprometendo a capacidade de adaptação do idoso, aumentando, assim, sua fragilização e o risco aos agravos de saúde. O suporte familiar na terceira idade se constitui, portanto, em um importante fator a ser analisado. A rede de suporte formal não alcança total eficiência no cuidado ao indivíduo nessa fase da vida, logo, pertence à família a responsabilidade em auxiliar os idosos em suas necessidades, sejam elas de ordem material ou emocional. Independentemente do arranjo ou estrutura (número de membros, funções definidas entre os membros) que compõe a família do idoso, é de fundamental importância a qualidade desse suporte familiar oferecido a essas pessoas (SOUZA, SKUBS e BRÊTAS, 2007).

O envelhecimento possui particularidades e características específicas que exigem uma atenção especial dos familiares, cuidadores, profissionais e da sociedade. O convívio entre idosos e seus familiares é responsável pelo estabelecimento de laços afetivos e na configuração do tipo de cuidado. A qualidade do cuidado com o idoso pode indicar a participação e envolvimento da família nas atividades diárias, bem como o entendimento do processo de envelhecimento e os problemas decorrentes. A dinâmica do cuidado, possivelmente, ocasiona mudanças na estrutura familiar que se reorganiza para atender as demandas do indivíduo idoso. Os resultados da distribuição da frequência do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) entre os idosos estudados estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da frequência do IPSF entre os idosos assistidos pelas ESF de Governador Valadares/MG, de acordo com o sexo. Brasil, 2018 (n=380).

Dimensão do IPSF	Escore	Fem.		Masc.	
		n	%	n	%
Afetivo-Consistente	Baixo (0-21 pontos)	36	(13,2)	11	(10,1)
	Médio-baixo (22-28 pontos)	27	(10,0)	03	(2,8)
	Médio-alto (29-33 pontos)	32	(11,8)	15	(13,9)
	Alto (34-42 pontos)	177	(65,0)	79	(73,2)
Adaptação Familiar	Baixo (0-18 pontos)	46	(17,0)	13	(12,0)
	Médio-baixo (19-21 pontos)	47	(17,2)	22	(20,4)
	Médio-alto (22-23 pontos)	33	(12,1)	33	(30,6)
	Alto (24-26 pontos)	146	(53,7)	40	(37,0)
Autonomia Familiar	Baixo (0-9 pontos)	10	(3,6)	04	(3,8)
	Médio-baixo (10-12 pontos)	16	(5,9)	05	(4,6)
	Médio-alto (13-14 pontos)	28	(10,0)	08	(7,4)
	Alto (15-16 pontos)	219	(80,5)	91	(84,2)

Fonte: Pesquisa de campo, 2018.

Os dados do IPSF indicam que a maioria dos idosos, tanto as mulheres quanto os homens, apresentaram uma pontuação elevada sobre o suporte fornecido pelas suas famílias em praticamente todos os domínios (Afetividade-Consistência, Adaptação-familiar e Autonomia). Segundo Reis *et al.* (2011), a eficácia do suporte familiar varia de acordo com as singularidades e performances dos membros do núcleo familiar, como ações, atitudes e comportamentos que carregam grande carga de emoções, assim como varia também a forma como cada um percebe este suporte recebido. Nesse sentido, cada família possui tendências ou componentes funcionais que mantêm a saúde emocional, e as tendências ou componentes que predisõem à enfermidade de seus membros.

A percepção do suporte familiar considerada alta no domínio Afetivo-Consistente relatada pela maioria dos idosos evidencia que as famílias, possivelmente, possuem fortes vínculos emocionais entre seus membros, demonstrados verbalmente ou não, com comportamentos consistentes de acolhimento. Podem ser capazes de disponibilizar tempo para tomada de decisão entre si, como habilidade nas estratégias de enfrentamento de situações-problema. A partir da avaliação desse domínio observou-se que os idosos apresentaram uma boa percepção do acolhimento e afeto entre os membros de sua família.

Em relação ao domínio Afetivo-Consistente, os dados revelam que 87,1% dos idosos do sexo masculino e 76,8% do sexo feminino obtiveram escore alto/médio-alto. Detectou-se, também, que a média do índice do IPSF entre os homens (33,0) foi um pouco maior que das mulheres (31,0) nesse domínio. Isso demonstra que, provavelmente, o sexo masculino percebe um pouco melhor esse tipo de ajuda que recebe da família, ou porque necessitam mais desse suporte. Tal constatação demonstra que as famílias podem estar preparadas para ter emoções apropriadas frente a estímulos de naturezas diferentes, como acontece no processo do envelhecimento. Dessa forma, o preparo da família acarreta benefícios na qualidade do cuidado prestado ao idoso. Para Baptista e Dias (2007), o domínio Afetividade-Consistência envolve questões a respeito da expressão de afetividade entre os membros, seja verbal ou não, de interesse, simpatia, acolhimento, consistência de comportamentos e habilidades na resolução de problemas.

O ambiente do suporte familiar pode ser entendido por meio da associação do território simbólico e afetivo, pois de acordo com Haesbaert (2004), o poder do laço territorial revela que o espaço está investido de valores não apenas materiais, mas também éticos, espirituais, simbólicos e afetivos. Assim, o idoso inserido nesse ambiente está sujeito às influências que podem trazer benefícios ou não à sua saúde.

O desenvolvimento no território – seus sujeitos, seus grupos – ocorre por meio de um requerimento coletivo e impessoal de componentes que constituem formas e estados complexos. Esse requerimento propicia o aparecimento de formas individuais e/ou coletivas como territórios existenciais autorreferenciais. Estes podem se constituir num corpo individual e/ou coletivo, o qual ao ser observado, possivelmente ganha nome: um sujeito, um grupo, uma cultura. Entretanto, esses corpos estarão sempre em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade também subjetiva e em movimento: tudo aquilo que margeia o território e suas formações e diz respeito a relações dinâmicas (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

Os espaços afetivos, como do suporte familiar, não apenas são percebidos de forma individual, como também moldam capacidades de percepção, pensamento e ação, uma vez que esse território é palco das mais diversas relações e seus desdobramentos. Os idosos podem, algumas vezes, perceber a subjetividade do território experimentada como feliz e acolhedora, ou como assustadora e repelente, frequentemente de forma ímpar, por distintos sujeitos.

Nesse território, as relações de poder podem ser vistas como capacidades moldadoras para afetar e ser afetado, portanto, o domínio afetivo está imbuído de relações de poder. O afeto, em um sentido mais amplo, demonstrado por meio dos mais variados sentimentos como confiança, curiosidade, vergonha, nojo ou culpa, frequentemente se forma por meio das relações familiares. O afeto percebido de forma negativa, tende a ser responsável pela ausência de cuidado com o idoso no que se refere à procura por assistência à saúde e atendimento odontológico.

No domínio Adaptação Familiar, tanto as mulheres (53,7%) quanto os homens (37,0%) consideraram alto o suporte familiar. Observou-se que a média do índice do IPSF entre os homens foi 21,0 (Médio baixo) e das mulheres 20,0 (Médio-alto/alto). As mulheres, portanto, tiveram percepção melhor do que os homens, com relação ao suporte oferecido por sua família. Isso pode ser explicado pelo maior envolvimento das mulheres no ambiente doméstico, principalmente nas relações intergeracionais. Geralmente, as idosas fazem parte da ajuda no cuidado com os netos na dinâmica da rotina familiar, podendo sobressair a ideia de reciprocidade na adaptação familiar, tendo como mecanismo central a solidariedade entre os membros, defendendo uma moral baseada no respeito mútuo e na generosidade recíproca.

Os dados encontrados neste estudo em relação ao domínio Adaptação Familiar revelaram que a maioria das famílias, supostamente, não possui habilidade de transformar a estrutura de poder e as regras de relacionamentos em resposta a situações de estresse. Nesse domínio são abordados os sentimentos negativos em relação ao grupo familiar, como raiva, isolamento, exclusão, falta de compreensão, apontando para uma ausência de adaptação ao grupo.

Esses dados, referentes ao apoio social da família ao idoso, podem identificar uma possível fragilidade das políticas públicas e sociais voltadas ao atendimento desse segmento etário. De acordo com Caldas (2003), o apoio social é ofertado pelas famílias aos seus idosos, ancorado nas características socioafetivas e na dinâmica relacional definidas ao longo da história pelos membros familiares que habitam no mesmo espaço e, portanto, promovem apoios diversos uns aos outros.

Idosos integrados em suas famílias e no seu meio social têm maiores chances de sobrevivência, além de concentrar melhor capacidade de se recuperar das doenças. O isolamento social é considerado um fator de risco para a morbidade e mortalidade. A saúde de cada membro familiar, individualmente, afeta o funcionamento da família da mesma forma que o funcionamento da família afeta os membros individualmente (RAMOS, 2007).

As atitudes do núcleo familiar em relação ao cuidado em saúde podem ser demonstradas pela afirmação dos vínculos de união. Ao enfrentar a realidade da necessidade de cuidado e manter os vínculos, os familiares passam a perceber a situação de uma forma positiva, como uma missão a ser cumprida e, em alguns casos, como um fator de evolução familiar e pessoal, porque são descobertas novas capacidades individuais de superação dos próprios limites, criatividade, flexibilidade, maturidade e também união grupal (BULLA; TSURUZONO, 2010).

O processo de “habitar um território” pode ser entendido como territorialização (KASTRUP, 2001). O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Assim, para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele, detectando as alterações e colocando em relação fluxos diversos. Faz-se necessário o entendimento dessa territorialização para os processos formativos em saúde com foco na aprendizagem significativa e nos contextos de vida do cotidiano.

A territorialização, portanto, pode ser entendida de forma ampla, tanto como um processo de habitar e vivenciar um território, quanto uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações. Torna-se um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas, viabilizando o “território como uma categoria de análise social” (SOUZA, 2004, p. 70). Essa aproximação e entendimento da realidade do território do suporte familiar pelo sistema de saúde formal é imprescindível para a produção social da saúde.

Os indivíduos sobrevivem, num mesmo momento, o processo territorial e o produto territorial por intermédio de suas atividades cotidianas. Por meio das relações de poder, estabelecem ações de dominação e subordinação, de forma implícita ou explícita, nas interações em que os atores sociais mantêm em suas relações habituais. O poder é necessário, afinal, se há atores que desempenham determinadas atividades e/ou funções, compreende-se que, eventualmente, existam outros atores empenhados em organizar essas atividades (EDUARDO, 2006).

Com relação aos dados sobre Autonomia Familiar, os resultados mostraram que 80,5% das mulheres e 84,2% dos homens da amostra estudada obtiveram escore alto nesse domínio. Detectou-se que a média do índice do IPSF desse domínio entre os homens foi igual ao das mulheres (14,0 – Médio baixo/alto). Ambos os sexos possuem nível alto nesse domínio indicando, portanto, que não possuem comprometimento das relações de confiança e apresentam privacidade e liberdade para exercerem sua autonomia.

No domínio Autonomia, são avaliadas as relações de confiança, liberdade, independência e privacidade entre os membros. Diante dos dados encontrados neste estudo, os idosos obtiveram uma alta média dos valores, constatando que possuíam incentivo e liberdade para se expressar e ter autonomia no ambiente familiar, além de não apresentarem comprometimento das relações de confiança e privacidade. Essa alta percepção se caracteriza como um fator positivo na capacidade funcional do idoso, pois se sentem motivados a realizar atividades independentes, colaborando na sua qualidade de vida. Segundo Pavarini *et al.* (2006), a perda da autonomia para o idoso representa uma morte social que anuncia a morte física do indivíduo e com a qual a sociedade moderna, secularizada e racional, tem enormes dificuldades de lidar.

A relação de autonomia do suporte familiar pode interferir de forma positiva ou não para a busca por atendimento odontológico. Essa dinâmica, na fase de vida em que o indivíduo se encontra com maior perda da funcionalidade cognitiva e estrutural, precisa ser acompanhada e entendida pelo sistema formal por meio da porta de entrada do Sistema Único de Saúde, pela Atenção Primária à Saúde (APS) a fim de diagnosticar os problemas.

Na primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde organizada em 1978 pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, foi proposta a Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é definida como parte integral do sistema de saúde e representa o primeiro contato do indivíduo com esse sistema. Deve funcionar como porta de entrada preferencial e articular-se aos demais níveis de atenção, compondo assim a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma hierarquizada, integrada, resolutive e sob base geográfica definida (STARFIELD, 2002).

Para avaliação da APS foi desenvolvido um Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool), que apresenta originalmente versões autoaplicáveis. Contempla quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade) e três atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural). A Atenção à Saúde centrada na família (orientação familiar) avalia as necessidades individuais para a atenção

integral, considerando o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar (BRASIL, 2020).

Além do apoio familiar para a procura por atendimento odontológico, esses atributos da APS são fatores que podem proporcionar a consolidação desse acesso aos serviços para a devida assistência ao idoso, reforçando o maior envolvimento da família e da comunidade na busca do direito à cidadania e da melhora da qualidade de vida.

A orientação familiar envolve a avaliação das necessidades de saúde do indivíduo e a relação com o ambiente familiar, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares disponíveis, que muitas vezes são limitados, logo, demonstrando que esse território familiar está imerso em relações de dominação e/ou de apropriação. Na perspectiva de Haesbaert (2007), todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exerce domínio sobre o espaço tanto para realizar “funções” quanto para produzir “significados”. Pode ser considerado funcional a começar pelo território como recurso, seja como proteção ou abrigo (“lar” para o repouso), seja como fonte de “recursos naturais” – “matérias-primas” que variam em importância de acordo com o(s) modelo(s) de sociedade(s) vigente(s).

As territorialidades são, simultaneamente, resultado, condicionantes e caracterizadoras da territorialização e do território. “Nada se faz ou se pensa sem articular, identificar e concretizar na e com a territorialidade cotidiana” (SAQUET, 2009, p. 177). São as relações diárias, momentâneas ou não, que as pessoas mantêm ligadas ao cotidiano e ao lugar de vivência dos indivíduos e dos grupos sociais.

Dessa forma, a territorialidade se materializa no lugar e parece refletir as dimensões culturais, políticas, econômicas e sociais, organizando-se na desordem e na complexidade das relações diversas. Considerando os territórios por meio das múltiplas manifestações de sua existência, há uma necessidade cada vez maior de entender que o processo de vivência dos indivíduos estudados exige a reflexão a partir dessa multiplicidade de territórios e territorialidades produzidos e reproduzidos nas mais diversas tramas do cotidiano. É a caracterização integradora de território que reúne todas as dimensões e que o concebe como definido por relações de poder, multiescalar, híbrido em rede e indissociável da prática dos grupos sociais (FUINI, 2017b).

A dimensão humana que o território adquire transforma o espaço em lugar, que se constitui quando se atribui sentido aos espaços, com legitimidade para localizar ações, expectativas, esperanças e possibilidades. Enquanto o idoso se reconhece como pertencente à determinada família, fazendo parte dessa organização, seu lugar é definido, por meio dos

sentidos atribuídos a ela, tornando-se sujeito deste lugar. O território da família é dotado de subjetividades, em que os espaços domésticos se constituem em lugares, com suas territorialidades.

As características das relações familiares, que constituem o suporte à população idosa estudada, demonstram particularidades que podem auxiliar no reconhecimento de suas vivências e cotidiano, por meio dos processos de territorialização, desvelando as necessidades e os problemas de saúde. É necessário reconhecer, dentro dos limites geográficos de abrangência de uma equipe de saúde da família, a qualidade do suporte familiar do idoso, organizando, assim, as ações de trabalho nos contextos territoriais dessa população, para que as práticas sejam apropriadas e próximas ao público a que se destinam, a fim de resolver seus problemas ou amenizá-los.

Na concretização da relação de poder e dominação entre indivíduos é necessário inicialmente que ocorra o processo de territorialização do domínio. Esse processo se caracteriza como uma conquista geográfica, que ocorre de forma gradativa e complexa. Nesse momento, o dominador vai ganhando espaço e autoridade sobre o dominado, algo considerado valioso e simbólico. Nesse tempo, o indivíduo delimita o seu espaço e estabelece suas vontades e regras, utilizando-se da violência para perpetrar o seu direito sobre os demais, e mesmo que o indivíduo não seja pertencente ao território do dominador, este pode sofrer algum tipo de violência (SAFFIOTI, 2009).

Os idosos deste estudo não apresentaram comprometimento na percepção do suporte familiar, segundo dados do IPSF, demonstrando assim que a percepção da convivência entre os seus familiares se encontra adequada. Esse fato contribui de maneira significativa para a manutenção dos cuidados com a saúde, a integridade física e psicológica do indivíduo. O suporte familiar satisfatório pode ser entendido como benéfico para o membro da família que o recebe, na medida em que é percebido como disponível e satisfatório. Dessa forma, compreende-se ser fundamental para o planejamento assistencial adequado ao idoso, a compreensão de seu contexto familiar e seu cotidiano.

5.2 DADOS QUALITATIVOS

Os dados qualitativos desta pesquisa foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com idosos assistidos pela ESF. Buscou-se conhecer a percepção dos idosos em relação ao apoio familiar na utilização/procura dos serviços ao tratamento odontológico. Para tanto, foi realizada a pergunta: “Você acha que o apoio de sua família

pode ajudar na adesão ao tratamento odontológico?”. O entendimento de cada idoso e suas respostas, transcritas de maneira fidedigna, foram analisadas por meio da técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2011).

Essa análise permitiu a identificação da temática “Suporte familiar na procura ao tratamento odontológico”. Nesta temática, buscou-se abordar o suporte familiar na procura por tratamento odontológico entre os idosos, bem como demonstrar a importância desse apoio para estimular a procura ao tratamento.

A partir da categorização, ou seja, passagem dos dados brutos a dados organizados, reuniu-se as informações por meio de uma esquematização, e assim, correlacionaram-se classes de acontecimentos para ordená-los. Buscou-se valorizar todas as informações das entrevistas, considerando a pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados.

No Brasil, o Art. 230 da Constituição Federal de 1988 considera responsabilidade da família, da sociedade e do Estado oferecer suporte aos idosos, assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar, bem como garantir o seu direito à vida (BRASIL, 1988). No primeiro parágrafo desse artigo constitucional é também explícito que os programas de apoio para os idosos devem ser realizados, preferencialmente, dentro de seus domicílios. Assim que, na atribuição de responsabilidades, a família vem em primeiro lugar.

Na Atenção Primária à Saúde (APS) considera-se a família como um sujeito do cuidado e pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares no contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem. As atividades de saúde realizadas pelos profissionais que atuam na APS devem superar a remota proposição de caráter exclusivamente centrado na doença (visão biomédica) e utilizar-se de práticas democráticas e participativas dirigidas à população de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. O enfoque na saúde da família e na comunidade constitui-se em um novo paradigma do SUS, envolvendo um sistema de Vigilância da Saúde que prioriza a vigilância do espaço/população/família/comunidade de ocorrência da doença e não mais a clássica, focada no indivíduo (ARAÚJO; BARBOSA, 2010).

Para uma abordagem apropriada sobre a realidade dos idosos, torna-se necessário o entendimento da dinâmica familiar na oferta de suporte adequado à saúde desses indivíduos, por meio da escuta atenta de suas percepções sobre o suporte familiar recebido. O território, na perspectiva de Monken e Barcellos (2005), é, na maior parte das vezes, utilizado como estratégia para a coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde, mas deve-se manter claro que os processos sociais e ambientais transcendem esses limites.

Pode-se observar que a maioria dos idosos entrevistados considerou importante o apoio familiar, e que este contribuiu positivamente para a procura por atendimento odontológico.

“É importante né.” (E 01)

“É, tem nem comparação. Ajuda demais” (E08).

“Sim, ajuda cada vez mais né, sempre é melhor” (E09).

A categoria Apoio Familiar, encontrada a partir dos relatos, demonstra preocupação e cuidado da família com o idoso. Possivelmente, o âmbito familiar é valorizado e possui um impacto positivo sobre o indivíduo. A família pode contribuir diretamente com a procura por serviços de saúde, amenizando os sofrimentos, angústias, dúvidas que possam vir a se desenvolver por conta da condição crônica, além de proporcionar informações de saúde e apoio com marcações de consultas e colaborando na acessibilidade. O ambiente afetuoso e acolhedor pode permitir que o idoso se sinta respeitado e estimulado a praticar o cuidado em saúde.

A valorização das vivências cotidianas dos idosos pode ser considerada uma atitude de confirmar o seu pertencimento à sociedade. O convívio e os vínculos criados entre os familiares propiciam essa valorização e fortalecem a posição dos indivíduos no grupo. Evidencia “o status” como reconhecimento ou como aceitação por outros indivíduos, a partir da convergência de ideias, vivências, estilos e projetos comuns (ROCHA; GOMES; LIMA, 2002).

O sentimento de pertencer empodera os indivíduos, contribuindo para a elaboração de projetos de vida e participação ampla na vida social. A família pode ser considerada não apenas uma importante fonte de apoio material, mas percebida, também, como a principal fonte de segurança, alegria e felicidade para os idosos. A presença de suporte familiar pode refletir no modo de atuação de seus membros com relação aos cuidados em saúde. Portanto, o apoio familiar pode resultar em comportamentos positivos em saúde.

Baptista, Neves e Baptista (2008) afirmam que afeto, ajuda mútua e compreensão são fatores essenciais no relacionamento do idoso com sua família. Assim, o convívio agradável permite que os idosos consigam viver de forma harmoniosa junto a seus entes queridos. De acordo com Ramos (2002), o sentimento de pertencimento, amor e segurança advindos de um suporte familiar adequado proporciona maior resistência ao estresse, reduzindo seus efeitos negativos presentes na saúde mental. Por outro lado, em muitos casos, identifica-se que tal convivência apresenta turbulências, podendo levar a desentendimentos e desgastes no

relacionamento. Isso pode acontecer por diversos motivos, seja por divergência de ideias ou devido à dependência do idoso em relação a seus íntimos.

Dada a importância da família como órgão de apoio e saúde, a impossibilidade do idoso dispor desses recursos poderá levá-lo a situações de morbidade significativa, seja sob o prisma físico, psíquico ou social. Uma série de complicações derivadas de insuficiências psicológicas, afetivas e, sobretudo, materiais do grupo familiar em relação ao paciente idoso poderão interferir na sua capacidade funcional (BRONDANI *et al.*, 2010).

O território de abrigo e aconchego, como o ambiente familiar, é palco de diversas territorialidades. O suporte familiar, nesse contexto, se refere às atividades e procedimentos recíprocos entre membros da família e geram efeitos positivos para aqueles que dão e recebem. O suporte familiar também pode se referir aos aspectos psicológicos que a família oferece a seus membros (SOUZA; BAPTISTA, SILVA ALVES, 2008). Para Baptista e Dias (2007), o suporte familiar merece destaque no campo da Psicologia e da sociedade, pois é a partir dele que são disseminados os aspectos culturais e conforto emocional.

Ficou evidente que a percepção sobre a categoria Afeto e Cuidado oferecido por um membro da família pode traduzir em suporte para procura por atendimento odontológico.

“Ela é muito amorosa comigo, é meiga mesmo né, muito boa” (E02).

Essa fala evidencia que encontrar na própria família o apoio é considerada uma experiência marcante no cotidiano desses idosos. O suporte, possivelmente, se dá por meio da relação de confiança, com o estabelecimento de apoio emocional, afetivo e instrumental. Revela que as relações são alimentadas por emoções favoráveis que levam ao estabelecimento e à manutenção de vínculos. O apoio familiar tem se constituído como alicerce para facilitação dos cuidados que os idosos demandam. Mantém-se por relações recíprocas, em que os beneficiados não são somente os idosos, mas sim, toda a família, que estrutura-se e empodera-se por meio dela mesma em relações de troca, de cuidado e de acompanhamento.

Os sentimentos traduzidos em atitudes de amor e afeto proporcionam uma atmosfera familiar de aceitação que envolve o idoso. A convivência intergeracional do idoso com seus sobrinhos ou netos, a exemplo do entrevistado acima, proporciona uma rede de apoio e suporte, que também pode ser construída por diversas gerações. Dessa maneira, o suporte familiar pode ser uma experiência compartilhada, na qual os vínculos afetivos se fortalecem. O ser humano é um ser social e, portanto, é fundamental o estabelecimento de vínculos no seu mundo afetivo, em que haja o respeito às diversidades, às potencialidades, às especificidades

e à liberdade de tomar decisões (FLORES et al., 2010).

Algumas das funções do suporte familiar são: dar e receber informações, proporcionar auxílio material e emocional, dar às pessoas o senso de amor e valorização, possibilitar a construção e manutenção de uma identidade social, além do auxílio na atribuição de sentido às experiências de vida. Países em desenvolvimento, como o Brasil, carecem de uma rede de suporte formal eficiente e a família acaba se tornando a responsável por auxiliá-los em quaisquer necessidades específicas que surjam, seja material ou emocional (REIS *et al.*, 2011).

O ambiente familiar constitui-se na mais importante rede de suporte que o idoso possui. Os membros de uma família “se ajudam na busca do alcance do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de conflito cooperativo, onde se cruzam as diferenças por gênero e intergeracionais” (CAMARANO, 2004, p. 137). A conscientização das responsabilidades da família no cuidado ao idoso é essencial, pois permite um maior envolvimento de todos os familiares, se constituindo em importantes aliados dos profissionais de saúde. Na atenção básica, a relação do profissional de saúde e paciente idoso, as ações em equipe e o ambiente de trabalho possuem características específicas. É nesse cenário que a relação dos profissionais com os idosos se encontra, por meio da busca da transformação social, compromisso com a humanização da assistência, satisfação com o trabalho, diferencial este em relação ao modelo biomédico (ARAÚJO; BARBOSA, 2010).

O papel da família pode se relacionar aos aspectos positivos como desenvolvimento, saúde, sentimentos de realização e aos negativos, representados pela enfermidade, fracasso e a não promoção de saúde, ou seja, a família favorece a saúde, mas também pode contribuir para o aparecimento da doença. A importância da família está ligada tanto à sua base para os relacionamentos humanos, quanto, em maior extensão, à sua relação com a sociedade e a cultura, pois a interface entre esses dois pontos ressalta as variações familiares que são valorizadas de diferentes formas pela cultura (AQUINO; BAPTISTA; SOUZA, 2011).

Elsen, Marcon e Silva (2002) afirmam que a família pode ser considerada como um sistema de saúde para seus membros, na medida em que proporciona uma supervisão de seu estado de saúde, tomando decisões em relação às providências que devam ser buscadas em casos de queixas e de sinais de mal-estar. Pode atuar também no acompanhamento e avaliação constante da saúde e doença de seus integrantes, solicitando auxílio aos profissionais de saúde quando necessário.

Valores simbólicos presentes no território geram relações de identidade e pertencimento e, conseqüentemente, ações que demonstram esse sentimento de pertencer,

reforçam que “o poder do laço territorial revela que o espaço está investido de valores não apenas materiais, mas também éticos, espirituais, simbólicos e afetivos (BONNEMAISON; CAMBRÈZY, 1996, p. 10). Como parte de uma territorialidade pertencente ao idoso, o suporte familiar pode ser considerado como um construto multidimensional, envolvendo diversos componentes, relacionando-se a mediadores entre o meio ambiente e seus efeitos no comportamento, bem-estar e saúde geral/mental (BAPTISTA, 2005). As redes de apoio compreendidas dentro do território do suporte familiar podem ser associadas à recuperação da saúde e prevenção de doenças, assim como sua escassez ou inadequação pode ter implicações negativas na vida das pessoas (MARQUES *et al.*, 2011).

Alguns entrevistados relataram que a procura por atendimento odontológico estava associado à presença de um Cirurgião-Dentista na Família, sendo destacada também como categoria da análise.

“É... tudo que precisa fazer eles incentiva. Normalmente a minha neta que é dentista né. Ela me orienta tudo que tem que fazer, que eu tenho de cuidar...”
(E02).

“Inclusive eu tenho um dentista na família... eu tenho um sobrinho na família que é dentista. E... tudo... acaba incentivando” (E 03).

A presença desse profissional de saúde no âmbito familiar do idoso pode ser considerada como um fator incentivador à procura por atendimento odontológico. O acesso à informação sobre saúde bucal, provavelmente, contribuiu para gerar importância à necessidade de procura por cuidados não somente odontológicos, como também cuidados em saúde geral. As relações interpessoais dentro de um grupo social, entre eles, a família, são regidas por uma permanente conexão de papéis assumidos e delegados, criando coerência entre o grupo e os vínculos que se estabelecem dentro dele.

Segundo Perlini, Leite e Furini, (2007), a família é capaz de ser analisada como um sistema de saúde para seus membros e exerce o papel de cuidadora e supervisora, tanto em situações de saúde quanto de doença, tomando decisões relativas aos caminhos a seguir, acompanhando, avaliando e pedindo ajuda aos seus significantes e/ou aos profissionais.

A família pode ser considerada como um território reconhecido como seguro, ou seja, nessas relações, na maioria das vezes, ocorre um vínculo familiar que pode gerar uma série de afetos, hierarquias e confiança. O lar é considerado o território privado, lugar em que o

indivíduo sente-se parte dele, como ambiente de intimidade, do convívio, da identidade e da subjetividade. Para Haesbaert (2004; 2007), o território é concebido e dotado de uma “carga cultural”, isto é, diz respeito tanto ao poder num sentido mais concreto, de dominação, quanto num sentido mais simbólico, de apropriação.

As relações de poder imbuídas nas relações familiares podem estar relacionadas, nesse caso, ao nível de informação em saúde disponibilizada pelo membro graduado em Odontologia. Embora o poder não seja exercido de uma forma explícita, sua influência fica evidente pelo grau de comprometimento do idoso em receber as instruções e obedecer aos comandos referentes aos cuidados odontológicos.

Evidenciou-se, a partir de alguns relatos, outra categoria, entendida como a função desempenhada pela Família como Agente Estimulador e Facilitador pela busca por cuidados em saúde:

“Sim. O que mais procuro, todos os tratamentos, não só o odontológico” (E08).

Percebeu-se, nesse relato, que a família pode estimular a instrumentalização do cuidar por meio do aprendizado de novas e diferentes formas de promover a atenção em saúde. O relacionamento entre os sujeitos, com vistas às suas mais diversas demandas, é importante na construção de tentativas de se criarem alternativas e estratégias que promovam um sentimento de segurança, conforto e bem-estar, sem conflitar com as liberdades dos membros da família, inclusive do próprio idoso. O idoso se sente coparticipante de assuntos que dizem respeito à sua própria saúde e tende a atuar nesse caminho de procura por cuidados em saúde, dos mais diversos. De acordo com Pinheiro e Silva Júnior (2009, p. 20), compreende-se o cuidado em saúde como um valor e uma ação integral que “tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como direito do ser”.

A situação de vida de cada indivíduo deve ser conhecida, assim como devem ser identificadas suas redes de apoio e dados da história de vida, como forma de conhecer os fatores de risco e de proteção das famílias. O encontro assistencial inclui o indivíduo e a subjetividade de profissionais e família (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O escore alto do domínio Afetivo-Consistente encontrado entre os idosos pesquisados, por meio do IPSF, corrobora com a maioria das falas, evidenciando uma percepção positiva sobre o suporte familiar. O ambiente de afeto, interesse, proximidade, acolhimento, comunicação, interação, respeito, empatia, carinho e cuidado, pode refletir em aceitação à supervisão de cuidados em saúde, como manutenção de hábitos de higiene e até mesmo em

procura por atendimento em saúde, inclusive o odontológico.

“É, sempre fala, pra fazer limpeza, essas coisas né” (E10).

Os vínculos estabelecidos entre as pessoas do âmbito familiar se constituem em elementos educativos que oportunizam trocas benéficas. A capacidade de desenvolver vínculos está intimamente relacionada à experiência vivida ao longo da vida. Por meio do fortalecimento das relações, o idoso sente-se impulsionado a cuidar de sua saúde, em todos os aspectos.

Há que se reconhecer os vários tipos de vínculos que se estabelecem no âmbito familiar, tanto os de caráter legal, quanto os de caráter simbólico e afetivo. Os simbólicos/afetivos se revelam importantes para a sobrevivência cotidiana de muitas relações de parentesco e no cuidado em saúde, favorecendo o reconhecimento e a inclusão familiar (VALENTE, 2012). Os vínculos criados pelo indivíduo carregam em si uma forte relação com o que ele tem de mais íntimo e o que mais quer preservar: a sua autonomia e o senso de controle sobre sua vida e suas escolhas. Essa autonomia não se refere exclusivamente à capacidade ou habilidade de a pessoa determinar a própria vida, mas também ao direito de exercê-la da melhor forma possível, assumindo, inclusive, os riscos decorrentes dessas escolhas (VIEIRA, 2003).

Os vínculos familiares são processos dinâmicos que se constituem ao longo da vida e são constantemente revistos, reafirmados e alimentados por meio de um sistema de trocas, materiais ou simbólicas, de reciprocidades, de solidariedades. Tais vínculos não são garantidos apenas pelos laços de consanguinidade ou parentesco, é nas relações de entreatada, nas trocas cotidianas que as relações são tecidas e mantidas. Quando isso não ocorre, as relações se esgarçam ou se rompem, temporária ou permanentemente (GOMES, 2008).

A família é lugar natural de atritos e conflitos, gerados pela proximidade, cumplicidade e partilha de problemas e dificuldades, quando a convivência existe. A família é, portanto, contraditoriamente, o território de apoio e de desamparo, de proximidade e de afastamento, de aceitação e de negação, de ajuda e de rejeição, de afeto e de desafeto, de harmonia e de desavenças, de alegria e de preocupações e tristezas, de companhia e de solidão, de aconchego e de abandono, de valorização e de desvalorização, de ganhos e de perdas (HERÉDIA, CASARA e CORTELLETTI, 2019). Motta (1998) afirma que as relações familiares são “carregadas de ambiguidade”, sendo permeadas por sentimentos contraditórios, por “afetos polares”, que flutuam, consciente ou inconscientemente.

Embora a maioria dos idosos entrevistados considerem importante e imprescindível o suporte familiar na procura por atendimento odontológico, ficou demonstrado, a partir da categoria, que alguns idosos tomam a iniciativa pela procura de atendimento, com o apoio ou não da família:

“Oi? Se eles não apoiar eu...Sim, eu vou” (E01).

“As minhas coisa quando tem que ser eu mesmo que faço” (E04).

“Isso não, eu procuro é mesmo por minha conta” (E05).

Esse dado permitiu identificar o possível modo como os familiares expressam o ato de cuidar de um idoso. O ato de cuidar pode ser considerado uma tarefa difícil e cansativa, que exige responsabilidade, dedicação, coragem, paciência e força de vontade. Holanda (2011) considera que o cuidar passa necessariamente pela consideração com o outro, pela apreensão dos seus modos de produção de subjetividade, maneiras de sentir, de vivenciar as necessidades, enfim, pela apreensão de sua diversidade. Porém, essa relação de cuidado pode se inserir em uma contradição com a lógica que compõe o cenário contemporâneo. A desvalorização da alteridade e a concepção individualista tornam-se dominantes, e essa relação com o outro pode ser expressa tendo a desumanização como produto, e se reflete nas relações de cuidado, fazendo com que o ato de cuidar se apresente muitas vezes como uma técnica em que se sobressai o seu valor comercial, uma técnica.

Neste estudo, a maioria dos idosos foi considerada independente e autônoma. Possui capacidade de decisão, poder de garantir o comando da própria vida, além de conseguir fazer algo sozinho, com seus próprios meios, e sem a necessidade de contar com o auxílio de outras pessoas. Assim, demonstram capacidade de participação crítica e ativa sobre o mundo e sobre o cuidado a si. Possivelmente, para estes idosos saúde está relacionada diretamente com independência, capacidade de realizar atividades de vida diária, condições de ir e vir, mesmo com algumas doenças crônicas. Mantendo-se independentes e autônomos, provavelmente, as dificuldades serão menores, tanto para si quanto para a família e para a sociedade.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006,) o conceito de saúde para o idoso está relacionado com sua autonomia e independência, e não pela presença ou não de doença. Pode-se inferir que a autonomia e a independência estão ligadas à manutenção do funcionamento integrado e harmonioso da cognição, humor, mobilidade e comunicação.

O escore alto obtido por meio do IPSF quanto à dimensão Autonomia Familiar dos idosos estudados corrobora com as falas acima citadas, pois demonstram autonomia e liberdade para a tomada de decisões nos aspectos da vida. Isso pode apontar que as experiências vividas e a resiliência dos idosos, ou seja, a capacidade de suportar as diversidades e se adaptar a elas, podem ser fatores contribuintes para o processo de autonomia.

Regulamentada pela Portaria nº 1.395, de 09 de dezembro de 1999, a Política Nacional do Idoso (PNI) estabelece especial destaque ao papel da família, no cuidado e manutenção da autonomia do idoso. Apesar da importância atribuída à participação da família nesse cuidado, algumas vezes, não é possível concretizá-la devido à condição financeira, bem como pela falta de informação sobre o processo de envelhecimento e como cuidar do idoso (BRASIL, 1999).

Para o alcance do bem-estar do indivíduo, a família é considerada um componente essencial, pois proporciona apoio emocional e econômico importante na manutenção de vínculo e na promoção da integração do idoso. Portanto, deve-se manter o idoso na família para que não perca seus laços afetivos, nem entre no isolamento social (PIRES; SILVA, 2001).

A família exerce um papel importante na manutenção da autonomia e do poder de decisão do idoso, e, portanto, deve considerar que o mesmo continue executando suas atividades de vida diária, respeitando os limites impostos pelo processo de envelhecer.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação aos resultados encontrados nas entrevistas destaca-se, por meio do discurso dos indivíduos idosos, uma temática e categorias que identificaram aspectos positivos em relação à percepção da influência do suporte familiar na utilização dos serviços odontológicos. A percepção desses idosos apresentou diferentes territorialidades e sentimentos em relação à família. Carregam marcas do território do suporte familiar, material e simbólico, do espaço e tempo vivido e não demonstram ruptura e/ou enfraquecimento nas relações afetivas, identitárias e de pertencimento com o ambiente familiar.

A presença do suporte familiar demonstrou ter influência positiva na utilização dos serviços odontológicos por idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada na zona urbana do município de Governador Valadares/MG. Embora alguns idosos tenham relatado possuir autonomia suficiente e iniciativa para a procura pelos serviços de saúde bucal, evidenciou-se que a maioria dos idosos entrevistados considerou importante o apoio familiar, e que este contribuiu positivamente para a procura por atendimento em saúde geral e odontológica. Os relatos demonstraram uma preocupação e cuidado da família com o idoso por meio do suporte familiar, considerado uma experiência marcante, e possivelmente, acontece por meio da relação de confiança, com o estabelecimento de apoio emocional, afetivo e instrumental.

A presença de um profissional da Odontologia no âmbito familiar do idoso pode também ser considerada como um fator incentivador à procura por atendimento odontológico. Neste estudo, os idosos foram considerados independentes e autônomos. Portanto, possuem capacidade de decisão, de comando da própria vida, além de aptidão para realizar tarefas por seus próprios meios, sem a necessidade de contar com o auxílio de outras pessoas, inclusive para a procura por atendimento odontológico.

Em relação às características sociodemográficas da população estudada, detectou-se que é constituída por maioria de mulheres, com média de idade de 70,3 anos ($dp = 7,5$), baixa escolaridade e com arranjo familiar predominantemente organizado por família extensa.

Quanto aos indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde, os resultados indicaram a busca com frequência dos serviços de atenção em saúde, comprovando o "cuidar em saúde". Portanto, observa-se uma garantia do direito à saúde quanto ao acesso à rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), traduzindo na responsabilidade objetiva do Estado em oferecer esse serviço. No entanto, entende-se que o processo saúde/doença, por ser amplo e complexo, necessita de ações dos diversos atores envolvidos como o Estado,

profissionais, família e idoso.

Os indicadores de saúde bucal dos idosos participantes revelaram um elevado percentual de edêntulos. Para o reestabelecimento da estética e função observou-se que a prótese total removível (PTR) era a mais utilizada. O hábito de higiene bucal mais frequente entre os idosos foi a utilização da pasta de dente. Os dados da condição de higiene bucal e da prótese removível utilizada revelaram ausência de biofilme em uma grande parte da população estudada, demonstrando a utilização de medidas educativas e preventivas. Na maioria dos idosos foi possível verificar uma condição da mucosa bucal sem alteração. Esse panorama epidemiológico sugere um histórico centrado num modelo assistencial fundamentado com práticas curativas em detrimento de uma atenção universal capaz de promover melhora no padrão de saúde bucal da população. Requer o desenvolvimento de ações educativas e preventivas junto a essa população, para uma maior conscientização e mudança de valores e hábitos que condicionarão seus comportamentos, na valorização da saúde, como responsável por uma melhor qualidade de vida.

Os dados do Inquérito de Percepção do Suporte Familiar revelaram que tanto as mulheres quanto os homens apresentaram escore alto em todos os domínios: Afetivo-Consistente-34-42 pontos; Adaptação Familiar-24-26 pontos; Autonomia Familiar-15-16 pontos, indicando, portanto, que não possuem comprometimento das relações de afeto e confiança; apresentaram capacidade de adaptação frente às adversidades e mudanças; além de privacidade e liberdade para exercerem sua autonomia. Não apresentaram comprometimento na percepção do suporte familiar, demonstrando dessa forma, que a percepção da convivência entre os seus familiares se encontra adequada. O suporte familiar dos participantes do estudo é percebido como disponível e satisfatório.

Na elaboração das ações específicas em saúde para idosos deve ser considerada a interação com as várias áreas do conhecimento, pois a avaliação de saúde geral e bucal do idoso requer conhecimentos interdisciplinares e acompanhamento interprofissional. Saúde, portanto, está sendo entendida como algo maior do que ausência de doença, com a possibilidade de uma vida melhor, participativa, em busca de qualidade de vida do indivíduo, da sua família e da comunidade em que está inserido.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, A. C. M. G.; CAMPOS, M. L.; SILVEIRA, J. L. G. C. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 44, n. 2, p. 74-79, 2015.
- AINAMO, J.; BAY I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **Int Dent J.**; v. 25, n. 4, p. 229-35, 1975.
- ALCÂNTARA, C. M. *et al.* Estudo comparativo da condição de saúde bucal de idosos não institucionalizados de Governador Valadares-MG, com a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para 2010. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 1023-1044, 2011.
- ALMEIDA, A. V. *et al.* A Feminização da Velhice: em foco as características sócio econômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.
- ALMEIDA, N.A. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998. **J Bras. Econ. Saúde**, v. 7, n. 1, p. 43-52, 2015.
- ALVARENGA, A. T. *et al.* Histórico, fundamentos filosóficos e teórico-metodológicos da interdisciplinaridade. In: PHILLIPPI JR., A.; SILVA NETO, A.J. **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia & inovação**. Barueri SP: Manole, 2011, pp. 3-68.
- ALVARENGA, M. R. M. *et al.* Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q Health Soc.**, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.
- ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, v. 39, n. 2, p. 327-350, 2005.
- ANDRADE, F. R. **Análise das relações de poder na política nacional de saúde bucal: o dito e o visto**. 2008. 169 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, 2008.
- ANDRIOLO, B. N. G. *et al.* Avaliação do grau de funcionalidade em idosos usuários de um centro de saúde. **Ver. Soc. Bras. Clín. Med.**, v. 14, n. 3, p. 139-44, 2016.
- AQUINO, R. R.; BAPTISTA, M. N.; SOUZA, M. S. Relação entre percepção de suporte familiar e vulnerabilidade ao estresse no trabalho. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 30-38, jul./dez. 2011.
- ARAÚJO, M. A. S.; BARBOSA, M. A. Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 819-824, 2010.

AUSTIN, P. C.; TU, J. V. Bootstrap methods for developing predictive models. **The american statistician**, v. 58, n. 2, p.131-137, 2004.

AVELINO, C. C. V. *et al.* Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. **Cien. Saúde Colet.**; v. 20, n. 4, p.1285–1293, 2015.

AZEVEDO, P. A. C.; MODESTO, C. M. S. A (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 183-194, 2016.

BAPTISTA, A. S. D.; NEVES, S. T. V.; BAPTISTA, M. N. Correlação entre suporte familiar, saúde mental e crenças irracionais em idosos religiosos. **Psic: revista da Vetor Editora**, v. 9, n. 2, p. 155-164, 2008.

BAPTISTA, M. N. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **Psico - USF**, v. 10, n. 1, p. 11-19, 2005.

BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. Fidedignidade do inventário de percepção de suporte familiar – IPSF. **Avaliação Psicológica**, v. 6, n. 1, junho, p. 33-37, 2007.

BAPTISTA, M. N. *et al.* Evidência de validade entre o Inventário de Percepção de Suporte Familiar-IPSF e Familiograma-FG. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 22, n. 3, p. 466-473, 2009.

BARBATO, P. R. *et al.* Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 1803-1814, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p. , 2011.

BARROS, M. B. A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

BASTOS, P. L. *et al.* Métodos de higienização em próteses dentais removíveis: uma revisão de literatura. **Journal of Dentistry & Public Health**, v. 6, n. 2, 2015.

BAUER, M. W.; AARTS. B. **A construção do corpus**: um princípio para a coleta de dados qualitativos. Petrópolis: Vozes, 2002. p 39-63.

BÔAS, S. S. V. *et al.* Capacidade funcional e suporte familiar em idosos longevos residentes em domicílio. **Saúde**, Santa Maria, v. 46, n. 1, 2020.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2017.

BONNEMAISON, J.; CAMBRÈZY, L. Le lien territorial entre frontières et identités. In : Bonnemaïson Joel (Ed.), Cambrèzy Luc (Ed.), Bourgeois Laurence (Ed.). Le territoire. **Géographie et Cultures**, (20), p. 7-18. Territoire, Lien ou Frontière:

Identités, Conflits Ethniques, Enjeux et Recompositions Territoriales, Paris (FRA),1996.

BOTAZZO, C. *et al.* **Saúde bucal coletiva**. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Gepro de Saúde Bucal, 1988.

BOTAZZO, C. **A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde**. São Paulo: Editora do Instituto de Saúde, 1994. v.1.

BOWEN M.E., GONZÁLEZ H.M. Racial/ethnic differences in the relationship between the use of health care services and functional disability: the Health and Retirement Study (1992–2004). **Gerontologist.**, v.48, n. 5, p. 659-67, 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Distrito Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1395 de 09 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional do Idoso e determina competências, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 267/GM, de 06 de março de 2001**. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família - PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Coordenação Nacional de Saúde bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social. PNAS/2004**. Brasília, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: 2005.

_____. Ministério da saúde. **Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro, Brasília: Ministério da saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979 GM/ MS, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 15 nov. 2021.

BRONDANI, C. M. *et al.* Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 504-510, 2010.

BRUNETTI, F. L.; MONTENEGRO, L. M. **Odontogeriatria: uma visão gerontológica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 360 p, 2013.

BULLA, L. C.; TSURUZONO, E. R. S. Envelhecimento, família e políticas sociais. **Revista de Políticas Públicas (UFMA)**, v. 14, n.1, 2010.

CABRAL, G. D.; MORAIS, A. C. B. R.; SILVA H., T. C. D. Avaliação do suporte familiar, qualidade de vida e funcionalidade do idoso em tratamento fisioterapêutico. **Temas em Saúde**, v. 18, n. 3, p. 427-444, 2018.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CALDEIRA, J. C. M. **Principais lesões de mucosa na cavidade bucal de idosos, em decorrência do uso de prótese**. 2010. 25 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em

saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares, 2010.

CAMARANO, A. A. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? In: **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOSTRINI, E P. *et al.* Condições da saúde bucal do idoso brasileiro. **Arquivos em Odontologia**, v. 43, n. 2, 2007.

CANIÇO, H. *et al.* **Novos tipos de família: plano de cuidados.** Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2011.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 597-605, 2008.

CARVALHO, M. F. C. *et al.* Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo -Estudo SABE. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 4, p. 817-827, São Paulo, 2012.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 172p.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos.** Brasília: SATEPSI. 2009.

CORREIA, A. D. M. S. *et al.* **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família.** Volume 2. Campo Grande, MS: UFMS:, 2010.

CUBAS, M. R.; CARMO LISBOA, M.; CHAVES, M. H. M. A representação social do vínculo familiar pelo idoso. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 1, 2004.

DALAZEN, C. E.; CARLI, A D.; BOMFIM, R. A. Fatores associados às necessidades de tratamento odontológico em idosos brasileiros: uma análise multinível. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 1119-1130, 2018.

DE BEAUVOIR, S. **A velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

DE LUCENA, E. H. G.; JÚNIOR, G. A. P.; DE SOUSA, M.F. A política nacional de saúde bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 53-63, 2011.

DOS REIS, Luciana Araújo; TRAD, Leny Alves Bonfim. Percepção de idosos com comprometimento da capacidade funcional acerca do suporte familiar. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 19, n. especial 22, p. 175-189, 2016.

DUCCINI, L.; MOURA, J. H.; RODRIGUES, L. B. As ciências sociais em saúde:

- possibilidades investigativas da antropologia. **A Cor das Letras**, v. 14, n.1, p. 187-208, 2017.
- EDUARDO, M. F. Território, trabalho e poder: por uma geografia relacional. Campo-Território: **Revista de Geografia Agrária**, v. 1, n. 2, p. 173-195, ago. 2006.
- ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, Mara Regina Santos da. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. In: **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. p. 460-460, 2002.
- FARIAS, M. V.; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família do município de Iracema, no Ceará. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 32, n. 2, p. 131-137, 2003.
- FERNANDES, J. K. B. et al. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 1-18, fev. 2016.
- FERREIRA, R. C. *et al.* Atenção odontológica e práticas de higiene bucal em instituições de longa permanência geriátricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2323-2333, 2011.
- FERREIRA, R. C. *et al.* O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3417-3428, 2014.
- FLECK, M. P. *et al.* **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FLORES G. C. *et al.* Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 3, p. 467-474, set. 2010.
- FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. S.; REINERS, A. A. O. Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 18-25, 2012.
- FONSECA, P.; AREIAS, C.; FIGUEIRAL, M. H. Higiene de próteses removíveis. **Revista Portuguesa de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial**, v. 48, n. 3, p. 141-146, 2007.
- FONSECA, Fabiana Santos. **Velhice, promoção da saúde e qualidade de vida**. 2011. 111 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.
- FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Líber Livro, 2007.
- FREITAS, Y. N.; LIMA, K. C.; SILVA, Diviane Alves da. Condições de saúde bucal e capacidade funcional em idosos: um estudo longitudinal de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 670-674, 2016.
- FUINI, L. L. Construções teóricas sobre o território e sua transição: A contribuição da Geografia brasileira. **Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía**, v. 26, n. 1, p. 221-242, 2017a.

FUINI, L. L. O território em Rogério Haesbaert: concepções e conotações. **Geografia Ensino & Pesquisa**, v. 21, n. 1, p. 19-29, 2017b.

GIOVANELLA, L. *et al.* (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M.L.D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

GOMES, M. Q. C. **Proteção social à velhice e o circuito de solidariedades intergeracionais**. 2008. 289 f. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2008.

GONÇALVES, L. F. F. *et al.* Higienização de próteses totais e parciais removíveis. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 87-94, 2011.

HAESBAERT, R. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <http://www6.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>. Acesso em 15 nov. 2021.

HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. **Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina**, São Paulo, USP, AGB, p. 6.774-6.792, 20 a 26 de março de 2005. Disponível em: <http://ucbweb2.castelobranco.br.pdf>. Acesso em 15 nov. 2021.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R. **A nova des-ordem mundial**. São Paulo: Editora UNESP, p. 1930-1984, 2006.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. **Geographia**, Rio de Janeiro, ano IX, n. 17, p. 19-45, jul 2007.

HAESBAERT, R. Por uma constelação geográfica de conceitos. In: HAESBAERT, Rogério. **Viver no limite: território e multi/transterritorialidade em tempos de in-segurança e contensão**. 1 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 19-51, 2014.

HAIKAL, D.S. *et al.* Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, 2011.

HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I. A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 10, n. 1, p. 7-28, 2019.

HOLANDA, A. F. Fenomenologia do “cuidado”: reflexões para um olhar sobre o binômio saúde-doença. Peixoto AJ, Holanda AF, coordenadores. **Fenomenologia do cuidado e do cuidar. Perspectivas multidisciplinares**. Curitiba: Juruá, p. 67-83, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características gerais da população: resultados da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000, 178p.

- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**, Rio de Janeiro: IBGE, 2006, 450p.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por idade e sexo para o período 2000/2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- INOUYE, K. *et al.* Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010.
- KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicol. Estud.**, v. 6, n.1, p.17- 25, 2001.
- KLEIN, H.; PALMER, C. E.; KNUTSON, J. W. Studies on dental caries. **Public Health Rep.**, v. 53, n. 19, p. 751-765, 1938.
- LEITE, M. T. *et al.* Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. **Enfermería Global**, v. 37, p. 12, 2015.
- LESSA, C. F. M.; VETTORE, M. V. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 129, p. 547-556, 2010.
- LEVY PS, LEMESHOW S. **Sampling of populations: methods and applications**. New York, 1991.
- LIMA, I. H. M. N. F. *et al.* Avaliação da condição de saúde bucal de idosos mediante comparação dos dados do SB Brasil 2003 e 2010. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 119-127, 2015.
- LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 941-950, 2006.
- LOPES, M. C.; OLIVEIRA, V. M. B.; FLÓRIO, F. M. Condição bucal, hábitos e necessidade de tratamento em idosos institucionalizados de Araras (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2949-2954, 2010.
- LÜCHMANN, L. H. H. Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. **Caderno CRH**, v. 21, n. 52, p. 87-97, 2008.
- MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**,

v. 18, n. 1, p. 919-930, 2014.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, 2015.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. especial, p. 18-37, 2018.

MAIA, Luciana Colares *et al.* Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 35, p. 35, 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297 p.

MARQUES, A. K. M. C. *et al.* Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 945-955, 2011.

MARQUES, E. C.; TORRES, H. **São Paulo: segregação, pobreza e desigualdades sociais**. São Paulo: Editora do Senac, 2005.

MARTINS, A. M. E. B. *et al.* Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3461-3478, 2014.

MESAS, A.; ANDRADE, S.; CABRERA, M. A. S. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 4, p. 471-480, 2006.

MESAS, A. E. *et al.* Estado de saúde bucal e déficit nutricional em idosos não institucionalizados em Londrina, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 3, p. 434-445, 2010.

MINAYO, MC de S.; DE SOUZA, C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, p. 201-219, 2004.

MONTI, L. M. *et al.* Análise comparada da saúde bucal do idoso na cidade de Araçatuba-SP, Brasil. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 9, n. 2, p. 35-47, 2019.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MONKEN, M. *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-41, 2008.

MOREIRA, R. C. *et al.* Concepções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com Diabetes Mellitus. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 49-56, 2009.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 2041-2054, 2011.

MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. **Odontol. mod**; v. 19, n. 4, p. 11-3, jul.-ago. 1992.

MOTTA, A. B. Reinventando fases: a família do idoso. **Caderno CRH**, v. 11, n. 29, 1998.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: um conceito. **Odont. & Soc.**, v. 3, n. 1-2, p. 47-52, 2001.

NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda A. de Oliveira (Org.). **SABE - Saúde, Bem Estar e Envelhecimentos - o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.119-140, 2003.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 141-147, 2006.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 928p.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010.

NÓBREGA, D. R. M. *et al.* Avaliação da utilização e hábitos de higiene em usuários de prótese dentária removível. **Rev. bras. odontol.**, v. 73, n. 3, p. 193-197, 2016.

NUNES, C. O. A. T.; CALAIS, S. L. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e percepção de suporte familiar em porteiros: um estudo correlacional. **Psico-USF**, v. 16, n. 1, p. 57-65, 2011.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 1 nov. 2019.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Grupo científico sobre la Epidemiología del Envejecimiento**. Ginebra: Informe, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Jacarta, 1997**. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf. Acesso em 15 nov. 2021.

- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de saúde pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
- PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: Papaléo-Netto M, organizador. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 311-323.
- PAVARINI, S. C. I. *et al.* Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 326 - 335, 2006.
- PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.
- PERES, M. A. *et al.* Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Revista de saúde pública**, v. 47, n. 3, p. 78-89, 2013.
- PERLINI, N.M.O.G.; LEITE, M.T.; FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.2, p.229-36, 2007.
- PILGER C., MENON M.U., MATHIAS T.A.F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 1, p. 213-20, Fev. 2013.
- PINHEIRO, M. C. E. A primeira entrevista em psicoterapia. **Revista IGT na Rede.**, v. 4, n. 7, p.136-157, 2007.
- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009, p. 37-52.
- PIRES, Z. R. S.; SILVA, M. J. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v. 3, n. 2, 2001.
- PRADO, S. D.; SAYD, J. D. O ser que envelhece: técnica, ciência e saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 247-252, 2007.
- POLETO, R. C.; KOLLER, S. H. Rede de apoio social e afetivo de crianças em situação de pobreza. **Psico**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, 151-175, 2002.
- PUCCA Jr., G. A., 2000. A saúde bucal do idoso? Aspectos demográficos e epidemiológicos. **Medcenter**, 7 abril 2000.
- RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. et al. (Orgs.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.72 - 78.
- RAMOS, L. R. *et al.* Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-13, 12 Dez. 2016.

RAMOS, M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. **Revista do Departamento de Psicologia. UFF**, v. 19, n. 2, p. 397-410, 2007.

REIS, L. A. *et al.* Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. SPE, p. 52-58, 2011.

RIGO, L. *et al.* Satisfação com a vida, experiência odontológica e autopercepção da saúde bucal entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3681-3688, 2015.

ROCHA, F. R. *et al.* Impacto do uso de próteses totais na qualidade de vida de idosos. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 1015-1020, 2011.

ROCHA, S. M.; GOMES, M. G. C.; LIMA FILHO, J. B. O protagonismo social da pessoa idosa: emancipação e subjetividade no envelhecimento. In: FREITAS, E. *et al.* (Orgs.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1030-1036.

ROJAS, L. I. Geografía y Salud: temas y perspectivas en America Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n. 4, p.701-711, 1998.

RONCALLI, A. G.; CÔRTEZ, M. I. S.; PERES, K. G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 58-68, 2012.

ROSENDO, RA *et al.* Saúde bucal e impacto na qualidade de vida em idosos. **RSC online**, 2017; 6(1): p. 89 - 102.

SÁ, I. P. C. *et al.* Condições de saúde bucal de idosos da instituição de longa permanência Lar Samaritano no município de São Gonçalo-RJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 1259-1265, 2012.

SACK, R. D. **Human territoriality: its theory and history**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SAFFIOTI, H. Gênero e patriarcado. In: VENTURI, G.; RECMAÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 4, p. 7-19, 2002.

SAQUET, M. A. Território e identidade. **Encontro de Geógrafos da América Latina**, v. 10, p. 13.869-13.881, 2005.

SAQUET, M. A. Por uma abordagem territorial. **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, p. 73-94, 2009.

SAMPAIO, T. S. O.; SAMPAIO, L. S.; VILELA, A. B. A. Conteúdos e estrutura representacional sobre família para idosos em coresidência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1309-1316, 2019.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. São Paulo: McGrawHill, 2006.

SANT'ANA, L. A. J.; D'ELBOUX, M. J. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 503-519, 2019.

SANTOS, A. L. **A comunidade do mangue do bairro Vila Velha, Fortaleza/CE: o território e o cotidiano vivido a partir da perspectiva dos moradores e dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF)**. 2008. 248 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2008.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de pediatria**, v. 75, n. 6, p. 401-406, 1999.

SERA, E. A. R. et al. Avaliação de saúde bucal em idosos da Universidade da Maturidade: estudo transversal. **Archives of Health Investigation**, v. 10, n. 3, p. 436-441, 2021.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 187-192, 2000.

SHIGLI, K. *et al.* The knowledge, attitude and practice of edentulous patients attending a dental institute in India regarding care of their dental prostheses. **South African Dental Journal**, v. 70, n. 7, p. 294-299, 2015.

SILNESS J, LÖE H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. **Acta Odontol. Scand.**, v. 22, n. 9, p. 121-35, 1964.

SILVA, A. E. R. *et al.* A Saúde bucal está associada à presença de sintomas depressivos em idosos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 181-188, 2019.

SILVA, D. D. *et al.* Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 1145-1153, 2011.

SILVA, A. L. *et al.* Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1033-1045, jun, 2012.

SILVA, D. A. *et al.* Condições de saúde bucal e atividades da vida diária em uma população de idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 917-929, 2016.

SILVA, D. M. *et al.* Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.7, p. 2183-2191, 2015.

SILVA, L. S. *et al.* Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 2, p. 325-334, 2013.

SILVA Z. P. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3807-16 2011.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde autorreferido entre idosos. **Esc. Anna Nery Ver. Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 706-716, 2008.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUZA, M. A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: Ana Maria Girotti Sperandio. (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. 1ªed. Campinas: IPES Editorial, v.2, p.57-77, 2004.

SOUZA, D. B. de. A inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família/ESF. **Revista Uningá Review**, v. 15, n. 1, p. 6-6, 2013.

SOUZA, E. H. A. *et al.* Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2063-2070, 2012.

SOUZA, J. G. S. *et al.* Autopercepção da necessidade de prótese dentária total entre idosos brasileiros desdentados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3407-3415, 2016.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N.; SILVA ALVES, G. A. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. **Aletheia**, n. 28, p. 45-59, 2008.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 263-267, 2007.

SOUZA, T. M. S. de; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

STARFIELD B. **Atenção primária** - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 726 p., 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, S. M.; RODRIGUES, V. S. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 239-253, 2009.

TROSTLE, J.A. **Epidemiologia e cultura**. Coleção Antropologia e Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 849-853, 2003.

UNITED NATIONS. **World population prospects 2019: highlights**. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York: United Nations, 2019.

VALENTE, J. Acolhimento familiar: validando e atribuindo sentido às leis protetivas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 111, p. 576-598, 2012.

VIEIRA, E.B. **Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso?** Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

WENDT, C. J. K. *et al.* Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 406-413, 2015.

WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. Empoderamento de famílias. **Temas em educação especial: Avanços recentes** (pp. 197-202). São Carlos, SP: Editora da Universidade Federal de São Carlos, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active Ageing – A Policy Framework**. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Oral Health Report 2003**. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2013.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE - UNIVALE
FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR- FPF

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DO SUPORTE FAMILIAR NA ADESÃO AO
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM IDOSO

Pesquisador: Suely Maria Rodrigues

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50177915.2.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.369.210

Apresentação do Projeto:

Parecer satisfatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Parecer satisfatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é significativa e justificável. O pesquisador apresentou, de forma clara, a metodologia que será desenvolvida tomando o devido cuidado na abordagem com o sujeito da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios no projeto de pesquisa foram inseridos corretamente.

Recomendações:

Que haja uma uniformização entre Projeto e TCLE no que compete às informações a respeito do procedimento para a redução dos riscos ou desconfortos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou lista de inadequações.

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:
Título: INFLUÊNCIA DO SUPORTE FAMILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM IDOSO
Natureza do Projeto: Pesquisa
Pesquisador Responsável: Suely Maria Rodrigues
Contato com pesquisador responsável: Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG Telefone(s): (33)
Comitê de Ética em Pesquisa Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

2 – Informações ao participante ou responsável:

1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: INFLUÊNCIA DO SUPORTE FAMILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM IDOSO, na área de Saúde Coletiva.

2) A pesquisa terá como objetivo de conhecer a influência do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada na zona urbana do município de Governador Valadares.

3) Você irá responder para mim algumas perguntas sobre o que significa família, quem compõem sua família hoje para você, e se o apoio de sua família pode ajudar na adesão ao tratamento odontológico.

4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: 3.1) Primeiro você irá participar de um exame da cavidade bucal que será feito por mim (uma dentista). O exame na sua boca será simples, rápido, não vai doer ou causar qualquer problema. Se você tiver algum problema em sua boca, você será encaminhado para a unidade de saúde que você está cadastrado. Mas, se não puder ser feito seu tratamento nesse lugar, o seu tratamento será realizado na disciplina de Estágio Supervisionado em Odontogeriatrics do Curso de Odontologia da Faculdade de Ciências e da Saúde (FACS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Você não pagará nada para fazer o exame, nem para fazer o tratamento. 3.2) Depois serão feitas algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe

provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará no papel suas respostas. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feito qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja apagado o registro feito até o momento. 3.3) Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de vinte minutos.

5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: Dificuldade e constrangimento para abrir a boca, durante o exame da boca a mão do dentista pode causar incômodo. Durante a entrevista você pode ter medo ou insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

8) Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa: o reconhecimento da família como espaço singular, conhecimento de seus membros e importância do suporte familiar nos problemas de saúde. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, ____ de _____ de 2016.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Governador Valadares, 10 de setembro de 2015

Para: Secretária Municipal de Saúde de Governador Valadares/MG – Katia Barbalho Diniz

Assunto: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ACESSO AOS DADOS DOCUMENTAIS

Prezada Senhora,

Solicita-se autorização para realização de pesquisa na Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares – MG, referente a projeto de pesquisa a ser desenvolvido pela Prof^a Dr^a Suely Maria Rodrigues e Prof^a Dr^a Marileny Boechat Frauches Brandão do curso de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Essa pesquisa possui como título: **“Influência do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idoso”**.

O estudo será desenvolvido, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce. O objetivo geral é conhecer a influência do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada na zona urbana do município de Governador Valadares. Será objeto deste estudo os indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, fisicamente independentes usuários da Estratégia de Saúde da Família desse município.

O período estimado para o levantamento de dados dos participantes é de 08 meses. Declaramos que será mantido estrito respeito ao código de ética, sendo resguardado o sigilo e não identificação de pacientes/usuários do serviço ou outros dados que comprometam o anonimato das pessoas. Declaramos que a pesquisa está sendo desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme resolução 196/96.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior interação entre os profissionais de saúde e para o desenvolvimento de programas mais específicos, buscando a promoção de saúde e alternativas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, que são assistidos pelo Sistema Único de Saúde.

O presente projeto não apresenta riscos para os participantes da pesquisa. Os procedimentos realizados possivelmente não interferirão na rotina de funcionamento das atividades da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados serão divulgados provavelmente por meio de dissertação de mestrado e publicação de artigo científico em revista especializada.

Na certeza de poder contar com vossa colaboração, desde já agradeço e me coloco à disposição para esclarecimentos necessários.

No aguardo de definições da V. Sa me despeço.
Atenciosamente,

Profª Drª Suely Maria Rodrigues

Pesquisadora Responsável

ANEXO E – INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR (IPSF)

Folha de respostas

Parte integrante do Livro de Aplicação (Vol. 2) da Coleção IPSF

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: M F

Local de nasc.: _____ Data da Aplic.: ____/____/____

- Escolaridade: () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo
 () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo
 () Ensino Superior incompleto () Ensino Superior completo
 () Especialização () Mestrado () Doutorado

Estou avaliando

- () família nuclear (pai, mãe, irmãos, etc.)
 () família constituída (esposa, esposo, filhos)

Atualmente resido com _____

- Meus pais () nunca se separaram
 () se separaram quando eu tinha ____ anos

Eu, se já casado(a)

- () nunca me separei () já me separei com ____ anos de casamento
 () primeira separação () segunda separação
 () terceira ou mais

Neste inventário é apresentada uma série de 42 afirmações sobre sua compreensão a respeito da percepção sobre o suporte ou assistência familiar recebido por você até o momento. É necessário, por gentileza, que você responda a todas as questões assinalando com um X a alternativa que melhor se aplica a você. Se, por acaso, nenhuma das opções estiver de acordo com a sua resposta, por favor, escolha aquela que mais se aproxime do que você percebe.

Não preencha este quadro. Ele está reservado para uso exclusivo do examinador.

	F1	F2	F3	$\Sigma_{(F1, F2, F3)}$
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Percentil	_____	_____	_____	_____
Classificação	_____	_____	_____	_____

020513

Esta folha possui numeração sequencial, impressa em preto.

002941

Esta folha está impressa em AZUL, PRETO e VERMELHO. Se lhe apresentarem impressa em qualquer outra cor ou de qualquer outro modo, trata-se de uma reprodução ilegal. Recuse-se a utilizá-la.



EDITORA PSICO-PEDAGÓGICA LTDA.
 Rua Cubatão 48 - CEP 04013-000 - SP
 Tel. (11) 3146-0333 - Fax. (11) 3146-0340
www.vetoreditora.com.br vendas@vetoreditora.com.br

Copyright © 2009 – Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda. – São Paulo. É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, por qualquer meio existente e para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.

N°	AFIRMAÇÕES	NUNCA OU NUNCA	AS VEZES	SEMPRE OU SEMPRE
01	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias.			
02	As pessoas na minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.			
03	Há regras sobre diversas situações na minha família.			
04	Meus familiares me elogiam.			
05	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.			
06	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens.			
07	Eu sinto raiva da minha família.			
08	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.			
09	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.			
10	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.			
11	Minha família discute seus medos e preocupações.			
12	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a).			
13	Eu me sinto como um estranho na minha família.			
14	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero.			
15	As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.			
16	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.			
17	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante.			
18	Em minha família existe privacidade.			
19	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.			
20	Há ódio em minha família.			
21	Eu sinto que minha família não me compreende.			
22	Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levada em consideração.			
23	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando.			
24	Os membros da minha família se tocam e se abraçam.			
25	Minha família me proporciona muito conforto emocional.			
26	Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido(a).			
27	Viver com minha família é desagradável.			
28	Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem-estar de cada um.			
29	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.			
30	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos.			
31	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.			
32	Em minha família há competitividade entre os membros.			
33	Eu sinto vergonha da minha família.			
34	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer.			
35	Em minha família demonstramos carinho por meio das palavras.			
36	Minha família me irrita.			
37	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros.			
38	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.			
39	Eu me sinto excluído da família.			
40	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.			
41	Meus familiares servem como bons modelos em minha vida.			
42	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.			

ANEXO F – PRONTUÁRIO DE EXAME CLÍNICO**1. TIPO DE PRÓTESE UTILIZADA**

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PPRS | <input type="checkbox"/> PPRI |
| <input type="checkbox"/> PTRS | <input type="checkbox"/> PTRI |
| <input type="checkbox"/> PPS | <input type="checkbox"/> PPI |

2. HÁBITO DE HIGIENE BUCAL

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Uso de dentifrício (pasta de dente) | <input type="checkbox"/> Uso de fio dental |
| <input type="checkbox"/> Bochecho com enxaguatório bucal | |

3. CONDIÇÃO DE HIGIENE DA CAVIDADE BUCAL/PRÓTESE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presença de biofilme | <input type="checkbox"/> Ausência de biofilme |
|---|---|

4. CONDIÇÃO DA MUCOSA BUCAL:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Condições normais |
| <input type="checkbox"/> Presença de alterações |

Tipo _____

Localização _____

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

1. Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos.
2. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
3. Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.
4. Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.
5. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos nas entrevistas por todos os participantes serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. O fato de não haver identificação nesse formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.

1. Você acha que o apoio de sua família pode ajudar na adesão ao tratamento odontológico?

////////////////////////////////////// **Agradecemos sua participação**
