



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE

ANÁLISE SÓCIO-DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS
INTEGRANTES DE GRUPOS DO SISTEMA DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA - CE

FORTALEZA

2019

KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE

ANÁLISE SÓCIO-DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS
INTEGRANTES DE GRUPOS DO SISTEMA DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA - CE

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
Profissional em Saúde da Família, da
Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Saúde da
Família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria
Fátima Maciel Araújo.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C364a Cavalcante, Karla Verbena Salviano.
Análise sócio-demográfica e de saúde bucal de idosos integrantes de grupos do sistema de saúde, no município de Fortaleza - CE / Karla Verbena Salviano Cavalcante. – 2019.
92 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo.

1. Idoso. 2. Saúde bucal. 3. Grupo de convivência. I. Título.

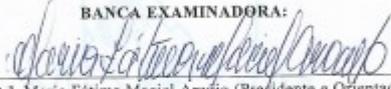
CDD 610

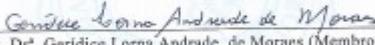
KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE

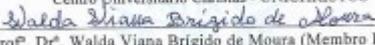
ANÁLISE SÓCIO-DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS
INTEGRANTES DE GRUPOS DO SISTEMA DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA, CE.

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em
Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Dr.ª Maria Fátima Maciel Araújo (Presidente e Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC


Prof. Dr.ª Geridice Lorna Andrade de Moraes (Membro Efetivo)
Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS


Prof. Dr.ª Walda Viana Brigido de Moura (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 05/11/2019

Fortaleza-CE

À Deus.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo, pela atenção, carinho, incentivo e excelente orientação.

Às professoras participantes da banca examinadora Profa. Dra. Walda Viana Brígido de Moura e Profa. Dra. Gerídice Lorna Andrade de Moraes, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos idosos e coordenadores de grupos de idosos entrevistados, pelo tempo concedido nas entrevistas e pela receptividade.

A minha família pelo apoio e amor.

Aos colegas da turma de mestrado pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas, e , acima de tudo, pela linda amizade construída.

Aos colegas de trabalho, pela amizade e incentivo.

“A longevidade acarreta uma situação ambígua: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio a incapacidades e à dependência” (FREITAS, 2013).

RESUMO

O envelhecer consiste em um processo natural e singular, que recebe influências de determinantes sociais, econômicos e culturais, e vem caracterizando, cada vez mais, a sociedade brasileira. O envelhecimento saudável é pautado na manutenção e/ou recuperação da capacidade funcional do indivíduo e requer uma reconfiguração no setor saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, para acolher as novas e crescentes demandas desta população. Este estudo trata-se de um levantamento epidemiológico que buscou conhecer o perfil sócio-demográfico e de saúde bucal dos idosos participantes de grupos, que integram as Unidades de Atenção Primária em Saúde – UAPS, no município de Fortaleza, bem como a estruturação destes espaços grupais. A população pesquisada, entre os meses de maio a agosto de 2019, foi de 209 idosos e 23 coordenadores de grupos. Com os idosos foram feitas entrevistas e exames clínicos orais, obtendo-se dados sócio-demográficos e de saúde, geral e bucal, enquanto que, nas entrevistas com os coordenadores, foram obtidas informações sobre suas formações técnicas e sobre a organização e logística dos grupos. Os resultados confirmaram dados já relatados na literatura, como a feminilização da saúde, a baixa escolaridade e renda da população idosa que usa o Sistema Único de Saúde, bem como a importância deste sistema no cuidado à saúde desta população específica. Ademais, ficou caracterizado um novo perfil de saúde bucal dos idosos, com menos edentulismo e novas demandas assistenciais, mas, ainda, com dificuldades de acesso ao serviço odontológico. Além disso, os resultados consolidaram a importância dos grupos de idosos, dentro da Estratégia de Saúde da Família, como espaços promovedores de um envelhecimento saudável, mas expuseram a necessidade de realizações de capacitações técnicas específicas para os profissionais, que coordenam tais grupos no município. Conclui-se, portanto, que o envelhecimento populacional exige um sistema de saúde fortalecido e capaz de responder integralmente às suas necessidades, quer no âmbito individual quer no coletivo, como através dos grupos, e que a atenção a saúde bucal dos idosos deverá ser ressignificada, apresentando resolutividade às demandas do novo perfil odontológico, além de melhorar e garantir o acesso universal e equânime ao sistema.

Palavras-chave: Idoso. Saúde Bucal. Grupo de convivência.

ABSTRACT

Growing old consists of a singular and natural process, which receives influences of social, economic and cultural determinants, and has been characterizing Brazilian society. Healthy ageing is guided by the maintenance and recovering of the individual's functional capabilities and requires a reconfiguration of the health sector, specially on Family Health Strategy, to accommodate the new and growing requests of the population. This study deals with an epidemiological data survey which sought to know the social demographic and oral health profile of the participants that are part of the Primary Health Facilities Units - UAPS, in Fortaleza, as well as the structuring of those group spaces. The researched population, between May and August 2019, was of 209 seniors and 23 group coordinators. The interviews with the elderly participants and the oral clinical tests obtained social demographic and health data, both general and oral. During that time, on the interviews with the coordinators, the information gathered concerns their technical trainings and the groups' logistics and organization. The results confirmed the reported data, as the health feminisation, the low education levels and the elderly population income that utilize the Unified Health System - Sistema Único de Saúde (SUS), as well as the importance of this system in the health care of this specific population. Moreover, the results reinforce the importance of elderly people groups, inside of Family Health Strategy, as foster spaces of a healthy ageing, but exposed the necessities of specific technical trainings to the professionals that coordinates those groups. In conclusion, therefore, the ageing population requires a consolidated health system, capable of fully respond its necessities in the collective or individual sphere, as through the mentioned groups, and a redefinition of elderly oral health, presenting effectiveness in relation to the new dentistry profile demands, in addition to improve and ensure a fairer and universal access to the system.

KEYWORDS: Elderly people; Oral Health; Social Groups

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Perspectiva da mudança demográfica brasileira, por sexo, no período de 1950- 2050.	20
Figura 2 - Quadro de saúde pública para o envelhecimento saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida.	36
Figura 3 - População residente no município de Fortaleza, por grupos de idade e sexo.....	
Figura 4 - Porcentagem de grupos visitados, por SR, no município de Fortaleza.	
Figura 5 - Distribuição dos grupos de idosos visitados, por SR, no município de Fortaleza.....	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados socio-demográficos dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza	Erro! Indicador não definido.
Tabela 2 - Situação financeira dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza	60
Tabela 3 - Relações familiares dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.	62
Tabela 4 - Autopercepção da memória e da saúde dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.	64
Tabela 5 - Relação dos idosos participantes de grupos com o Sistema de Saúde de Fortaleza	66
Tabela 6 - Situação de saúde geral dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.	68
Tabela 7 - Situação de saúde bucal dos idosos participantes de grupo do sistema de saúde de Fortaleza	71
Tabela 8 - Hábitos de vida dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.....	75
Tabela 9 - Relação entre os participantes e os grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.....	78
Tabela 10 - Percepção dos participantes sobre os grupos de idosos como espaços de promoção da saúde, no sistema de saúde de Fortaleza.....	80
Tabela 11 - Aspectos estruturantes dos grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Principais serviços procurados, pelos participantes de grupos de idosos, nas UAPS do Sistema de Saúde de Fortaleza (por número de respostas).....	67
Gráfico 2 - Principais achados odontológicos nos participantes de grupos de idosos do Sistema de Saúde de Fortaleza (por número de resposta).....	73
Gráfico 3 - Espaços de práticas de atividade física dos participantes de grupos de idosos do Sistema de Saúde de Fortaleza.	76
Gráfico 4 - Convidantes dos grupos de idosos do Sistema de Saúde de Fortaleza.	79
Gráfico 5 - Principais benefícios à saúde dos participantes, proporcionados pelos grupos de idosos, do Sistema de Saúde de Fortaleza (por número de resposta).	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição do Quantitativo de Grupos de Idosos, por Secretaria Regional, no município de Fortaleza.	50
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEREST	Células de Referência em Saúde do Trabalhador
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
COEPP	Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas
CORES	Coordenadorias Regionais de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NASF - AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família – Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNA	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPR	Próteses Parciais Removíveis
PT	Próteses Totais
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SB BRASIL	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Secretaria Regional

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Objetivo geral	26
1.2 Objetivos específicos	26
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3 METODOLOGIA	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5 CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICE A – ENTREVISTA COM IDOSO	93
APÊNDICE B - ENTREVISTA COM O COORDENADOR DO GRUPO	98
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS	99
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COORDENADORES DE GRUPOS	101
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA	103

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é parte normal e natural da vida humana e configura-se, geralmente, num processo permeado por sabedoria e experiência acumuladas ao longo dos anos. Não obstante, é preciso reconhecer as dificuldades e os desafios de envelhecer, como a decrepitude biológica, o afastamento da vida produtiva e a aproximação da morte (CÍCERO, 2006).

O processo de envelhecer instiga a humanidade desde tempos muito remotos, mas ressalta-se que o século XX foi marcado por grandes avanços na ciência do envelhecimento, período no qual foram iniciados os estudos sistemáticos da Gerontologia e da Geriatria (FREITAS *et al.* 2013).

O fenômeno do envelhecimento é considerado multifacetado, o que faz da Gerontologia uma ciência multi e interdisciplinar, que objetiva o estudo das pessoas idosas, as características da velhice, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais, tendo como ramificações a Gerontologia Social e a Gerontologia Biomédica. Por sua vez, a Geriatria trata dos fatores curativos e preventivos relacionados à saúde das pessoas idosas, mantendo uma estreita relação com várias disciplinas da área médica, como a Neurologia, Cardiologia e Psiquiatria, e outras não médicas, como a Nutrição, Fisioterapia, Odontologia, Fonoaudiologia, dentre outras (FREITAS *et al.*, 2013).

Segundo O Tratado de Geriatria e Gerontologia (FREITAS *et al.*, 2013), o envelhecimento humano não tem um marcador biofisiológico que o delimite, diferindo de outras fases do desenvolvimento humano, como por exemplo, a menarca que marca o final da infância e o início da puberdade nas mulheres. No envelhecimento, são os fatores socioeconômicos e legais, mais do que propriamente os biológicos, que o delimita. Processo dinâmico e progressivo, o envelhecimento humano acarreta perda da capacidade de adaptação ao meio e modificações de caráter morfológico, funcional, bioquímico e psicológico, gerando maior vulnerabilidade, aspectos que terminam por levar o indivíduo à morte.

Na velhice, considerada a última fase da vida, os indivíduos são vistos sob diversas construções sociais, na qual uma pluralidade de imagens e concepções resultam nos idosos ou velhos, num determinado tempo da

história. Geralmente, estas construções são permeadas por discriminações e preconceitos de ordem social, econômica e étnica, não existindo, como dito anteriormente, um marco único, quer físico, psicológico, social, cultural ou espiritual, que anuncie, com exatidão, o início desta fase (FREITAS *et al.*, 2013).

A discriminação etária apresenta-se como uma forma mais generalizada de preconceito, quando comparada com o sexismo ou o racismo, e carrega o estereótipo de que as pessoas mais velhas serão sempre dependentes e um fardo para as famílias e para a sociedade. As suposições da inevitável dependência na velhice ignoram as diversas contribuições sociais, econômicas e culturais que estas pessoas podem oferecer (OMS, 2015).

O conceito de envelhecimento humano, trazido pela Gerontologia, desdobra-se em outras definições que perpassam pela multiplicidade desse tema, como o termo envelhecimento normativo, que representa o processo natural da fase avançada da vida humana, mas que divide esse processo em: primário, quando fala do envelhecimento de maneira universal e determinado geneticamente; e secundário, quando se considera as influências do meio, decorrentes de fatores geográficos e culturais, ressaltando-se a inexistência de um padrão de “pessoa idosa normal”, dada essa faceta multifatorial do processo (FREITAS *et al.*, 2013).

O envelhecimento saudável se traduz, à luz da Gerontologia, como um processo em que os fatores extrínsecos, como o sedentarismo e a dieta, não estão presentes, ou, quando acontecem, exercem pequena relevância sobre o modo de envelhecer (FREITAS *et al.*, 2013).

A velhice, numa visão antropológica, faz parte do ciclo da vida, que se inicia com o indivíduo criança, passando pela adolescência, chegando à fase adulta, para depois tornar-se velho. Nesta concepção, a vida não tem apenas uma explicação biológica, mas envolve, também, diversas questões culturais que levam à organização dos papéis de cada um dentro dos sistemas sociais, políticos, econômicos e jurídicos de uma sociedade (BRASIL, 2014).

As concepções de envelhecimento, também, perpassam pela cultura, crença e religiosidade de uma sociedade. Segundo Filho e Netto (2006), o envelhecimento bem sucedido pode ser entendido como um conceito subjetivo, entrelaçado nos valores individuais e culturais. Assim, numa

sociedade oriental o que se ressalta no envelhecimento bem-sucedido, é o aumento do saber e da espiritualidade, trazidos pelo avançar da idade, enquanto numa sociedade ocidental, prioriza-se a ausência de doenças e a minimização das incapacidades.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), organização de saúde pública para as Américas da Organização Mundial de Saúde (OMS), define envelhecimento humano como um processo próprio a todos os membros de uma espécie, decorrente da deterioração de um organismo maduro, e que se desenvolve de forma individual, sequencial, universal e irreversível, levando a uma menor capacidade de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumentando a possibilidade de morte (BRASIL, 2006).

A OPAS (2019) conceitua envelhecimento saudável como um processo biológico-social, no qual ocorrem danos moleculares/celulares e diminuição da capacidade física e mental, influenciados pelo estilo de vida, mas que busca a recuperação, adaptação e o crescimento psicossocial da pessoa idosa, sempre pelo reconhecimento dos determinantes sociais e de saúde.

A OMS (2015) trás diversas diretrizes sobre o tema, incluindo a definição de envelhecimento saudável, no qual pauta-se o presente estudo, como o desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional do indivíduo, que deve proporcionar-lhe bem-estar físico, mental e social. Entende-se que a capacidade funcional é resultante da interação entre a capacidade intrínseca, composta pelos recursos físicos e mentais do próprio indivíduo e os ambientes em que estão inseridos, para a realização de atividades consideradas importantes para si e para sua sobrevivência.

A capacidade funcional está intimamente relacionada com o grau de autonomia e independência de uma pessoa idosa, podendo-se definir autonomia como a capacidade de decisão ou comando das próprias vontades, e independência como o poder de realizar algo, utilizando meios próprios, dentro de suas relações sociais. Destaca-se que, como objetivo geral para um idoso, a autonomia é mais significativa do que a independência, pois pode ser restaurada, mesmo nos indivíduos em situação de dependência (FREITAS *et al.*, 2006).

Os muitos conceitos para definir envelhecimento resumem questões filosóficas, médicas e sociais, trazidas por diferentes ciências, entretanto, a visão do próprio idoso é mais que conceitual, pois dela advém, com naturalidade, os anseios e expectativas de quem vive a experiência de envelhecer, e, como tal, precisa ser acolhida e valorizada.

A sociedade brasileira vem passando, nas últimas décadas, por várias transformações, decorrentes de uma transição demográfico-epidemiológica. Como resultados, acontecem os processos de envelhecimento populacional e longevidade, fenômenos decorrentes, respectivamente, da redução do crescimento populacional e do aumento da expectativa de vida (FILHO; KIKUCHI, 2011).

O crescimento da população vem caindo, dentre vários motivos, em consequência da redução da taxa de fecundidade entre as mulheres, resultando numa proporção menor de pessoas jovens, no total da população, quando comparadas ao número de pessoas numa idade mais avançada, fazendo com que a população seja considerada velha (FILHO; KIKUCHI, 2011; FREITAS *et al.*, 2013).

A longevidade, relacionada ao número de anos vividos, aumenta ao passo que a expectativa de vida cresce. Diversos motivos explicam o aumento da longevidade no Brasil, dentre eles, a redução da taxa de mortalidade precoce, que pode ser explicada pelo controle da mortalidade por doenças infectocontagiosas, consequência direta de um maior acesso aos serviços de saúde, medicações e vacinas modernas (FILHO; GORZONI, 2008; FILHO; KIKUCHI, 2011; FREITAS *et al.*, 2013).

A longevidade trás uma situação ambígua, vivenciada até por pessoas ainda não idosas, na qual o desejo de viver cada vez mais se conflita com o temor de viver até as idades mais avançadas, em meio à incapacidade, dependência e doenças. A saúde tem importância fundamental para a qualidade de vida do idoso, que, atualmente, é compreendida como um fenômeno altamente pessoal e individualizado (FREITAS *et al.*, 2013).

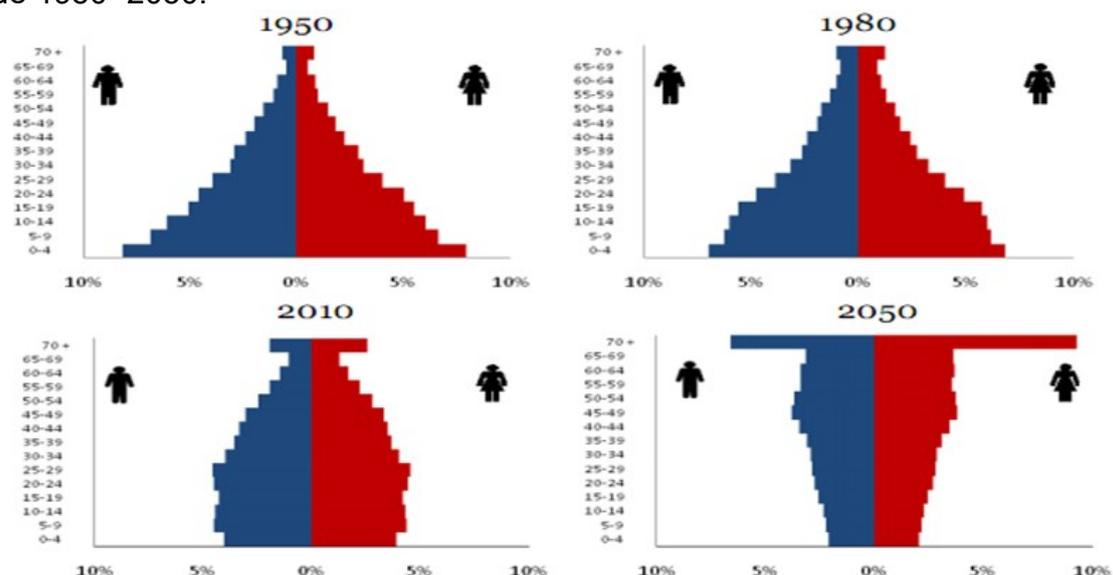
Assim, esta mudança no perfil da população vem acarretando uma demanda crescente por serviços de saúde, pois o aumento progressivo de morbidades crônicas e degenerativas (acompanhadas de sequelas também crônicas) sem possibilidade efetiva de cura, aumenta a necessidade de uso

permanente de medicamentos e do cuidado contínuo e regular pelos profissionais de saúde (FILHO; GORZONI, 2008; FREITAS *et al.*, 2013). Por sua vez, a atenção á saúde tende a não mais visar apenas o prolongamento da existência, mas ganha dimensões para assegurar a qualidade de vida (ALMEIDA *et al.*, 2017).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida dos brasileiros, ao nascer, tem aumentado progressivamente e, em 2019, mostra uma média de 76,5 anos no geral, sendo 73 anos para homens e 80,03 para as mulheres (IBGE, 2019).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em 2017, os brasileiros com 60 anos ou mais eram em torno de 30,2 milhões, o que equivale a 18% da população total. Esta mesma pesquisa faz projeções que apontam, para 2030, um número de idosos superior ao de crianças e adolescentes, de 0 a 14 anos, em cerca de 2,28 milhões. E, para 2050, a expectativa é que a população idosa represente cerca de 30% da população total no Brasil, enquanto a de crianças, apenas 14,9% (BRASIL, 2018; IBGE, 2018). Por conseguinte, a pirâmide etária brasileira vem modificando-se a cada ano, com o estreitamento de sua base e o alargamento do ápice (GARCIA, 2012).

Figura 1 - Perspectiva da mudança demográfica brasileira, por sexo, no período de 1950- 2050.



Fonte: IBGE (2008)

Fonte: IBGE (2018).

Retratando-se o cenário da população idosa, no estado do Ceará e em sua capital, segundo dados do DATASUS(2018), constata-se que representa cerca de 11,13% (945.316) do total de cearenses, sendo destes 5% (424.446) do sexo masculino e 6,13% (520.870) do sexo feminino. Já na capital Fortaleza, a população com 60 anos e mais representa, cerca de 9,6% (257.715) do total de fortalezenses, distribuídos em ambos os sexos, com 3,7% (97.932) de homens e 5,9% (159.783) de mulheres.

A nova configuração social brasileira é permeada pelo surgimento de várias demandas que precisam ser respeitadas e acolhidas pela sociedade como um todo, seja no tocante a acessibilidade (VAITSMAN; LOBATO, 2017), a locais e serviços; na programação cultural voltada ao público idoso, ou nas novas organizações e responsabilidades das famílias (QUELUZ *et al.*, 2017), e instituições que acolhem este público (SILVA *et. al*, 2018).

As políticas públicas, que tratam da população idosa e de seu envelhecimento saudável, em todos os níveis de governo, propõem respostas intersetoriais para tais demandas, através de estratégias e planos de ação. Tais políticas devem estabelecer compromissos claros, linhas de responsabilidade e orçamentos adequados, além de especificar mecanismos para a coordenação, monitoramento, avaliação e relatórios entre os setores envolvidos (OMS, 2015).

A participação da população idosa no desenvolvimento e avaliação destas políticas é primordial para facilitar as análises quanto a sua eficácia, evitando lacunas, que possam gerar consequências danosas para os sistemas e serviços que lhes assistem (OMS, 2015).

Visando proporcionar condições de alongar o máximo possível à independência e autonomia das pessoas idosas, as políticas tentam garantir uma trajetória positiva de envelhecimento, considerando os múltiplos aspectos que o afeta (BRASIL, 2017). As mudanças sociais e tecnológicas, que vêm acompanhando o envelhecimento da população, devem, também, nortear estas políticas para que os modelos sociais de envelhecimento sejam inovados (OMS, 2015).

O histórico das políticas públicas de saúde voltadas aos idosos já se inicia com as conquistas trazidas pela Constituição de 1988, que no seu artigo 196, trata a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo

medidas políticas, sociais e econômicas, através do Sistema Único de Saúde (SUS), que garantam o acesso universal, integral e equânime às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Posteriormente, algumas políticas específicas foram elaboradas, objetivando: a) assegurar a integralidade necessária ao cuidado do idoso; b) ressignificar a cultura que associa, inevitavelmente, a pessoa idosa à incapacidade e à dependência; e c) a participação efetiva dos idosos na sociedade. Dentre estas, a Política Nacional do Idoso, em 1994, através da lei orgânica 8.842/94; a Política Nacional de Saúde do Idoso, em 1999, voltada aos planos e ações do Ministério da Saúde; a criação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, em 2002; o Estatuto do Idoso, através da lei 10.741, em 2003, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), de 2006, que adveio do Pacto pela Saúde/Pacto pela Vida, que reformulou a Política Nacional da Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2010).

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), grande marco da conquista de direitos desta população, garante-lhes todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando a preservação da saúde física e mental, bem como seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de plena liberdade e dignidade. Além disso, com absoluta prioridade, obriga as instituições familiares, sociais e ao Poder Público, a efetivação do acesso destas pessoas à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho e à cidadania. Dentre outras garantias, estão: os atendimentos preferenciais no sistema de saúde (privado ou público), a reserva de assentos em transportes públicos e de vagas nos estacionamento, e a exigência de que constem nos currículos mínimos dos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2003).

A multidimensionalidade do envelhecer impõe a criação de políticas em diversos setores da sociedade, que transponham barreiras limitantes à participação social das pessoas idosas, atendendo às suas diversas demandas. Mesmo considerando a importante influência da herança genética neste processo, devem-se considerar os aspectos ambientais e sociais inerentes a ele, sobre os quais as políticas podem e devem intervir (FILHO; GORZONI, 2008; OMS, 2015).

A família, o gênero e a etnia acabam por influir nas condições gerais dos idosos, sendo responsáveis, muitas vezes, pelas desigualdades sociais nesta faixa etária, o que, também, deve ser contemplado por estas políticas, garantindo condições equânimes, em todos os setores sociais, para que aqueles com as maiores necessidades e menores recursos, sejam os mais assistidos (OMS, 2015).

Dentre os setores sociais, o da saúde pública é um dos principais responsáveis pela qualidade com que viverão os idosos, pois através da prevenção e do controle dos declínios físicos e mentais, compensação de doenças crônicas e a prática de comportamentos saudáveis, pode-se assegurar dignidade e crescimento pessoal contínuo (OMS, 2015).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) norteia as diretrizes do setor no tocante a recuperação, manutenção e promoção da saúde, alcançada pela manutenção e/ou recuperação da autonomia e independência da pessoa idosa, já que considera a funcionalidade como indicador e referencial para a elaboração de ações integradas, dentro dos preceitos do SUS (BRASIL, 2017).

As ações de saúde abrangem um campo variado de profissões, incluindo a Odontologia que, segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, deve integrar suas intervenções às demais ações de saúde geral, assegurando a todos: integralidade biopsicossocial, inter-relação do âmbito particular com o coletivo, promoção e prevenção, bem como autonomia e independência (BRASIL, 2004).

A integralidade é alicerce na construção do cuidado, seja quando compreendida sob a visão holística do ser humano biopsicossocial ou quando na perspectiva da articulação de ações assistenciais clínicas e de promoção à saúde. A operacionalização, em proposições práticas, destaca o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como principal porta de entrada do sistema, especialmente estruturada através da Estratégia Saúde da Família (ESF) que, mesmo com os avanços já conquistados, ainda procura superar a predominância da perspectiva biomédica (MEDEIROS *et al.*, 2017).

A assistência clínica demanda diversas articulações intersetoriais local e/ou regional para que seja efetivada na concepção atual de saúde, na qual as morbidades são entendidas sob os contextos socioeconômico, familiar,

comunitário e cultural. Ademais, as pactuações e o direcionamento dos fluxos clínicos, para a população idosa, devem ser respaldados pelas avaliações multidimensionais, pelos dados territoriais e pelas políticas setoriais, a depender do nível de complexidade da assistência necessária (BRASIL, 2017).

As intervenções clínicas odontológicas, permeadas pela concepção do envelhecimento saudável, atuam sobre a prevenção de agravos e nos tratamentos de doenças orais estabelecidas, visando preservar a capacidade funcional da pessoa idosa. Algumas alterações podem ter sua gênese na cavidade oral e prejudicar a capacidade funcional individual, como a dificuldade de fala e deglutição agravadas pela falta de unidades dentárias, ou o isolamento social, causado por uma estética dental deficitária (FILHO; KIKUCHI, 2011).

As intervenções clínicas em saúde, dentro da ESF, devem ser pactuadas pelos gestores e profissionais da saúde que planejam e constroem ações, de forma dialógica, estabelecendo fluxos de atendimentos. A consciência sanitária deve respaldar tais pactuações, pois permite identificar e reconhecer os aspectos que determinam um dado estado de saúde, bem como os recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação (BRASIL, 2004, 2017).

A promoção da saúde, presente em todo o caminho do cuidado, inclusive na assistência clínica médica e odontológica, se propõe a empoderar os indivíduos como corresponsáveis pela própria saúde, objetivando a vitalidade orgânico-psíquica e a preservação das capacidades. Utilizando-se de tecnologias sanitárias e de cuidado, dentro de uma relação inter e multidisciplinar, a promoção da saúde é capaz de transformar as relações sociais e garantir o bem-estar físico, mental e social (PILGER *et al.*, 2015).

Destina-se à população em geral e realiza-se através de ações de prevenção, controle e reabilitação em saúde, intervindo nos determinantes sociais que agem na vida das pessoas e causam desequilíbrios nos processos saúde/doença, fazendo, assim, com que a promoção da saúde resulte numa melhor perspectiva de vida (FILHO; KIKUCHI, 2011; PILGER *et al.*, 2015). Segundo os mesmos autores, há cinco áreas principais de intervenção, dentro da promoção da saúde: a) livre acesso à saúde; b) melhoramento dos ambientes de convivência; c) redes sociais de apoio fortalecidas; d) estímulo e

promoção de estilos de vida mais saudáveis; e e) troca de conhecimentos e aquisição de informações novas sobre a saúde.

Dentro das redes sociais de apoio, alguns espaços funcionam como suportes sociais, especialmente no tocante ao idoso, como os grupos de idosos, que facilitam o acesso às ações de saúde, propiciam convivência e estimulam estilos de vida saudáveis.

Os grupos não se enquadram nos métodos científicos analítico/reducionistas da saúde, relativamente bem sucedidos na biologia humana, mas que pouco auxilia na compreensão da pessoa como um todo. Possui uma proposta desmedicalizante do cuidado na APS, com especial impacto na saúde mental de seus participantes. Porém, não se pretende substituto da assistência clínica longitudinal, mas, sim, um meio complementar de alcançar a saúde integral (NORMAN; TESSER, 2015).

A relevância deste tema tem efeito quando se considera a importância do espaço grupal como meio de cuidado em saúde para a população idosa, cada vez mais predominante e longeva em nossa sociedade, mas constata-se a inexistência de dados demográficos e de saúde, geral e bucal, que possam caracterizar seus participantes, e ajudar no planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades grupais.

As indagações que nortearam este estudo foram: Quais as características sócio-econômicas dos idosos, que participam dos grupos, ligados à ESF, no sistema de saúde de Fortaleza?; Qual o perfil de saúde geral destes idosos e sua relação com a ESF?; Qual o perfil e suas principais necessidades em saúde bucal? Como se organizam os grupos de idosos, ligados na ESF do município? Quem são e qual a capacitação técnica dos coordenadores de grupos? Qual o impacto das atividades grupais na saúde de seus participantes?

Os resultados desta pesquisa poderão subsidiar dados que redimensionem políticas públicas, voltadas à saúde daqueles com 60 anos e mais, especialmente à saúde bucal, ressignificando os espaços grupais para idosos, dentro da Estratégia de Saúde da Família.

1.1 Objetivo geral

Conhecer o perfil sócio demográfico e de saúde bucal dos idosos participantes de grupos que integram as Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS, do sistema de saúde do município de Fortaleza.

1.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sócio demográfico e de saúde bucal dos idosos participantes de grupos que integram as Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS.

Apresentar os principais elementos que estruturam os grupos de idosos na Estratégia Saúde da Família, do município de Fortaleza.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento é uma experiência heterogênea, na qual cada indivíduo será reflexo de seus padrões, desejos e princípios, não sendo possível que ninguém repita o envelhecimento do outro, mesmo quando comparado com pais e avós. As experiências e vivências dos antepassados podem influenciar, mas as condições objetivas, os valores sociais, as expectativas e as soluções possíveis para cada um, mudam com o passar das gerações (FREITAS *et al.*, 2013).

O processo de envelhecer apresenta inúmeras possibilidades de resultado final, dependentes de diversos determinantes. Cada idoso necessitará de adaptações de acordo com suas necessidades e conveniências, estabelecendo uma concepção de qualidade de vida, que já é compreendida através da percepção que cada um tem acerca de sua posição, dentro de seu contexto cultural e de seus sistemas de valores, correlatos com seus objetivos e anseios (FREITAS *et al.*, 2013).

Sob o ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional é o resultado da manutenção, por um período de tempo razoavelmente longo, de taxas de crescimento da população idosa superiores às da população mais jovem. Isto implica uma mudança nos pesos dos diversos grupos etários no total da população. Ressalta-se que o processo do envelhecimento é muito mais amplo do que essa modificação etária, pois acaba por alterar estruturas familiares, políticas e de distribuição de recursos (FREITAS *et al.*, 2013).

Determinantes demográficos acabam por influenciar o envelhecimento saudável, como idade, sexo, etnia, escolaridade, estado civil, situação socioeconômica e familiar (FILHO; NETTO, 2006).

O limite da idade que determina o início do envelhecimento é amplamente discutível, podendo ser compreendido como cronológico, biológico, funcional, psicológico e social. A idade cronológica, muito usada nos trabalhos científicos e em políticas governamentais, estabelece, no Brasil, os 65 anos como limítrofe entre a fase adulta e o início do envelhecimento (FREITAS *et al.*, 2013).

A idade biológica mostra-se mais complexa em sua definição, já que inexitem marcadores biofisiológicos, precisos e confiáveis, capazes de

mensurar com exatidão o início do processo de envelhecimento. Este pode ser entendido como iniciado logo após a concepção, apenas ao final da terceira década de vida, ou somente próximo do final da existência do indivíduo, mas as condições deste processo precisam ser identificadas, como resultantes da senescência ou da senilidade (FREITAS *et al.*, 2013).

Senescência corresponde ao fenômeno normal, dinâmico e progressivo do envelhecimento, envolvendo as alterações físicas, sociais e psicológicas, que são próprias do avançar da idade, tornando o indivíduo mais vulnerável. Enquanto que senilidade é relacionada ao envelhecimento patológico, resultante das morbidades e dos maus hábitos que, quase sempre, acompanham a incapacidade para a vida diária (FILHO; GORZONI, 2008; FILHO; KIKUCHI, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2017).

A idade funcional possui estreita relação com a idade biológica, e relaciona-se com o grau de conservação do nível da capacidade adaptativa. Em populações carentes, com destaque para aquelas de países em desenvolvimento, a idade funcional, geralmente, precede a idade cronológica quando comparadas, devido às precárias condições em que vivem os idosos (FREITAS *et al.*, 2013).

A idade psicológica baseia-se na relação entre a idade cronológica e as capacidades de percepção, aprendizagem e memória. Correlaciona-se com a subjetividade de cada idoso, sendo resultado da análise que o indivíduo faz de si e da comparação com outros indivíduos da mesma idade, levando em consideração os marcadores biológicos, sociais e psicológicos. Quando os idosos percebem suas idades psicológicas menores que suas idades cronológicas, geralmente, preservam autoestima e boa imagem social (FREITAS *et al.*, 2013).

A idade social pode ser expressa pela capacidade do idoso em adequar-se a comportamentos estabelecidos por preceitos e convenções sociais seguidas pelos indivíduos de sua faixa etária e, através dos quais, exercem seus papéis sociais (FREITAS *et al.*, 2013).

O envelhecimento guarda especificações distintas para ambos os gêneros, pois mesmo que homens e mulheres apresentem condições etárias e tempo geracional semelhantes, devem manifestar representações distintas para esta fase da vida. Ao longo dos anos, posições sociais foram sendo

alteradas, a começar pela inserção feminina no mercado de trabalho, marcadamente dominado pelos homens durante a história, sem que, entretanto, tenham deixado de absorver, também, as funções domésticas. Esta mudança alcançou, por conseguinte, a velhice das mulheres (FREITAS *et al.*, 2006).

A entrada das mulheres no mercado de trabalho acabou por modificar alguns de seus papéis junto à família, como o de cuidadoras exclusivas das crianças e dos parentes mais velhos, e ainda acarretou perdas, como um menor acesso aos serviços de saúde, maior exposição à abusos e doenças (OMS, 2015).

O sistema de saúde, por sua vez, oferece uma gama de programas que assistem, com maior integralidade, as mulheres do que aos homens, apesar de suas muitas demandas, como maior exposição à violência, acidentes, tabagismo e etilismo, bem como a necessidade de prevenção de neoplasias, como as da próstata. Assim, mesmo com a redução do acesso ao serviço de saúde, por ocasião do trabalho, ainda é maior a frequência das mulheres nestes serviços, quando comparadas aos homens, potencializando as oportunidades de diagnóstico precoce de diversas doenças, como diabetes, hipertensão e câncer de colo uterino (FILHO; KIKUCHI, 2011; OMS, 2015).

A expectativa de vida é maior para as mulheres que, contraditoriamente, possuem uma porcentagem menor de anos vividos sem incapacidades e doenças crônicas, quando comparadas com os homens. Entretanto, esta estimativa modifica-se, passando a ter um efeito positivo, se a mulher possuir boas condições financeiras (FILHO; KIKUCHI, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2017).

O nível de escolaridade do idoso brasileiro é considerado baixo, com índices elevados de analfabetismo, ainda nos dias de hoje. A baixa escolaridade é mais expressiva entre as mulheres, que, à época de sua juventude, pouco tinham acesso à educação formal, pois assumiam, ainda muito jovens, o papel exclusivo de dona de casa, e assim permaneciam até a velhice. Tal fato vem sofrendo modificação ao longo do tempo, o que beneficiará as gerações futuras (FILHO; KIKUCHI, 2011).

A transição demográfica ocorre de forma desigual entre diferentes classes sociais, determinando a heterogeneidade dos padrões de adoecimento,

dependência e morte. Fatores como a dependência funcional ou incapacidade acabam por influir em diversos aspectos da estrutura familiar, dentre eles o financeiro, pois muitos idosos representam o aporte financeiro para esposa, filhos e netos, que, ainda, se beneficiam pela coresidência na casa dos pais e avós (OMS, 2015).

Ademais, o envelhecimento, associado à incapacidade ou não, acarreta acréscimo às despesas familiares, com medicamentos, insumos, consultas e tratamentos de saúde, cuidadores e/ou internações em instituições asilares (OMS, 2105).

O afastamento da vida produtiva, decorrente da aposentadoria, pode provocar uma queda no padrão de vida da pessoa idosa, e de sua família, pois, algumas vezes, os proventos previdenciários são inferiores aos do mercado de trabalho, ao que, ainda, soma-se o aumento das despesas listadas acima.

A estrutura familiar é base de diversas pesquisas e estudos sobre o envelhecer, pois é permeada por relacionamentos e sentimentos que influenciam diretamente este processo. O cuidado e o convívio familiar para o idoso devem ser privilegiados, em detrimento de instituições asilares ou de convivências sem vínculo consanguíneo (BRASIL, 2003).

As relações familiares proporcionam aos idosos, dentre outras coisas, o convívio com as demais gerações. Tal convívio, quando harmônico, permite uma troca de saberes entre jovens e idosos, no qual os mais jovens, contemporâneos de uma sociedade em constante transformação, podem apresentar, aos mais velhos, contextos culturais e tecnológicos modernos e, em contrapartida, receber valores e preceitos adquiridos pela experiência de uma vida longa (ONU, 2015).

As configurações familiares foram modificando-se ao longo das últimas décadas. Outrora, as famílias eram mais numerosas, moravam próximas e, muitas vezes, compartilhavam o mesmo trabalho, o que possibilitava um maior envolvimento de seus membros e o cuidado dos mais velhos pelos mais jovens. Com o passar do tempo, o número de membros foi reduzido e as relações foram recebendo novas configurações, nas quais o papel de cuidar passou a ser compartilhado entre jovens e idosos, tanto porque existem idosos cuidando de outros idosos, como pelo fato de os idosos

participarem, ativamente, do cuidado e educação de netos e bisnetos (FILHO & KIKUCHI, 2011).

Além das características sociodemográficas, a saúde é um aspecto primordial para o processo de envelhecimento bem sucedido. Por sofrer influências orgânicas, sociais, econômicas e culturais, a saúde da pessoa idosa é considerada multidimensional, sendo, preferencialmente, acompanhada por uma equipe interdisciplinar de profissionais, que possam avaliar e intervir sobre as dimensões clínicas, psicossociais e funcionais (FILHO; NETTO, 2006).

A dimensão clínica alcançará o histórico de saúde-doença do idoso e de seus antepassados, a presença de agravos agudos e/ou crônicos, as intervenções médicas/odontológicas pregressas, a quantidade/tipo de medicamentos utilizados, e a presença de deficiências ou incapacidades, assim como a investigação do dano ou lesão que as causaram. A anamnese ampla e individualizada, envolvendo familiares e cuidadores é indissociável do exame clínico médico tradicional (BRASIL, 2017).

A avaliação clínica odontológica é capaz de identificar variáveis biológicas que influenciam nos padrões de saúde geral e de funcionalidade da pessoa idosa. A saúde oral é estabelecida pela integridade de tecidos e órgãos da boca e é, especialmente, considerada pela capacidade de se manter uma dentição funcional no transcorrer da vida, seja natural ou reabilitada por peças protéticas, mas que garantam as funções mastigatórias, fonéticas e estéticas do indivíduo (FILHO; KIKUCHI, 2011).

Na dimensão psicossocial, são considerados aspectos intrínsecos, como a cognição, humor e comunicação, e aspectos extrínsecos, como a dinâmica familiar, suporte social e questões econômicas, culturais, ambientais, étnicas e de gênero, além da interrelação entre ambos estes aspectos (BRASIL, 2017).

Dentre os aspectos intrínsecos, a função cognitiva apresenta uma complexidade ímpar, pois é resultante não só de determinantes atuais, mas, também da influência da história do indivíduo. Grau de escolaridade, experiências laborais, presença de doenças crônicas e os hábitos de vida contribuem para o desenvolvimento e manutenção da cognição, ao longo dos anos (FILHO; NETTO, 2006; FILHO; KIKUCHI, 2011).

O declínio da função cognitiva compromete a autonomia do idoso e, em casos mais avançados, sua independência. Desnutrição, predominância do sexo feminino, baixo nível educacional, patologias e alterações genéticas são quadros, frequentemente, determinantes deste declínio (FILHO; NETTO, 2006; FILHO; KIKUCHI, 2011).

Vários fatores sinalizam o déficit de cognição, como dificuldades para: linguagem, comunicação, memória, praxia, abstração, organização, intelectualidade, capacidade visuo-espacial e de julgamento. Alguns meios diagnósticos podem ser usados para a investigação das alterações cognitivas, bem como para o acompanhamento da evolução clínica, após a implementação de medidas terapêuticas, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que avalia, dentre outros fatores, orientação, memória, atenção e cálculo (FILHO; NETTO, 2006; FILHO; KIKUCHI, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2017).

As relações humanas acabam por influenciar a cognição da pessoa idosa e são influenciadas por ela. Acontecimentos como a viuvez, a aposentadoria e a morte de amigos e familiares são responsáveis, muitas vezes, por alterações de seu estado psíquico e estilo de vida (FILHO; NETTO, 2006).

As condições orais da pessoa idosa também estão associadas com suas condições psíquicas e emocionais. Em seu estudo, Saintrain *et al.* (2013) detectaram que o desconforto na cavidade oral pode levar a sintomas de depressão. Por outro lado, as alterações cognitivas e psicológicas podem prejudicar a higiene oral e o cuidado com as próteses dentárias, seja pela falta de motivação ou mesmo pela dificuldade real de realizar os movimentos de escovação, ficando os idosos dependentes do auxílio de terceiros, geralmente do cuidador, sob a orientação do cirurgião-dentista. A negligência com a saúde bucal pode acarretar diversos problemas a saúde do idoso, inclusive de ordem nutricional (ALMEIDA *et al.*, 2017).

O estímulo intelectual contínuo, desde a infância, ajuda a preservar as células cerebrais, e, por conseguinte, a capacidade de memória e a maior rapidez de raciocínio, diminuindo o efeito das alterações anatomofisiológicas sobre as funções cognitivas (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Sintomas como tristeza, cansaço e até algumas dores podem ser menosprezados pelos profissionais da saúde, e até mesmo pelo próprio idoso,

sendo taxados normais, dentro do processo natural do envelhecimento, mas podem sinalizar quadros psicológicos alterados e, se não cuidados, podem comprometer, significativamente, o plano de tratamento como um todo (FILHO; NETTO, 2006).

A dimensão que trata da funcionalidade considera a capacidade do idoso para a realização das atividades de seu dia-a-dia, e se há necessidade de auxílio para estas atividades, parcial ou totalmente. Além da capacidade intrínseca, as instalações físicas de residências, instituições de acolhimento, espaços laborais e de convivência, devem ser analisadas, no intuito de identificar elementos impeditivos ou facilitadores, para o desempenho destas atividades (BRASIL, 2017).

O comprometimento da funcionalidade do idoso atinge sua capacidade para realizar atividades importantes, tanto de cunho pessoal como aquelas que envolvem relações sociais, a depender do grau desse déficit. As atividades a serem investigadas são aquelas que os idosos realizam em seu cotidiano, dentro do ambiente em que vivem (no domicílio ou fora dele), sendo chamadas Atividades de Vida Diária (AVD) (FILHO; NETTO, 2006).

As AVDs podem ser subdivididas em: a) Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), pelas quais administram a própria vida, como fazer compras, usar o telefone, tomar medicamentos (na hora e dose correta), sair sozinho de casa, utilizar transporte (público ou particular) e interagir com familiares e comunidade; e b) Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), caracterizadas pelos cuidados diários com o próprio corpo, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, ter controle esfinteriano e realizar a higiene bucal (BRASIL, 2017). Para Filho e Netto (2006), ainda existem as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), que mesmo não sendo consideradas essenciais para a manutenção da independência do idoso, refletem sua motivação para a manutenção de uma vida ativa, como andar de bicicleta, correr, tocar algum instrumento ou praticar esportes.

O processo de declínio funcional guarda certa hierarquia, pois, ao iniciar-se, acomete a realização das AIVDs, e, apenas com seu agravamento, chega a atingir a execução das ABVDs, pois quanto maior for a complexidade das atividades a serem realizadas, maior precisará ser a adequação dos sistemas funcionais que os regulam (BRASIL, 2017).

As dimensões clínica, psicossocial e funcional são indissociáveis dentro da avaliação multidimensional da pessoa idosa, variando apenas quanto aos componentes investigados (médicos/odontológicos, psicológicos e funcionais) e quanto às especialidades necessárias para cada caso, almejando o estabelecido de um cuidado integral e resolutivo.

O indicador mais relevante para a avaliação multidimensional, numa perspectiva de envelhecimento saudável, é a capacidade funcional. Este indicador fala muito mais diretamente do bem-estar da pessoa idosa do que a presença ou ausência de doenças. Assim, um idoso hipertenso, por exemplo, pode se considerar saudável se for capaz de realizar suas atividades de forma independente e autônoma (FILHO; NETTO, 2006; BRASIL, 2017).

As condições de saúde bucal, diagnosticadas na avaliação multidimensional, impactam na funcionalidade da pessoa idosa, como mostram os dados da última Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil-2010), na qual 46,4% dos brasileiros da região nordeste, na faixa etária de 65 a 74 anos, consideravam que precisam ter boas condições de saúde bucal para exercer atividades como comer (33,7%), falar (13,3%), sorrir (16,5%), estudar/trabalhar (5,1%), dormir (9,1%) e manter adequado seus estados emocionais e sociais (22,6%).

As ações de saúde podem ser planejadas e executadas a partir do grau de comprometimento da capacidade funcional contemplando, com maior eficácia e equidade, às necessidades gerais e específicas dos diferentes perfis, que podem ser identificados como: a) pessoas idosas independentes e autônomas; b) pessoas idosas com alguma limitação funcional; e c) pessoas idosas dependentes de terceiros (FILHO; NETTO, 2006; BRASIL, 2017).

Quando a capacidade funcional é considerada alta e estável, as ações de saúde visam manter a funcionalidade satisfatória, implementando intervenções de prevenção e controle das principais doenças crônicas (BRASIL, 2017).

As intervenções devem ser executadas através das ações de: programas de prevenção de agravos não transmissíveis (como diabetes e hipertensão) e transmissíveis (como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)); incentivo à alimentação saudável e à prática de atividades físicas; grupos de controle de fatores de risco (como tabagismo, bebidas alcoólicas e

outras drogas) e motivação à participação nas práticas de promoção de saúde e de socialização (BRASIL, 2017).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) podem ser disponibilizadas e incentivadas como recursos terapêuticos pelas UAPS, pois proporcionam bem estar físico e emocional, estimulam o autoconhecimento e a autonomia, favorecendo, conseqüentemente, a preservação da funcionalidade (BRASIL, 2017).

Na condição em que é diagnosticado algum comprometimento da capacidade funcional, com demonstrações de dificuldades para a realização independente das AVDs, todas as recomendações anteriores aplicam-se, entretanto, já não são suficientes sozinhas. Adaptações, supervisões e auxílio de terceiros começam a fazer parte da vida dos idosos, a partir de então, faz-se necessária uma avaliação do nível de comprometimento e a determinação do diagnóstico, objetivando a implementação das intervenções apropriadas, contribuindo para a diminuição, retardo ou reversão do quadro em curso (BRASIL, 2017).

A capacidade é considerada totalmente comprometida quando os idosos não conseguem realizar nenhuma atividade de sua vida diária, nem sequer parcialmente, sem o auxílio de terceiros, e apresentam perdas significativas de sua autonomia. Nestes casos, as intervenções, que são, geralmente, cuidados de longa duração, devem: gerenciar doenças crônicas avançadas, eliminar barreiras e compensar perdas de capacidade, permitindo uma vida digna (ONU, 2015).

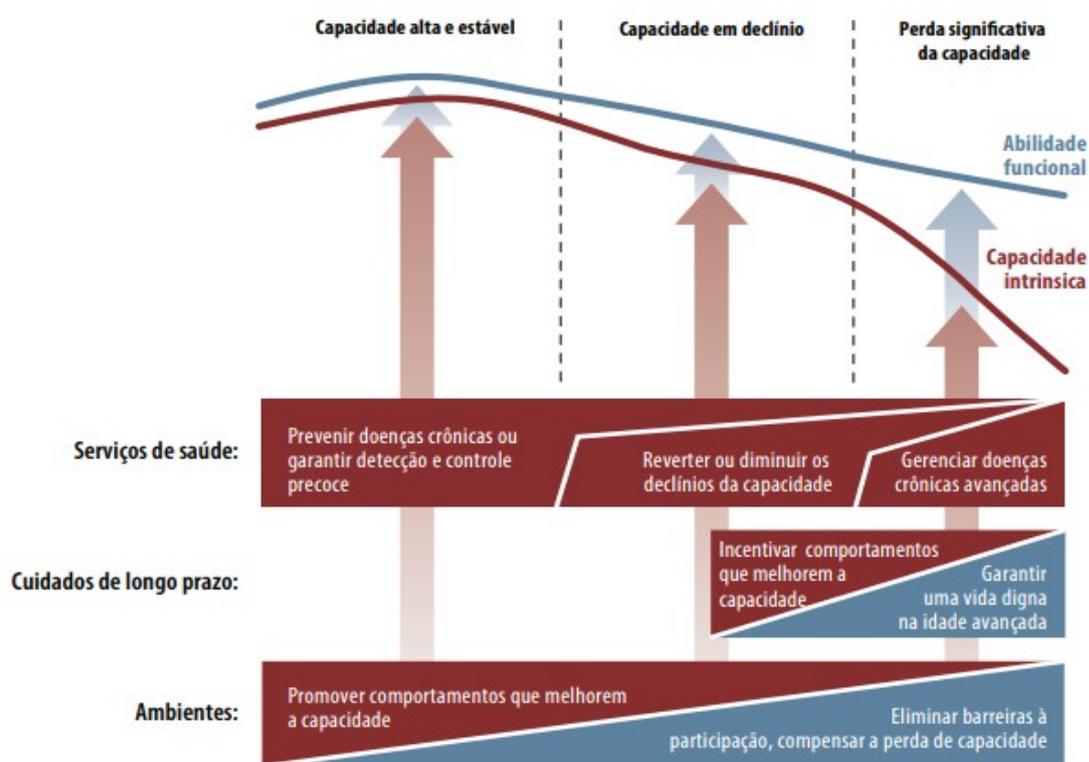
Em muitos destes casos de dependência total, faz-se necessária a assistência domiciliar compartilhada entre profissionais da saúde, cuidadores e familiares, na qual podem ser implementadas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde (FILHO; GORZONI, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2017). Tratamentos de reabilitação de fisioterapia, cuidados paliativos, intervenções odontológicas (pouco invasivas) e diversas terapias são exemplos de cuidados, que podem ser desenvolvidos no ambiente domiciliar (BRASIL, 2017).

Diagnosticado o declínio funcional, um cuidado oportuno e contínuo deve ser estabelecido, pois algumas condições, como quedas, infecções, descompensações de doenças crônicas gerais/bucais e o surgimento de

doenças agudas, podem afetar ou mesmo acelerar, de maneira irreversível, o declínio já iniciado (ALMEIDA *et al.*, 2017; BRASIL, 2017).

As principais síndromes geriátricas como incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e a insuficiência familiar são vistas como causas e conseqüências do comprometimento dos principais sistemas funcionais, além de serem preditoras de mortalidade, hospitalização e institucionalização em idosos (BRASIL, 2017).

Figura 2 - Quadro de saúde pública para o envelhecimento saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida.



Fonte: OMS (2015).

Num sentido mais amplo, essa estratificação possibilita a estruturação de políticas públicas e, numa visão mais específica, leva à identificação das condições e necessidades, que possibilitam o desenho de projetos terapêuticos específicos (BRASIL, 2017).

Alguns dos determinantes associados às condições de saúde, independência e autonomia dos idosos relacionam-se com hábitos de vida, através dos quais se podem aperfeiçoar ou prejudicar as capacidades

adaptativas dos organismos mais velhos. Dentre estes hábitos, destacam-se: realização de atividade física, tabagismo, etilismo e alimentação.

A prática de atividade física quando realizada de forma regular e em consonância com as possibilidades e preferências dos idosos trás benefícios: físicos, otimizando os sistemas orgânicos, como o ósseo, muscular, respiratório e cardiovascular; psicológicos, ao proporcionar sensação de bem estar, diminuição da ansiedade e da depressão; e sociais, pois quando realizado em grupos, por exemplo, ajuda a agregar e confraternizar as pessoas idosas (FILHO; NETTO, 2006).

O sedentarismo exacerba condições comuns às pessoas que envelhecem, como a perda de massa magra, aumento da massa gorda, diminuição da flexibilidade e déficit de componente ósseo, ao passo que a prática de exercício físico as minimiza e, em consequência, ajuda a prevenir e controlar doenças crônicas (FILHO; GORZONI, 2008). Dentre os benefícios fisiológicos desta prática, destacam-se: a redução da pressão arterial de repouso, aumento da sensibilidade das células à insulina, redução da gordura corporal e dos triglicerídeos, estímulo ao metabolismo de carboidrato, modulação imunológica, estímulo trófico musculoesquelético e melhora da estabilidade articular dinâmica (FILHO; GORZONI, 2008).

Sintomas como dor articular, vertigem, falta de equilíbrio, dispneia e deficiência visual podem limitar a prática de atividade física nos idosos, o que leva à recomendação de uma avaliação médica prévia ao seu início, bem como à escolha de exercícios de baixo impacto e alternância dos tipos de atividades. Preferencialmente, realizados sob supervisão profissional, os exercícios devem utilizar recursos na própria comunidade para serem executados (FILHO; KIKUCHI, 2011).

O tabagismo constitui-se num hábito nocivo independentemente da idade do fumante, tendo seus efeitos intensificados durante o envelhecimento. O tabaco altera algumas funções orgânicas, como quando aumenta a viscosidade sanguínea, a agregação plaquetária e a função adrenérgica, sendo corresponsável também por doenças como a bronquite crônica, o enfisema pulmonar e diversos tipos de cânceres, dentre estes o de pulmão e o de boca (FILHO; NETTO, 2006).

O idoso fumante é resistente a deixar este hábito, seja porque não acredita nos malefícios do fumo para a saúde, ou mesmo por ter vivenciado inúmeras tentativas frustradas de abandonar o vício, com seguidas recaídas. Entretanto, cabe aos profissionais da saúde à missão de expor os benefícios desta mudança de hábito, seja pela redução de morbidades ou pelo ganho na expectativa de vida (FILHO; KIKUCHI, 2011).

As campanhas públicas de combate ao fumo são dirigidas, com muito mais força, ao público jovem, alimentando a idéia de que a interrupção do tabagismo na velhice tem pouco valor. No entanto, os malefícios do fumo para os idosos são comprovados cientificamente, independente da forma como o realizam, seja através de cigarros, charutos, cachimbos, piteiras ou mesmo goma de tabaco (FILHO; GORZONI, 2008).

O idoso possui maior sensibilidade aos efeitos das bebidas alcoólicas quando comparados com pessoas mais jovens, aumentando a probabilidade de desenvolver doenças, como hepatopatias, encefalopatias, cardiopatias e cânceres na orofaringe (especialmente quando associado ao tabagismo), esôfago e fígado. Situações de vida, como aposentadoria, sedentarismo, perdas socioeconômicas e doenças crônicas contribuem para a incidência do etilismo na última fase da vida (FILHO; NETTO, 2006; FILHO; GORZONI, 2008).

Os hábitos alimentares dos idosos mantêm relação direta com seu grau de dependência, cognição, situação financeira, bem como com seu estado de saúde geral e bucal. As necessidades nutricionais variam com a idade, sexo, peso, presença de patologias e a realização de atividades físicas, além de sofrerem interferências culturais, regionais e religiosas (FILHO; NETTO, 2006).

Várias alterações como: dificuldade de deglutição; redução do apetite, relacionada a alterações visuais, auditivas, olfativas, gustativas e de tato; depressão; desordem digestiva; intercorrência orgânica, provocada por medicações; e dificuldades na mastigação, em decorrência do edentulismo e da xerostomia, acabam por interferir no processo de nutrição da pessoa idosa, dificultando a obtenção de nutrientes e calorias necessárias, para a manutenção de uma fisiologia saudável (FILHOS; NETTO, 2006; FILHO; GORZONI, 2008).

O estado nutricional do idoso é investigado na avaliação multidimensional, através da anamnese, exames físicos e complementares (imagem e laboratoriais), e das medidas antropométricas, dentre elas peso, altura e circunferências. Tanto a obesidade como a desnutrição colocam o idoso sob risco de declínio funcional, morbidades crônicas (como diabetes e hipertensão) e mortalidade (FILHO; KIKUCHI, 2011).

Há uma relação entre a capacidade mastigatória e o estado nutricional do idoso, a começar pelo fato de que a presença e o estado dos dentes naturais, assim como o uso e as condições das próteses dentárias, interferem na escolha dos tipos e consistências dos alimentos, bem como na qualidade da formação do bolo alimentar. Em consequência, a capacidade mastigatória acaba por determinar a eficiência do processo digestivo, responsável pela absorção de nutrientes e pela estabilidade do índice de massa corporal (FILHO; KIKUCHI, 2011).

A dificuldade para se alimentar, mensurada em um grau intenso ou muito intenso, decorre, dentre outros fatores, de problemas dentais e/ou com próteses dentárias, incidindo, especialmente, nas mulheres, na etnia negra, naqueles com pouca ou nenhuma escolaridade, e entre o grupo etário de 60 anos e mais (IBGE, 2014).

Apesar do reconhecimento da influência de todos estes fatores sobre o envelhecimento, e dos avanços conseguidos pelas diretrizes já publicadas, que definiram seus determinantes e seu espectro de ação, muitos desafios ainda permanecem para a sociedade. A invisibilidade para as questões do idoso, especialmente na área da saúde, leva às perdas de oportunidades para intervenções sociais, sanitárias e políticas, que possam beneficiá-los.

A saúde é produzida pelo entrelace de vários sistemas, incluindo o que a coordena, mas que sozinho, apesar de valioso, mostra-se específico e limitado em seu campo de ação. Por conseguinte, outros setores da sociedade como o da educação formal, da distribuição da riqueza, da democracia, do trabalho, do saneamento básico e da moradia digna, conjuntamente, são corresponsáveis pela promoção da saúde (NORMAN; TESSER, 2015).

Ademais, pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) também deveria ser assegurado pelo sistema de saúde: atendimento ambulatorial geriátrico e

gerontológico; criação de unidades geriátricas de referência; atendimento domiciliar, incluindo internação, tanto em residências como em instituições asilares; fornecimento gratuito de medicamentos e recursos, como próteses e órteses; o direito a acompanhante, quando internado ou em observação; e a oportunidade, dada ao próprio idoso, ou a seus curadores, de optar pelo tratamento de saúde que lhe for mais favorável (BRASIL, 2003).

A transição demográfica – epidemiológica brasileira vem demandando um redesenho nos serviços de saúde voltados ao cuidado dos idosos, baseado nas inovações tecnológicas aplicadas à saúde e nas novas expectativas sociais, em relação ao bem-estar vital. Dado o caráter de país em desenvolvimento, este fenômeno de transição ocorre, no Brasil, em um cenário desafiante, marcado por grandes desigualdades sociais e econômicas, em que predomina, historicamente, o processo de trabalho alicerçado no modelo biomédico e organizado por demanda espontânea (SILVA *et al.*, 2015; CASTRO *et al.*, 2018).

O desafio ora colocado é permeado por diversos aspectos, como a superposição entre as morbidades crônico-degenerativas e àquelas agudas e/ou transmissíveis, promovendo uma transição epidemiológica prolongada, na qual a morbimortalidade persiste elevada, para ambos os padrões de adoecimento. Adicionalmente, destacam-se as causas externas, como acidentes e violências, cada vez mais frequentes. Esse cenário epidemiológico produz um quadro de grande complexidade, permeado por diversas singularidades (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Para o planejamento em saúde do idoso, pautado nas especificidades epidemiológicas, alguns aspectos possuem grande relevância, como: articular as ações, preferencialmente, de forma multi e interdisciplinar; identificar os perfis dos idosos, quanto ao nível de capacidade funcional; investigar todas as possibilidades de assistência de determinado serviço, e aperfeiçoar a capacidade estrutural e de recursos humanos já instalados. A atenção à saúde, quando planejada sob o enfoque da integralidade, proporciona momentos de compartilhamento de saberes e informações, visando empoderar o idoso para as práticas de autocuidado (FILHO; KIKUCHI, 2011; OMS, 2015).

A atenção à saúde bucal é parte essencial de qualquer plano de cuidado para a pessoa idosa, pois a integralidade do sistema oral é responsável, também, pela preservação das condições clínicas, psicológicas e funcionais, influenciando na saúde geral, e afetando, por sua vez, a autoestima, a comunicação e convívio social. As intervenções odontológicas, clínicas e/ou coletivas, visam à manutenção de funções orgânicas, como a mastigação e o processo digestivo; fisiológicas, como a fonação; e estético-funcionais, através dos procedimentos clínicos e da reabilitação protética (VASCONCELOS *et al.*, 2018).

A percepção das pessoas idosas sobre o tratamento odontológico, antes baseado apenas em exodontia e instalação de próteses, passa a ter aspirações mais conservadoras e estéticas. Tal mudança de panorama deve-se ao fato de que, apesar de ainda ser alta a prevalência de idosos edêntulos, o perfil de saúde bucal vem sofrendo modificações ao longo das últimas décadas e, cada vez mais, as pessoas chegam até idades mais avançadas com seus dentes naturais presentes (KREVE; ANZOLIN, 2016).

A porta de entrada, para todo esse sistema de saúde, é a Atenção Primária (AP), que desde meados da década de 1990 tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sua principal forma estrutural. Inspirada em experiências internacionais de sistemas de atenção primária e nas propostas da Conferência de Alma Ata (1978), a ESF almeja consolidar os princípios do SUS, garantindo acesso universal, participação popular, atenção à família, cuidado continuado, integral e coordenado, além de promoção e prevenção à saúde (SILVA *et al.*, 2015; NORMAN; TESSER, 2015).

A atenção primária é realizada pelas equipes da ESF, compostas por médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pela Equipe de Saúde Bucal (ESB), com cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal, sendo apoiadas pelos Núcleos Ampliados de Saúde da Família – Atenção Básica (NASF-AB), compostos por profissionais das áreas da nutrição, psicologia, fisioterapia, assistência social e da educação física, configurando uma assistência multi e interdisciplinar. Estes profissionais atuam em territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade sanitária pela população adstrita (SILVA *et al.*, 2013; COSTA; CARBONE, 2009; FARIAS *et al.*, 2018; BRASIL, 2017).

Compete às equipes da atenção básica, por meio da avaliação multidimensional, a detecção das necessidades psicossociais e físicas dos idosos, para que seja possível definir a melhor e mais resolutiva forma de atenção a ser implementada. As consultas clínicas, médicas e odontológicas realizadas na AP, conseguem dar boa resolutividade a diversas demandas, mas precisam do suporte de outros serviços, com graus diferentes de complexidade, aonde são organizados fluxos e contra fluxos, definindo funções e competências de cada nível. Porém, a responsabilidade sobre a saúde do indivíduo sempre será da AP, seja em que nível da atenção ele se encontre (BRASIL, 2017).

A atenção domiciliar, no âmbito da AP, caracteriza-se como outra forma de cuidado, oportunizando qualidade e especificidade na assistência, para aqueles com necessidades específicas. O ambiente doméstico favorece o reconhecimento do idoso sob várias dimensões (biológica e social), bem como os laços afetivos que permeiam suas relações. A atuação da ESB, dentro dos domicílios, pode ter caráter preventivo e/ou intervencionista, sendo determinada pelos riscos e problemas instalados na cavidade oral (BRASIL, 2004; ALMEIDA *et al.*, 2017; MEDEIROS *et al.*, 2017).

A ESF atua buscando o equilíbrio entre a prevenção de agravos, a promoção da saúde e o tratamento do adoecer, mas enfrenta entraves operacionais, como a escassez de diretrizes claras na sua organização e a persistência da visão centrada na doença, por parte de alguns profissionais. Ainda que com dificuldades, experiências exitosas não são raras na ESF, tanto em âmbito individual como coletivo, aonde o processo de trabalho consegue ser norteado pelo cuidado integral, longitudinal e voltado às necessidades das pessoas (NORMAN; TESSER, 2015; MEDEIROS *et al.*, 2017; CASTRO *et al.*, 2018).

A assistência à população idosa, dentro da ESF, ainda encontra barreiras para o pleno desenvolvimento de um cuidado orientado pelo conceito do envelhecimento saudável, pois seu caráter multidimensional, muitas vezes, não é contemplado totalmente no espaço da atenção primária, tanto pela deficiente capacitação profissional, como pela necessidade de uma atenção que demanda diferentes níveis de complexidade de assistência, o que exige a estruturação de uma rede de atenção à saúde da pessoa idosa.

A assistência clínica, em rede, trás a característica da interdisciplinaridade ao cuidado do idoso, referida anteriormente, mas, nem sempre, garante a multidimensionalidade de forma completa. A sistematização de informações sobre os idosos e suas características (demográficas, físicas, psicológicas e funcionais) auxilia na definição dos perfis desses idosos e na coordenação interligada de cuidado, dentro da rede de atenção. A conexão entre os diversos níveis de complexidade dá-se tanto pelos encaminhamentos de consultas e exames, como através das relações humanas. Neste contexto, são estabelecidos vínculos, afetividade e confiança entre os idosos e os profissionais da saúde, que passam a ser referência para o cuidado destas pessoas (BRASIL, 2017).

O entendimento das redes de atenção, não só como conceito metodológico de intervenção, mas, também, associado aos indivíduos, suas relações humanas e posições sociais, acaba por classificar as redes como formais e informais. As redes informais são constituídas por familiares, vizinhos e amigos, e as formais, representadas pelas instituições públicas e seus profissionais. Apoiando-se e em atuação conjunta, ambas buscam a integralidade do cuidado do idoso (FILHO; GORZONI, 2008; BRASIL, 2014).

A rede informal pode oferecer aporte instrumental, emocional e/ou financeiro ao idoso, por meio de recursos encontrados na própria comunidade. Este suporte social beneficia o desenvolvimento do envelhecimento saudável, tendo seu potencial de ação vinculado à quantidade e qualidade das relações humanas que o cercam. Sua perda pode estar diretamente ligada às alterações da frequência cardíaca, descompensação do sistema imunológico e elevação da mortalidade, com magnitude tão significativa quanto a observada para o tabagismo, por exemplo (FILHO; GORZONI, 2008).

O vínculo, a escuta qualificada e a manutenção ou resgate da autonomia constituem-se pilares da assistência em rede. Escutar vai além do ato de ouvir, pois envolve entender o sentimento compartilhado e permite a expressão de desejos, alegrias e tribulações, estabelecendo vínculo e respeito entre os idosos, e entre estes e os profissionais (AMTHAUER; FALK, 2017).

As abordagens em rede não devem ser construídas por ações engessadas, exclusivamente, direcionadas às multimorbidades apresentadas pelos idosos e, muitas vezes, prescritas indiscriminadamente a todos aqueles

que as apresentarem, desconsiderando-se as características psicossociais de cada um. Ao contrário, a assistência em rede deve comprometer-se na construção de uma linha de cuidado, aonde a hierarquia das ações seja ditada pelas necessidades e prioridades de cada idoso (FILHO; NETTO, 2006; MEDEIROS *et al.*, 2017).

A promoção da saúde é permeada em todos os cuidados ofertados pelas redes (formais e informais), seja nas ações de educação em saúde ou inserida nas propostas terapêuticas. A promoção dá-se através de informações, orientações e intervenções, que alcancem as peculiaridades de cada indivíduo, já que o processo de envelhecimento não é comum a todos. Diversos espaços sociais acolhem a promoção da saúde fomentando o envelhecimento saudável, como os grupos de idosos (FILHO; KIKUCHI, 2011).

Os grupos de idosos surgem como alternativa para o cuidado em saúde, ao proporcionarem inserção social, apreciação do idoso em relação a si mesmo e sua família, qualidade de vida e o reconhecimento como pessoa. Atuando como um suporte social, o grupo auxilia na conscientização sobre a importância do autocuidado e da coexistência com outras pessoas da mesma faixa etária, que, geralmente, experimentam o processo saúde-doença semelhante, facilitando a troca de experiências e o compartilhamento de conhecimento (AMTHAUER; FALK, 2017).

Autores clássicos (LIMA, 1979; PICHON-RIVIERE, 2000; ROGERS 1951; 1970; 1978; 2002; ZIMERMAN; OSORIO, 1997) advogam, em seus escritos que, desde os primórdios da história da humanidade, o ser humano mostra uma tendência em agrupar-se, geralmente, na busca de um ideal ou objetivo comum. Na modernidade, as tendências para o agrupamento, nas diversas formas de organização, são crescentes, não podendo ser diferente na saúde do idoso.

O planejamento de um grupo exige a estruturação de um projeto que defina as abordagens metodológicas e objetivos grupais, bem como de uma logística que trate da clientela, coordenação, espaço físico, frequência e duração dos encontros. Os grupos de idosos, em especial, podem ser organizados por redes informais, entre familiares, amigos, vizinhos, e por redes formais (SOUZA *et al.*, 2019).

Caracterizados como espaços de promoção da saúde e de integralidade, regem-se pelas necessidades de ordem física, psicossocial ou funcional dos idosos, ou mesmo pela intercessão entre uma ou mais destas necessidades, mostrando-se como cenário de reflexão e prática do envelhecimento saudável (FILHO; GORZONI, 2008; ANJOS *et al.*, 2011; DUTRA; SANCHEZ, 2015; AMTHAUER & FALK, 2017).

A participação efetiva dos idosos na construção e evolução do grupo é de suma importância, pela oportunidade de interação com os profissionais e com os outros participantes, pela troca de saberes e pelo entendimento de serem protagonistas desse processo, e não apenas meros receptores de informações de saúde (PILGER *et al.*, 2015).

Com recursos da própria comunidade ou através de parcerias com universidades, institutos de pesquisa, secretarias de saúde e serviços sociais, os grupos de idosos são espaços alternativos de saúde, que integram participantes e profissionais. O resgate e/ou manutenção da autonomia está no cerne das atividades grupais com idosos, independentemente do propósito principal que motivou a formação do grupo (PILGER *et al.*, 2015).

A educação em saúde desenvolvida nos grupos de idosos pauta-se no compartilhamento de saberes, de experiências de vida e de informações entre os participantes e os profissionais (CASTRO *et al.*, 2018). A atuação multiprofissional, sob uma perspectiva de educação continuada, deve ser priorizada por facilitar a apropriação dos determinantes de saúde e por ajudar a desenvolver/fortalecer as habilidades cognitivas, físicas, emocionais e sociais dos participantes (PILGER *et al.*, 2015).

Os autores Filho e Gorzoni (2008) também defendem a participação de múltiplas áreas do saber neste cuidado grupal, com diferentes formas de atuação, mas que possam agir em conjunto sem que se instale, obrigatoriamente, uma hierarquia de ações, o que conceituam como *Descentralização Integrada* no Cuidado. Ademais, a pluralidade de profissionais possibilita diferentes interpretações de um mesmo caso, o que, frequentemente, amplia o leque de opção para solucioná-lo.

A Política Nacional de Saúde Bucal (2004) estabelece que as ações de educação em saúde oral devem acontecer no âmbito da unidade de saúde, domicílios, escolas, creches e outros espaços sociais, como os grupos. Nestes,

os profissionais apropriam-se do processo de saúde-doença, conseguindo identificar os fatores de risco e os de proteção para a saúde bucal. Desta maneira, proporcionam ao idoso a oportunidade de mudar hábitos e conquistar/manter sua autonomia, especialmente no tocante à alimentação, manutenção da higiene e autocuidado do corpo (BRASIL, 2004).

Embora haja um vasto campo de possibilidades para as ações em saúde bucal, dentro das experiências grupais, em especial com os idosos, a participação dos profissionais da área ainda acontece de modo pontual e esporádico.

Diversos benefícios da abordagem, com grupos, podem ser citados, como: economia de tempo e energia; congregação de pessoas em situações semelhantes; troca de experiências de valor terapêutico; facilitação da quebra de barreiras, como a solidão e o isolamento; e promoção da empatia entre os membros quando experimentam as mesmas situações de vida (SOUZA *et al.*, 2019).

Existe uma vasta possibilidade para a estruturação grupal, podendo ser formados grupos de: sala de espera, suporte/apoio social, reflexão, oficinas, Gestalt 'terapia, arte-terapia, terapia, psicoterapia ou autoajuda (SOUZA *et al.*, 2019).

Segundo Souza *et al.* (2019), as necessidades de um indivíduo que ingressa em uma atividade grupal, perpassam pelas fases: inclusão, controle e afeição. Inicialmente, o indivíduo almeja ser recepcionado e acolhido pelos demais participantes e pelos profissionais (inclusão) e, com o passar do tempo, busca uma função para si, dentro da estrutura e atividades desenvolvidas (controle), para, finalmente, conquistar apreço e valorização (afeição).

Desta forma, os grupos de idosos proporcionam vivências alicerçadas no entendimento, cooperação e aceitação entre seus membros. Desta interação nasce a identidade grupal e o sentimento de pertencimento para cada idoso, inseridos em laços de amizade e afeto (ALMEIDA *et al.*, 2017).

O papel do coordenador de grupo, que pode ser exercido por profissionais de diversas categorias profissionais, atribui-lhe a função de porta-voz, tanto da equipe como dos idosos participantes, e a de gestor da logística administrativa do grupo. O cargo de coordenador não deve ser vitalício,

garantindo o rodízio entre todos os profissionais da equipe multidisciplinar ,atuante no grupo, que assim o desejarem (FILHO; GORZONI, 2008).

Os idosos participantes de grupos da ESF, em sua grande maioria, são pessoas independentes, que possuem autonomia de forma plena ou parcial, e que visualizam nas atividades grupais um suporte social para o enfrentamento de suas dificuldades cotidianas, como o isolamento social, morte de ente querido, violência ou a privação de direitos básicos. Os determinantes que, de alguma forma, afetam a saúde dos idosos são abordados pelas atividades grupais que são físicas, terapêuticas, sociais ou de entretenimento, sempre estimulando à adoção de um estilo de vida mais saudável (BRASIL, 2017; 2018).

O grupo de idoso, além de promover a saúde de seus integrantes, pode funcionar como meio de garantir um melhor acesso aos serviços médicos ou odontológicos, na AP. Os processos de trabalho organizados no intuito de priorizar o cuidado ao idoso, abolindo filas e trâmites burocráticos complexos, podem usar os grupos como uma forma de acesso, facilitado e equânime, ao serviço de saúde (BRASIL, 2004).

A saúde integral do idoso é um processo que envolve família, comunidade e o sistema de saúde, organizado em rede de atenção, como a exemplificada com os grupos de idosos. A visão multidimensional do envelhecer ocupa-se dos determinantes físicos, psicossociais e, de forma especial, de sua capacidade funcional, preservando ou recuperando independência e autonomia, ou seja, um envelhecimento saudável (OMS, 2015).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, em formato de levantamento epidemiológico, realizada através da observação, registro, análise e ordenamento dos dados coletados, sem qualquer manipulação destes (PRODANOV; FREITAS, 2013).

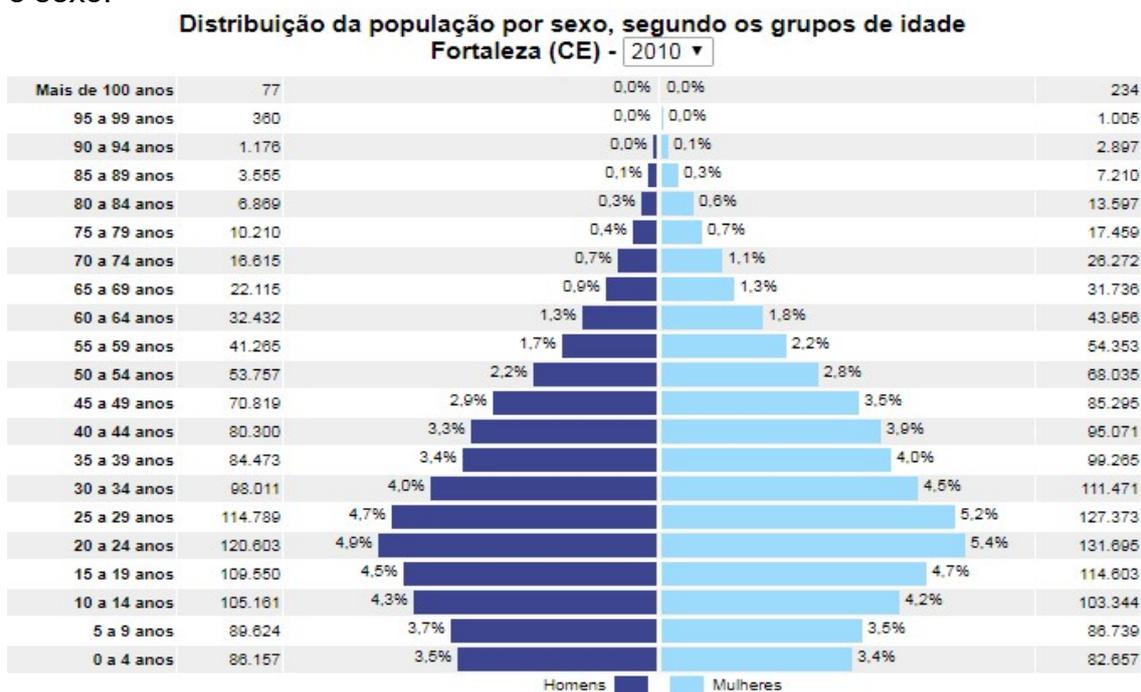
As pesquisas quantitativas são aquelas que se fundamentam nos paradigmas, que valorizam a objetividade, a aplicação de testes que comprovem a validade e fidedignidade dos resultados, além de primarem pelo controle científico. Esta abordagem pressupõe a existência de fatos sociais como uma realidade objetiva, independente das crenças individuais dos investigados (BASTOS; FERREIRA, 2016; DESLANDES *et al.*, 1994).

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, que está localizado no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 314,9 km². Limita-se ao norte com o Oceano Atlântico, a leste com os municípios de Aquiraz e Eusébio, ao sul com Maracanaú, Itaitinga e Pacatuba, e a oeste, com Caucaia (FORTALEZA, 2017).

A população total estimada do município de Fortaleza, para o ano de 2019, é de 2.669,342 habitantes, possuindo uma densidade populacional de 7.786 habitantes por km² (2010), e é considerada a quinta cidade mais populosa do Brasil (IBGE, 2019).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2018-2021), o município, nos últimos anos, vem acompanhando a tendência nacional de envelhecimento da população, possuindo, aproximadamente, 257.715 pessoas com 60 anos e mais, do total das 945.316 que vivem em todo o estado do Ceará (DATASUS, 2018).

Figura 3 - População residente no município de Fortaleza, por grupos de idade e sexo.



Fonte: DATASUS (2018).

Administrativamente, há uma divisão em 7 Secretarias Regionais – SR- (I, II, III, IV, V, VI e centro) de todo o município. Além disso, pode ser destacada a expressiva economia regional, com um Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde a quase metade do PIB do Ceará (48%), aparecendo ainda como o maior PIB entre as capitais do Nordeste e o 10º entre as do Brasil (FORTALEZA, 2017).

Em seu sistema de saúde municipal, Fortaleza conta com uma ampla estrutura que direciona suas demandas de acordo com o nível de atenção necessária. A rede hospitalar conta com hospitais de grande porte, como o Instituto Dr. José Frota, além de hospitais infantis, distritais (como o Gonzaguinha e os Frotinhas), maternidades, dentre outros. Além disso, possui Policlínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Células de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Unidades de Atenção Primária a Saúde (FORTALEZA, 2018).

A atenção primária, atualmente, contabiliza 113 UAPS, que oferecem atendimento médico, odontológico e de enfermagem, dentre outros

serviços como exames laboratoriais, dispensação de medicamentos e atividades voltadas para práticas de educação em saúde desenvolvidas, pelos profissionais deste setor, principalmente nas escolas e grupos, dentre estes, os de idosos (FORTALEZA, 2018).

A população deste estudo foi composta por idosos participantes de grupos vinculados às UAPS, bem como seus respectivos coordenadores. O procedimento inicial para a coleta de dados deu-se através de um levantamento sobre o quantitativo de grupos de idosos e seus participantes, junto à Coordenadoria de Saúde do Idoso, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); às Secretarias Regionais, nas 6 Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES), e junto aos responsáveis pelos grupos nas UAPS. Os dados foram obtidos por meio de documentos, ligações telefônicas e visitas *in loco*.

Após consolidar as informações colhidas, constatou-se que o município de Fortaleza, possui um quantitativo de, aproximadamente, 46 grupos de idosos, com cerca de 1.394 idosos participantes efetivos, distribuídos nas 6 CORES (QUADRO 1) .

Quadro 1 - Distribuição do Quantitativo de Grupos de Idosos, por Secretaria Regional, no município de Fortaleza.

SECRETARIA REGIONAL	I	II	III	IV	V	VI
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	Lineu Juca (1)	Aída Santos(1)	Anastácio Magalhães (1)	Luis Albuquerque Mendes (1)	Maciel de Brito (4)	Alarico Leite (1)
	Maria Aparecida (1)	Benedito Arthur (1)	Licínio Nunes (1)	Roberto Bruno (1)	José Paracampos (1)	Anísio Teixeira (1)
	Casemiro Filho (1)	Flávio Marcílio (2)	Fr. Per de Almeida (1)		Ronaldo de Albuquerque (1)	Edilmar Norões (1)
	Fernando Façanha (2)	Frei Tito (1)	Waldemar de Alcântara (1)		Viviane Benevides (1)	Edmar Fujita (1)
	Paulo de Melo (1)	Rigoberto Romero (1)			Galba de Araújo (1)	Evandro Aires (1)
	Carlos Ribeiro (1)					João Hipólito (1)
						José Barros (1)
						Manoel

					Pedro Celestino (1)	Carlos (1) Maria de Lourdes (1)
					Dom Lustosa (1)	Maria Grasiela (1)
						Mattos Dourado (1)
						Messejana (1)
						Pompeu Vasconcelos (1)
						Sítio São João (1)
						Terezinha Parente (1)
						Vicentina Campos (1)
						Waldo Pessoa (1)
QUANT. DE GRUPOS	07	06	04	02	10	17

Fonte: Coordenadoria de Saúde do Idoso (SMS), CORES (SR) e UAPS (2018).

A amostra de idosos a ser pesquisada foi calculada pela fórmula descrita abaixo, utilizando-se um percentual máximo de 20%. De acordo com os números conseguidos, o N foi de 1.394 e o erro amostral de 5%, $Z = 1,96$, obtendo-se uma amostra(n) de 209 idosos.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

n = amostra calculada

N = população

Z = variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p = verdadeira probabilidade do evento

e = erro amostral

Considerando-se o quantitativo de 46 grupos de idosos, e visando uma distribuição equilibrada da amostra de idosos, entre as CORES, foi calculada uma estimativa da quantidade de grupos a serem visitados, obtendo-se um total de 21, o que equivaleu ao total de coordenadores a serem entrevistados, respeitando-se a proporção de 1 coordenador por grupo.

Como critério de inclusão a pesquisa considerou: pessoas na faixa etária de 60 anos e mais, de ambos os sexos, sem distinção de raça, cor ou etnia, residentes no município de Fortaleza, com capacidade cognitiva auto relatada satisfatória, e que eram participantes efetivos, a pelo menos 6 meses, de grupo de idosos. Já como critério de exclusão, considerou-se as pessoas com menos de 60 anos, participantes dos grupos de idosos de maneira esporádica e/ou a menos de 6 meses, e que necessitassem de acompanhante para responder às perguntas.

Todas as diretrizes da Resolução nº 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos foram obedecidas e, com antecedência, o projeto desta pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), bem como ao Sistema CEP-CONEP, da Plataforma Brasil, sendo aprovado em 19 de abril de 2019 (nº do parecer: 3.262.858) (ANEXO A).

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio a agosto de 2019, mediante anuência institucional da Prefeitura Municipal de Fortaleza por meio da Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas – COEPP- (Processo: P453745/2018), das 6 Secretarias Regionais, e de cada participante (idosos e coordenadores) pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C e D).

As visitas aos grupos previamente agendadas com os respectivos coordenadores, via mensagem (*Whatsapp*) e/ou ligação telefônica, iniciava-se com a apresentação da mestranda, que explicava o objetivo e a metodologia da pesquisa. De maneira individual e reservada, cada idoso que aceitava

participar era encaminhado para a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), com duração média entre 15 e 20 minutos.

Ao final da entrevista, a mestranda cirurgiã-dentista realizava o exame clínico oral, por meio de um abaixador de língua e luz (lanterna ou refletor odontológico), com duração média entre de 5 a 8 minutos. Os achados bucais eram devidamente registrados na própria ficha da entrevista de cada idoso. Ao término da abordagem a todos os idosos do grupo, era aplicada a entrevista semiestruturada com os coordenadores dos grupos (APÊNDICE B), com duração média de 10 minutos.

As variáveis do estudo, referentes aos idosos, compreenderam: os dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, relação familiar, religião); as condições de saúde (memória, saúde sistêmica e saúde bucal); a relação com a atenção primária do sistema de saúde e com os grupos de idosos, e os achados bucais. As variáveis referentes aos coordenadores de grupo, por sua vez, envolveram: características estruturais e motivacionais dos grupos; formação profissional dos coordenadores, bem como sua formação técnica para o trabalho com grupo.

As questões da entrevista semiestruturada, aplicadas com os idosos, foram adaptadas do Inquérito sobre Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), que decorreu de um estudo coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) no ano 2000, e que envolveu pessoas idosas de sete centros urbanos, na América Latina e Caribe (LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Já as questões referentes à saúde bucal foram adaptadas da Avaliação de Saúde Bucal, da Caderneta do Idoso, instrumento desenvolvido e distribuído pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Durante a realização do exame oral, foram investigados estruturas dentais e região de mucosa. Alguns critérios diagnósticos foram escolhidos, para detectar a presença de: a) placa dental – visualmente detectada, em mais de um sextante, por arcada dental; b) cárie – cavidades e/ou manchas brancas e marrom-acastanhadas nos dentes; c) gengivite – edema, sangramento espontâneo, ou ao toque, nas mucosas gengivais; e d) periodontite - mobilidade dental e/ou grandes recessões gengivais, com presença de cálculos supra- gengivais. Ademais, foi realizada uma busca ativa por lesões orais, em

regiões de mucosas, como lábios, bochechas, palato, e região sublingual, com aspetos de manchas, nódulos, inchaços, placas ou úlceras.

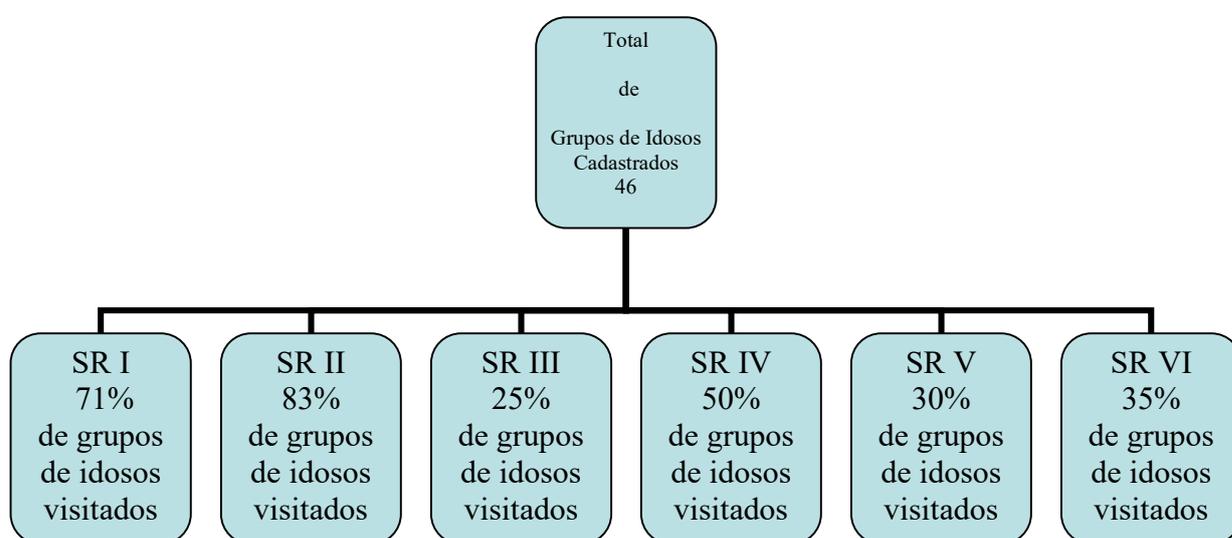
A análise dos dados foi realizada através da ferramenta *web Google Forms*, que consiste em um *software* de domínio público e gratuito, que permite a criação, o armazenamento e o compartilhamento de documentos, preservando a confiabilidade das informações (GIL, 2012). Os dados coletados foram convertidos automaticamente, em forma útil, esquematizados em forma de gráficos, que apresentavam números absolutos e as respectivas porcentagens. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos e analisados de maneira univariada, para posterior discussão.

Os resultados e análises utilizados na elaboração desta dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, posteriormente, serão divulgados junto à Secretaria Municipal de Saúde, do município de Fortaleza. Além disso, será encaminhada para publicação, em seu conteúdo total, podendo ser desmembrada em seus principais pontos, em formato de artigos científicos (ANEXO B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de grupos de idosos visitados teve um importante impacto, quando considerado o quantitativo total de grupos, por regional, do município de Fortaleza, segundo os dados iniciais fornecidos pelos órgãos responsáveis (Figura 4).

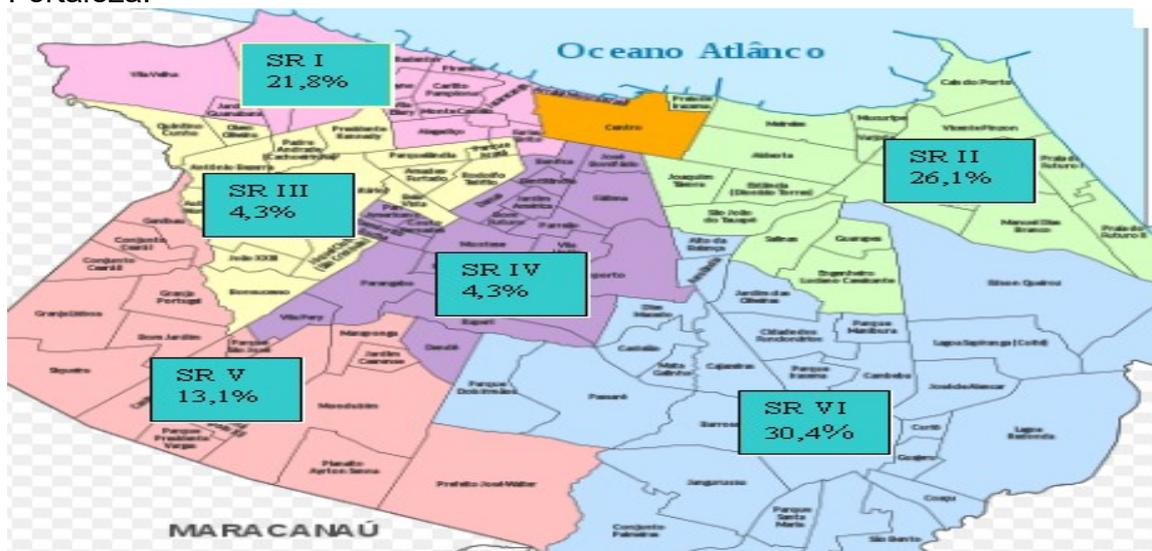
Figura 4 - Porcentagem de grupos visitados, por SR, no município de Fortaleza.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

Em números absolutos, foram visitados um quantitativo de 23 grupos de idosos, em todo o município, correspondendo, também, ao quantitativo de coordenadores de grupos entrevistados, numa proporção de 21,8% (5) na SRI, 26,1% (6) na SRII, 4,3% (1) na SRIII, 4,3% (1) na SRIV, 13,1% (3) na SRV e 30,4% (7) na SRVI.

Figura 5 - Distribuição dos grupos de idosos visitados, por SR, no município de Fortaleza.



Fonte: Fortaleza (2018).

Contemplada a amostra de 209 idosos participantes de grupos, a proporção de idosos entrevistados por regional foi de 23,3% (49) na SRI, 23% (48) na SRII, 5,6% (12) na SRIII, 5,1% (12) na SRIV, 21% (43) na SRV e 22%(45) na SRVI.

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitiram caracterizar os idosos participantes de grupos, com relação à sua situação sócio-demográfica, aonde a variação da faixa etária distribuiu-se entre as idades de 60 a 79 anos, com 85,2% (178), e 80 a 99 anos, com 14,8% (31), não tendo havido nenhum idoso entrevistado com 100 anos e mais. Dos entrevistados, 74,2% (155) se auto-declararam pardos, 19,6% (41) brancos e 6,2% (13) negros e, do total, a maioria era do sexo feminino, cuja representação foi de 83,7% (175).

A predominância das mulheres, nos grupos de idosos, reforça a constatação de que elas procuram mais pelos serviços de saúde do que os homens (LEVORATO *et al.*, 2014). O planejamento e execução da assistência ao público feminino devem levar em consideração o fato de que possui uma maior expectativa de vida, contudo é mais susceptível às incapacidades (GARCIA, 2012).

No tocante a situação conjugal, 35,4%(74) dos idosos eram viúvos, 14,4%(30) solteiros e 14,4%(30) divorciados, e daqueles que possuíam

cônjuge, 33% (69) eram casados e 2,8% (6) viviam em união estável. Estes resultados corroboram com os da pesquisa realizada por Almeida *et al.* (2017), que investigou a saúde dos idosos no estado do Ceará, aonde a maioria dos idosos, também, se declarou sozinho (solteiro, viúvo ou separado). Nessa conjuntura, a ausência do cônjuge mostrou-se como um fator relevante e associado à ausência de lazer, dificuldades nos cuidados pessoais e à solidão, acabando por influenciar, ativamente, nos determinantes e condicionantes de saúde.

Quanto à origem, a grande maioria, 71,8% (150), nasceu em cidades do interior do Ceará (e até de outros estados), demonstrando que as tradições e culturas rurais permeiam, fortemente, a vida e as relações dos idosos pesquisados. Já 89,5% (187) dos idosos relataram possuírem fortes laços com o lugar em que residem atualmente, pois moram, no mesmo bairro, há mais de dez anos.

Todos disseram ter religião, sendo 79,4% (166) católicos, 18,7% (39) evangélicos e 1,9% (4) não declararam uma religião específica. Na pesquisa de Almeida *et al.* (2017), a religião foi apontada, pelos idosos, como um referencial pessoal e como algo importante para o viver cotidiano.

Com relação à escolaridade, 42,6% (89) informou ter estudado até o ensino fundamental (anteriormente, denominado 1º grau), 38,3% (80) chegou a cursar o ensino médio, mas destes, apenas 22,5% (47) o concluiu, e uma minoria de 2,8% (6) alcançou uma formação de nível superior. Apesar de um percentual de 16,3% (34) de idosos sem nenhuma escolaridade, 29,2% (61), do total de entrevistados, relatou não saber ler ou escrever um recado, demonstrando que, mesmo entre aqueles com alguma escolaridade, muitos ainda são analfabetos funcionais.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2018), no módulo educação, destaca que 11,5 milhões de pessoas, em todo o Brasil, ainda não sabem ler e escrever. A incidência chega a ser quase três vezes maior na faixa da população de 60 anos ou mais de idade (19,3%) quando comparada a outras idades, e mais que o dobro entre pretos e pardos (9,3%) em relação aos brancos (4,0%).

O baixo nível de escolaridade afeta diversos seguimentos da vida dos idosos, dentre eles, a saúde, pois compromete não só o entendimento de

prescrições medicamentosas, mas a compreensão de seus processos de saúde–doença (diagnósticos, terapêuticas e prognósticos), e das práticas de educação em saúde, que visam a prevenção e promoção de uma vida mais saudável (CHOPRA, 1993).

Tabela 1- Dados sócio-demográficos dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.

VARIÁVEIS	N (Total = 209)	%
<i>Idade</i>		
60 – 79 anos	178	85,2%
80 – 99 anos	31	14,8%
<i>Sexo</i>		
Feminino	175	83,7%
Masculino	34	16,3%
<i>Onde nasceu</i>		
Interior	150	71,8%
Capital	59	28,2%
<i>A quanto tempo mora no mesmo bairro</i>		
Mais de 10 anos	187	89,5%
De 5 a 10 anos	15	7,2%
Menos de 5 anos	7	3,3%
<i>Etnia</i>		
Pardo	155	74,2%
Branco	41	19,6%
Negro	13	6,2%
<i>Estado Civil</i>		
Viúvo	74	35,4%
Casado	69	33%
Separado	30	14,4%
Solteiro	30	14,4%
União Estável	6	2,8%

Escolaridade

Nenhuma	34	16,3%
Ensino fundamental	89	42,6%
Ensino médio incompleto	33	15,8%
Ensino médio completo	47	22,5%
Ensino superior	6	2,8%

Sabe ler e escrever um recado

Sim	148	70,8%
Não	61	29,2%

Religião

Católica	166	79,4%
Evangélica	39	18,7%
Outras	4	1,9%

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

A grande maioria dos idosos participantes de grupos é aposentada, 78,5% (164), e vive com até um salário mínimo, 63,6% (133). Considerada como um desencadeador de alterações psicológicas e de exclusão social, a aposentadoria pode ser acompanhada por uma desvalorização pessoal e social, e pode representar, do ponto de vista emocional, uma perda de identidade. Segundo Pilger *et al.* (2015), algumas atividades podem ajudar a passar por esta fase de transição, de saída do mercado de trabalho, como a inserção em grupos, pois possibilitam atividades sociais, relacionais e de movimentos.

Do total de idosos entrevistados, 14,4% (30) disseram não possuir renda alguma, ao passo que 25,8% (54) relataram depender financeiramente de suas famílias, permitindo a constatação de que, algumas vezes, mesmo possuindo renda, esta não é suficiente, e o idoso acaba necessitando de ajuda para o seu sustento. Ainda corrobora com esta conclusão, o fato de outros 14,4% (30) juntarem seus ganhos aos de seus familiares, para conseguirem sobreviver.

A população idosa economicamente dependente de suas famílias e/ou do Estado, costuma apresentar mais problemas de saúde, além de uma maior cota de sofrimento por abandono, negligências, maus tratos e internação

em instituições de longa permanência, o que leva à necessidade da implementação de uma assistência equânime pelos serviços públicos, especialmente, no setor saúde (BRASIL, 2014).

Assim como os participantes deste estudo, os idosos entrevistados na pesquisa de Almeida *et al.* (2017) se encontravam em condições sociais e econômicas desfavoráveis, vivendo, a maioria deles, também, apenas com um salário mínimo ou benefício da aposentadoria. Entretanto, 53% daqueles se responsabilizavam financeiramente pelas famílias, enquanto que, nesta pesquisa, apenas 23% (48).

O envelhecimento ativo e saudável, traduzido no prolongamento da vida livre de incapacidade, tem maiores chances de acontecer para as pessoas com melhores situações financeiras, pois aquelas que vivem com menos recursos possuem pior acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, especialmente os dependentes do sistema público de saúde brasileiro (GARCIA, 2012).

Tabela 2 - Situação financeira dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.

VARIÁVEIS	N (Total = 209)	%
Aposentado	164	78,5%
Não aposentado	45	21,5%
Renda		
1 salário mínimo	116	55,5%
> 1 salário mínimo	46	22%
< 1 salário mínimo	17	8,1%
Nenhuma	30	14,4%
Situação financeira em relação à família		
Idoso e familiares têm rendas independentes	77	36,8%
Idoso dependente da família	54	25,8%
Família dependente do idoso	48	23%
Idoso e familiares têm rendas complementares	30	14,4%

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

A relação familiar, envolvendo os parentes mais próximos, foi analisada sob a perspectiva dos idosos, e 78,9% (165) a consideraram como “ótima” ou “boa”. Tal percepção é extremamente positiva, pois a falta do suporte familiar adequado pode ocasionar conflito intergeracional, a não participação dos idosos na vida em comunidade, bem como agravam condições clínicas preexistentes e o estado funcional destas pessoas (FILHO; KIKUCHI, 2011).

Segundo Almeida *et al.* (2017), o planejamento assistencial adequado aos idosos deve basear-se na análise do suporte familiar recebido, pois contribui de maneira significativa para a manutenção de sua integridade física e psicológica. Neste planejamento, os dados sobre a formação e a dinâmica de funcionamento familiar devem ser valorizados, tanto quanto as informações sobre as incapacidades funcionais, por exemplo.

Uma família, com funcionalidade adequada, promove e propicia a manutenção de estados de saúde favoráveis, na medida em que facilita o crescimento de cada um de seus integrantes, satisfazendo suas necessidades materiais e afetivas, segundo as exigências de cada etapa da vida. Enquanto que famílias disfuncionais, em graus elevados ou moderados, têm alta incidência de enfermos crônicos e um deficiente controle das enfermidades em geral (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Quando perguntados sobre com quem residiam, 80,8% (169) dos idosos responderam não morar sozinhos, destes 79,4% (166) disseram morar com suas famílias e 1,4% (3) com outras pessoas. Este perfil não coincidiu com o da pesquisa de Almeida *et al.* (2017), na qual apenas 41% dos idosos declararam residir com outras pessoas. Ainda segundo a pesquisa comparada, dentre aqueles que viviam sozinhos, foi detectada uma maior susceptibilidade ao isolamento e/ou ao estado depressivo.

A coresidência familiar é benéfica na última fase da vida por diversos fatores, sejam emocionais, físicos, espirituais ou sociais. Dentre os fatores sociais, destaca-se a solidão, consequência da perda do núcleo social do trabalho, da aposentadoria, da viuvez e/ou do fenômeno do ninho vazio, caracterizado pela saída dos filhos de casa, requerendo, nestas condições, cuidado, orientação e acompanhamento específico (PILGER *et al.*, 2015).

Além disso, a coresidência com a família é o cenário que mostra menor susceptibilidade aos fatores físicos, como as quedas. Já consideradas como problemas de saúde pública, as quedas podem levar à morte ou ao comprometimento da mobilidade funcional dos idosos, em decorrência de lesões musculares ou fraturas ósseas, especialmente no quadril, e acometem cerca de 30% da população brasileira, com 65 anos ou mais, a cada ano (CRUZ *et al.*, 2018).

Tabela 3 - Relações familiares dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.

VARIÁVEIS	N (Total = 209)	%
Com quem reside		
Com a família	166	79,4%
Sozinho	40	19,2%
Com outras pessoas	3	1,4%
Relação familiar		
Ótima	88	42,1%
Boa	77	36,8%
Regular	34	16,3%
Péssima	10	4,8%

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

A memória dos participantes dos grupos de idosos foi pesquisada através da autopercepção, aonde 43,1% (90) a considerou como “regular”, pelo fato de passarem por momentos de esquecimentos, com certa frequência, em seu cotidiano. Entretanto, quando compararam a situação de memória atual com de alguns anos atrás, utilizando-se dos critérios “melhorou”, “piorou” ou “não alterou”, 56% (117) considerou uma piora. Tal percentual não foi semelhante na pesquisa de Almeida *et al.* (2017), que usando os mesmos critérios de classificação, apresentou a variável “melhorou” como a mais significativa.

Segundo Freitas *et al.* (2013), o desempenho da memória está diretamente relacionado a diversos fatores, como a escolaridade. Nesta pesquisa, esta correlação pode ser constatada, já que 42,6%(89) dos idosos estudaram apenas até o ensino fundamental e somente 13,4% (28)

conseguiram classificar a própria memória como “excelente” ou “muito boa”, demonstrando o impacto negativo da baixa escolaridade sobre a cognição.

A saúde dos participantes, também, foi investigada, iniciando-se com a autopercepção, tanto sobre a saúde geral como a bucal. Quanto à situação da saúde geral, 41,1% (86) a classificou como “regular”, 27,3% (57) como “boa”, 26,8% (56) como “ruim” ou “muito ruim”, e apenas 4,8% (10) como “excelente ou muito boa”.

Posteriormente, foi solicitado aos idosos que comparassem sua saúde geral, dos dias de hoje, com a que tinham a 5 anos atrás, ainda segundo os critérios de “melhorou”, “piorou” ou “não alterou”, e obteve-se que, mais da metade deles, 57%(119), percebeu uma piora, em decorrência de comprometimentos funcionais. Aqueles que consideraram uma melhora na própria saúde, com o passar dos anos, 12,4% (26), relataram o fato de terem passado por momentos difíceis, quando do diagnóstico de doenças crônicas (tempos atrás), mas que, através de tratamentos e cuidados adequados, conseguiram controlá-las (taxas metabólicas e sintomas) e passaram a viver com mais independência, apesar da doença.

Corroborando com estes achados, Filho e Kikuchi (2011) trazem em seus escritos que a percepção de boa saúde, para o idoso, está muito mais associada ao seu grau de autonomia e ao seu potencial de executar, com independência e satisfação, suas AVDs, do que propriamente na ausência de doenças crônicas, ou seja, o parâmetro de saúde está baseado numa vida independente, sobre a qual possuam controle e não necessitam de serem cuidados por outrem.

Entretanto, quando foi pedido que comparassem sua atual situação de saúde com a de outros idosos, na mesma idade, utilizando as variáveis “excelente/muito boa”, “boa”, “regular” ou “ruim”, a maioria 64,1% (134) se percebeu em condições de saúde atuais “muito boa” ou “boa”, relatando que conhecem situações piores que as suas, entre os amigos e familiares.

No tocante à autopercepção da saúde bucal, 39,7% (83) dos idosos a classificaram como “boa”, 32,1% (67) como “regular”, 23,9% (50) como “ruim” ou “muito ruim”, e apenas 3,8% (8) como “excelente/ muito boa”. Tais resultados assemelham-se aos dados do último levantamento brasileiro de saúde bucal (SB BRASIL, 2010 – para a região nordeste), em que, dentre as

peças com 65 a 74 anos, 42,2% declararam-se satisfeitas com sua situação oral, 32% insatisfeitas/muito insatisfeitas e 8,6% muito satisfeitas.

Mesmo não tendo havido nenhum dos resultados com grande expressão percentual, comparado aos demais, muitos dos idosos (em ambos os levantamentos) demonstraram boa autopercepção de suas condições de saúde bucal, ainda que sua situação clínica não fosse ideal, podendo indicar que, para os idosos, um estado bucal deficiente é “natural” e inevitável com o avançar da idade.

Tabela 4 - Autopercepção da memória e da saúde dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.

VARIÁVEIS	N (Total = 209)	%
<i>Auto-percepção da memória</i>		
Excelente / Muito boa	28	13,4%
Boa	59	28,2%
Regular	90	43,1%
Ruim	32	15,3%
<i>Auto-percepção da memória quando comparada a alguns anos atrás</i>		
Piorou	117	56%
Não alterou	79	37,8%
Melhorou	12	5,7%
Não sabe	1	0,5%
<i>Auto-percepção do estado de saúde geral</i>		
Excelente / Muito boa	10	4,8%
Boa	57	27,3%
Regular	86	41,1%
Ruim	49	23,4%
Muito ruim	7	3,4%
<i>Auto-percepção da saúde geral atual quando comparada a 5 anos atrás</i>		
Piorou	119	57%
Não alterou	64	30,6%
Melhorou	26	12,4%

**Auto-percepção da saúde geral atual
quando comparada à saúde de outras
pessoas da mesma idade**

Excelente / Muito boa	29	13,9%
Boa	105	50,2%
Regular	56	26,8%
Ruim	19	9,1%

**Auto-percepção do estado de saúde
bucal**

Excelente / Muito boa	8	3,8%
Boa	83	39,7%
Regular	67	32,1%
Ruim	40	19,1%
Muito ruim	10	4,8%
Não sabe	1	0,5%

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

A pesquisa também investigou a relação dos idosos com o SUS, especialmente em relação à AP e à ESF, aonde estão inseridos os grupos de idosos investigados.

Quase que a totalidade dos idosos entrevistados, 92,3% (193), relatou procurar a UAPS do bairro onde moram para tratar da saúde. Daqueles que não procuram a UAPS, como referência para o cuidado com a saúde, 7,7% (16), alguns (6) disseram preferir ir diretamente à rede hospitalar e outros (10) possuíam planos de saúde particulares. Os dados coletados não coincidem com os da pesquisa de Almeida *et al.* (2017), em que apenas 37% dos idosos disseram que buscavam atendimentos na AP, e 12,8% na rede hospitalar, independentemente do motivo da procura.

Segundo Paskulin *et al.* (2011), os idosos acessam e utilizam os serviços da AP na medida de suas necessidades de saúde, mas condicionam-se a fatores geográficos, funcionais, socioculturais e econômicos.

Quando questionados a cerca de serem acompanhados por uma Equipe da ESF, 78,9% (165) afirmou que sim e, dentre estes, 60,5% (100) disseram ser acompanhados apenas na UAPS, 37,7% (62) na UAPS e em suas residências, e 1,8%(3) somente na residência.

As pessoas que utilizam a ESF, geralmente, são aquelas com menor nível socio-econômico, e sem cobertura por plano de saúde privado, portanto

aquelas para as quais se destinam, prioritariamente, as ações de saúde públicas. Desta forma, a garantia de acesso à ESF e sua resolutividade visam uma melhora progressiva das condições de saúde da população mais pobre, com conseqüente redução das desigualdades em saúde para a população brasileira (FERNANDES *et al.*, 2009).

O acesso é condição *sine qua non* para a qualidade do serviço de saúde, devendo ser embasado na equidade. Na dimensão individual, a qualidade do sistema de saúde baseia-se não só no acesso, mas também na efetividade do cuidado prestado. Enquanto que, na dimensão coletiva, esta qualidade é mensurada em função do acesso e da otimização dos recursos, ancorando-se no trinômio: equidade, eficiência e custo (NORMAN; TESSER, 2015).

Tabela 5 - Relação dos idosos participantes de grupos com o sistema de saúde de Fortaleza.

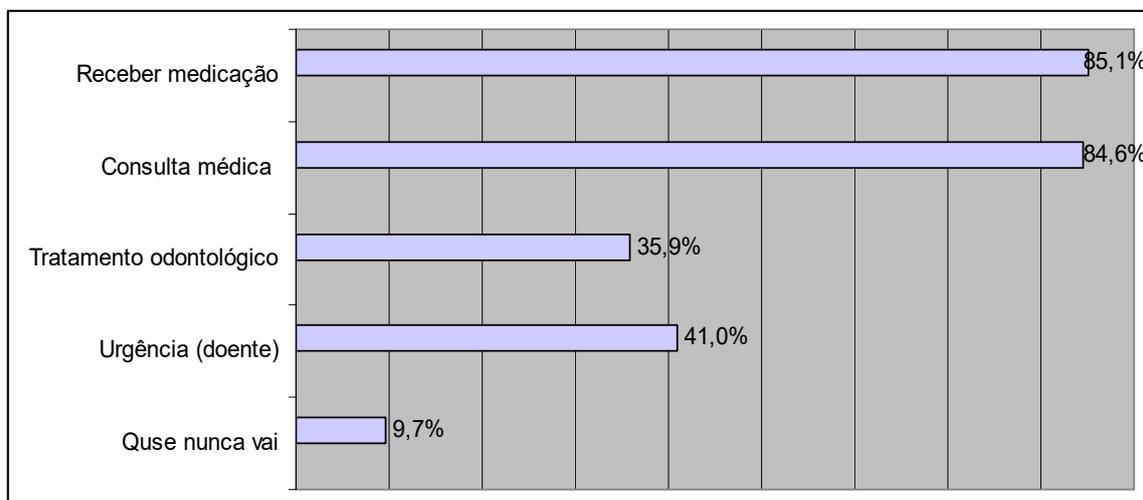
VARIÁVEIS	N	%
<i>Freqüenta a UAPS de seu bairro ? (n = 209)</i>		
Sim	193	92,3%
Não	16	7,7%
<i>Se não freqüenta a UAPS, de seu bairro, aonde cuida da sua saúde ?(n =16)</i>		
Plano de saúde	10	66,7%
Hospitais	6	33,3%
<i>É acompanhado por alguma equipe da ESF ?(n = 209)</i>		
Sim	165	78,9%
Não	44	21,1%
<i>Se sim, aonde costuma ser acompanhado ? (n =165)</i>		
UAPS	100	60,5%
UAPS e em casa	62	37,7%
Em casa	3	1,8%

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

Dentre os serviços de saúde acessados pelos idosos (n = 193), quando procuram a UAPS, as consultas médicas foram citadas por 84,6% (163), o recebimento de medicação por 85,1% (164) e o tratamento de urgência (por motivo de doença) por 41% (79).

Dos idosos que procuram por assistência na UAPS, apenas 35,9% (69) relataram ter conseguido realizar tratamento odontológico, sob a alegação de ser um serviço de difícil acesso. Tal constatação é reforçada pelos dados trazidos pelo IBGE (2014), que mostra que 74,3% dos brasileiros procuram por serviços odontológicos na rede particular, enquanto apenas 19,6% no serviço público. Já o SB Brasil (2010) trás uma divisão mais equilibrada, em que 43,8% acessa serviços particulares e 41,8% os serviços públicos, dentre outras formas de serviços.

Gráfico 1 - Principais serviços procurados, pelos participantes de grupos de idosos, nas UAPS do Sistema de Saúde de Fortaleza (por número de respostas).



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2019).

A saúde geral dos idosos, participantes de grupos, foi investigada sob alguns aspectos, como quanto à presença de doenças crônicas. Do total da amostra (n = 209), 162 idosos declararam possuir hipertensão e/ou diabetes, entre estes 50% (81) eram só hipertensos, 42% (68) só diabéticos e 8% (13) apresentavam ambas as morbidades crônicas.

Além dessas enfermidades, alguns idosos relataram possuir outras condições crônicas, dentre as mais citadas estão: cardiopatias (17), alto índice de colesterol (18), doenças reumáticas (14), disfunção da tireoide (7), osteoporose (6), depressão (6), dores na coluna (6), problemas na visão (5) e chikungunya (2).

Em decorrência desta alta prevalência de doenças crônicas, 90,4% (189) dos idosos disseram fazer uso constante de medicações, e destes 95,2% (180) relataram não necessitar de ajuda para tomá-las, demonstrando possuírem independência e autonomia.

A alta porcentagem de idosos autônomos e independentes, deste estudo, mostra um perfil mais positivo quando comparado com o percentual trazido pelos dados nacionais, que indicam em torno de 69,9% das pessoas, acima de 60 anos, como autônomas e independentes, para a realização de atividades consideradas fundamentais na vida diária, enquanto 30,1% apresentam limitação funcional, entre parcial ou total (LIMA-COSTA *et al.*, 2017; BRASIL, 2017).

Foi investigada a incidência de idosos hospitalizados ou acamados nos últimos meses, constatando-se que apenas 9,1% (19) dos entrevistados tinham vivenciado tais situações. Tal fato pode levar à reflexão de que a grande maioria destes idosos, 90,9%(190), vem conseguindo receber um cuidado dentro da AP, quer nas UAPS ou nos espaços grupais, que possam estar contribuindo para o não agravamento de seus quadros de saúde.

Tabela 6 - Situação de saúde geral dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.

VARIÁVEIS	N	%
<i>Principais doenças crônicas (n = 162)</i>		
Hipertensão	81	50%
Hipertensão + Diabetes	68	42%
Diabetes	13	8%
<i>Faz uso de medicação ?(n = 209)</i>		
Sim	189	90,4%
Não	20	9,6%

Se sim ... (n = 189)

não necessita de auxílio para tomar	180	95,2%
necessita de auxílio para tomar	9	4,8%

Esteve acamado/hospitalizado nos últimos meses ?

Não	190	90,9%
Sim	19	9,1%

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

A saúde bucal foi avaliada, nesta pesquisa, através de questionamentos feitos aos idosos e pelos achados orais, identificados durante o exame clínico realizado.

Dos idosos entrevistados, 44,5% (93) já haviam perdido todos os seus dentes naturais, coincidindo com o número, 41,5%, de brasileiros desdentados totais, trazido pelo IBGE (2013), considerando a mesma faixa etária. O edentulismo é responsável por diversas disfunções, dentre elas as de caráter funcionais e estéticas.

O uso de próteses dentárias foi revelado por 82,3% (172) dos idosos entrevistados. Destas 36%(62) eram Próteses Totais (PT), em ambas as arcadas e 34,9% (60) eram PT, apenas superiores. A utilização somente da PT superior, pode ser explicada tanto pelo fato do idoso possuir ainda seus dentes naturais inferiores, ou, como verificado no estudo de Almeida *et al.* (2017), pelas barreiras para a utilização da PT inferior, particularmente ocasionadas pela frequente reabsorção óssea mandibular, que dificulta a fixação da prótese inferior de forma adequada e segura.

Coexiste com esta parcela (ainda alta) de idosos edêntulos totais, uma parte considerável, 55,5% (116), de entrevistados que conseguiram manter seus dentes naturais. Esta mudança epidemiológica demarca o surgimento de um novo perfil de saúde bucal para os idosos, não mais fadados ao inevitável edentulismo total durante a velhice.

Dentre os idosos ainda dentados, há aqueles que necessitam de Próteses Parciais Removíveis (PPR), sendo 11% (19) os que as usam somente na arcada superior, 5,8% (10) em ambas as arcadas, e 12,2% (21) os que usam PPR e PT, associadas. Segundo Filho e Kikuchi (2011), as PPR são

indicadas não só para restaurar a função mastigatória, através de um adequado suporte oclusal e mastigatório, mas, também, para prevenir distúrbios das articulações temporomandibulares e para o restabelecimento da estética e fonética de pessoas parcialmente desdentadas.

Quando perguntados sobre o estado de conservação atual de suas próteses dentárias (n=172), 42,4% (73) as descreveram em “bom estado de conservação” e 57,6% (99) relataram a necessidade de trocá-las, o que coincide com as significativas porcentagens de idosos que usam a mesma prótese, por longos períodos. Destes, 16,3%(28) utilizam a mesma peça protética por um período que já conta de 5 a 10 anos, e 38,4% (66) já contabilizam mais de 10 anos de uso. Contudo, o tempo médio recomendado, para o uso de uma prótese dentária gira em torno de 5 anos, pois, a partir de então, seu desgaste acaba por comprometer sua adaptação, funcionalidade e estética (NÓBREGA *et al.*, 2016).

No tocante a higienização (n=209), 91,9% (192) declarou que “sempre” higieniza sua prótese, bem como os dentes naturais quando presentes, e 8,1% relatou que o faz apenas “as vezes”.

A higiene oral dos idosos, um exemplo de ABVD, é uma prática dependente de muitos fatores, que perpassam pela informação, destreza manual, cognição, situação financeira, independência e autonomia. Segundo dados do IBGE (2014), a menor proporção de pessoas que escova os dentes, pelo menos duas vezes ao dia, está entre aqueles com 60 anos e mais (73,4%). Este resultado explica-se tanto pelo grande número de edêntulos totais nesta faixa etária, como pela existência da cultura que, erroneamente, torna higiene bucal sinônimo de escovação dental, não permitindo a apropriação do hábito de higienizar as outras partes da cavidade oral, como as mucosas e a língua, independentemente, da presença de dentes.

Após análise da necessidade protéticas dos idosos (n=209) deste estudo, obteve-se que 78% (163) dos entrevistados necessitavam de próteses dentárias, sendo considerados aqueles com próteses em mau estado e/ou com mais de 5 anos de uso, e aqueles com áreas desdentadas, nunca antes reabilitadas, em decorrência da falta de acesso ao serviço odontológico especializado, ou mesmo pela não adaptação das peças protéticas, em especial á inferior.

Já 22% (46) dos idosos entrevistados, após análise dos dados, não necessitavam de reabilitação protética, seja porque já possuem próteses em bom estado e/ou com menos de 5 anos de uso, ou por possuírem dentes naturais em quantidade suficiente, que garantiam sua capacidade mastigatória e uma estética satisfatória. Mensuradas as devidas proporções, o dado do presente estudo mostrou uma elevação da porcentagem de idosos sem necessidade protética, quando comparado com os dados do SB Brasil (2010 – região nordeste), aonde apenas 3,9% dos indivíduos, de 65 a 74 anos, não necessitavam de prótese dentária.

Outro aspecto investigado foi o tempo decorrido desde a última consulta do idoso com o cirurgião-dentista, aonde 11,5%(24) contou um período de 2 a 5 anos, 5,7% (12) não soube precisar o tempo, e uma parcela significativa de 25%(52) já soma mais de 10 anos, desde a última vez que recebeu um tratamento odontológico, sendo a dificuldade de acesso o maior entrave relatado.

Mensuradas as devidas proporções, este estudo traz um percentual baixo, 16,7% (35), representando aqueles idosos que haviam tido sua última consulta odontológica a menos de 6 meses, quando comparado com o percentual de 32% trazido pelo SB Brasil (2010 – região nordeste).

O exame clínico oral, realizado após a entrevista, pôde ser feito a contento em 97,6%(204) dos idosos, destes 79,4%(166) não apresentavam nenhuma lesão em região de mucosa oral, e em 18,2% (38) foi detectada alguma alteração, porém em nenhuma havia sinal de malignidade, sendo todos estes casos orientados a procurar pelos serviços odontológicos de AP, para os devidos encaminhamentos. Nos 2,9%(5) restantes não foi possível realizar o exame completamente, pois os idosos se recusaram a retirar as peças protéticas.

Tabela 7 - Situação de saúde bucal dos idosos participantes de grupo do sistema de saúde de Fortaleza.

VARIÁVEIS	N	%
Apresenta dentes naturais		
(n total = 209)		
Sim	116	55,5%
Não	93	44,5%

Usa Prótese ? (n total =209)		
Sim	172	82,3%
Não	37	17,7%
Se usa, qual o tipo? (n total = 172)		
Ambas totais	62	36%
Apenas superior total	60	34,9%
Total Sup. + Parcial Inf.	21	12,3%
Apenas superior parcial	19	11%
Ambas parciais	10	5,8%
A peça protética encontra-se em... (n total = 172)		
Bom estado de conservação	73	42,4%
Mau estado de conservação	99	57,6%
A quanto tempo usa a atual prótese dentária? (n total = 172)		
Menos de 6 meses	12	6,9%
Entre 6 meses a 2 ano	27	15,7%
Entre 2 e 5 anos	39	22,7%
Entre 5 e 10 anos	28	16,3%
Mais de 10 anos	66	38,4%
Realiza a higienização de próteses e dentes? (n total = 209)		
Sempre	192	91,9%
As vezes	17	8,1%
Presença de alterações na mucosa oral (n total = 209)		
Sim	38	18,2%
Não	166	79,4%
Não foi possível examinar	5	2,4%

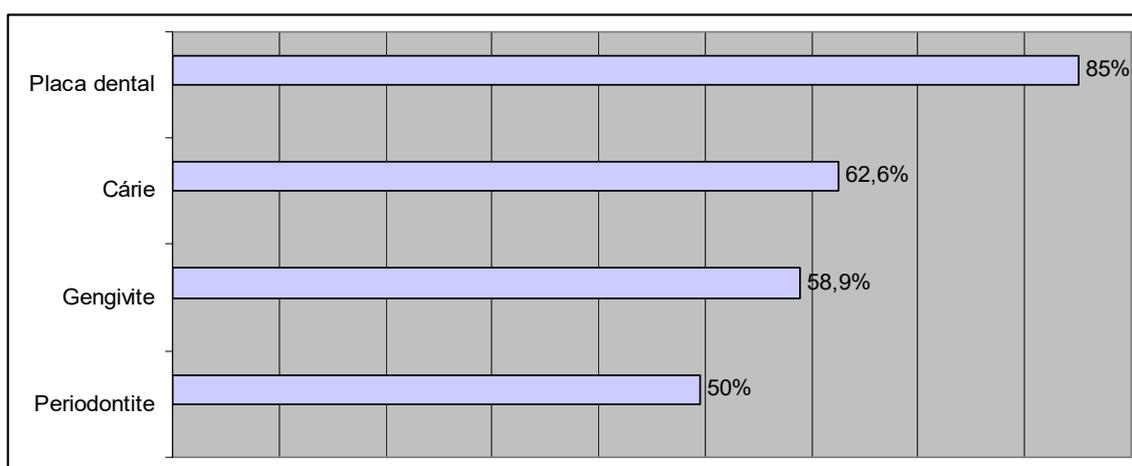
**Última consulta
odontológica, foi a
(n total = 209)**

Menos de 6 meses	35	16,7%
Entre 6 meses a 2 ano	67	32%
Entre 2 e 5 anos	24	11,5%
Entre 5 e 10 anos	19	9,1%
Mais de 10 anos	52	25%
Não sabe	12	5,7%

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

As alterações na estrutura dental foram encontradas isoladas ou em associação, sendo identificados 85%(91) dos idosos com placa dental, 62,6%(67) com cárie, 58,9%(63) com gengivite e 50%(53) com periodontite. Tais dados confirmam as novas necessidades em saúde bucal da pessoa idosa, mostrando a necessidade de uma resignificação na atenção odontológica, que já não pode mais se restringir á reabilitação protética, devendo, também, proporcionar tratamentos restauradores e preventivos, no intuito de que, cada vez mais, a população idosa possa conseguir conservar e manter seus elementos dentários com o avançar da idade.

Gráfico 2 - Principais achados odontológicos nos participantes de grupos de idosos do Sistema de Saúde de Fortaleza (por número de resposta).



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2019).

No tocante aos hábitos de vida, foi perguntado aos idosos (n=209) sobre dieta, a prática de exercícios físicos, fumo e etilismo.

Do total de idosos entrevistados, 57,4% (120) disse fazer restrições alimentares, em decorrência de suas condições crônicas, por meio da diminuição do sal e do açúcar na alimentação diária. Já 42,6%(89) dos idosos não consideram que fazem qualquer tipo de dieta, ou mesmo restrição alimentar, apresentando como justificativas a falta de motivação em deixar de comer o que gostam e/ou a difícil situação financeira que, muitas vezes, não permite variar ou escolher os alimentos consumidos.

A grande maioria dos idosos entrevistados, 95,2% (199), relatou não ter o hábito de fumar, assim como 89%(186) disseram não consumir bebidas alcoólicas de nenhuma forma e 10% (21) disseram consumir apenas de maneira esporádica. A baixa incidência destes dois fatores de risco diminui as chances dos idosos desenvolverem diversos agravos à saúde, como os cânceres de pulmão e boca (NEVILLE *et al.*, 1998).

Quanto à prática de atividade física, 41,6% (87) disseram não realizar e 58,4% (122) relataram praticar um ou mais exercícios. Diante da considerável porcentagem dos que não praticam atividades físicas, mostra-se a necessidade de ressignificação e incentivo deste hábito entre os idosos, pois muitos benefícios físicos, psicológicos e sociais, advindos desta prática, podem empoderar o envelhecimento saudável.

A prática de atividades físicas, como as caminhadas, jogos, alongamento ou outras atividades realizadas de maneira individual e/ou comunitária, produz fortalecimento musculoesquelético e equilíbrio. O treinamento da força muscular, de alta intensidade, é apontado como principal intervenção na prevenção e correção da fragilidade dos idosos, além disso, também protege, indiretamente, o cérebro da depressão e do declínio cognitivo (BRASIL, 2017).

Numa associação com fatores sociodemográficos, o estudo de Coelho *et al.* (2012) sugere que o desempenho cognitivo em adultos e idosos, praticantes de atividade física, é similar para os diferentes níveis de escolaridade.

A atividade física, especialmente entre os idosos, preserva a independência, a saúde e a qualidade de vida, vindo a reduzir o risco de

desenvolver doenças crônicas e, como consequência, o uso dos serviços de saúde (AMTHAUER;FALK, 2017).

Tabela 8 - Hábitos de vida dos participantes de grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.

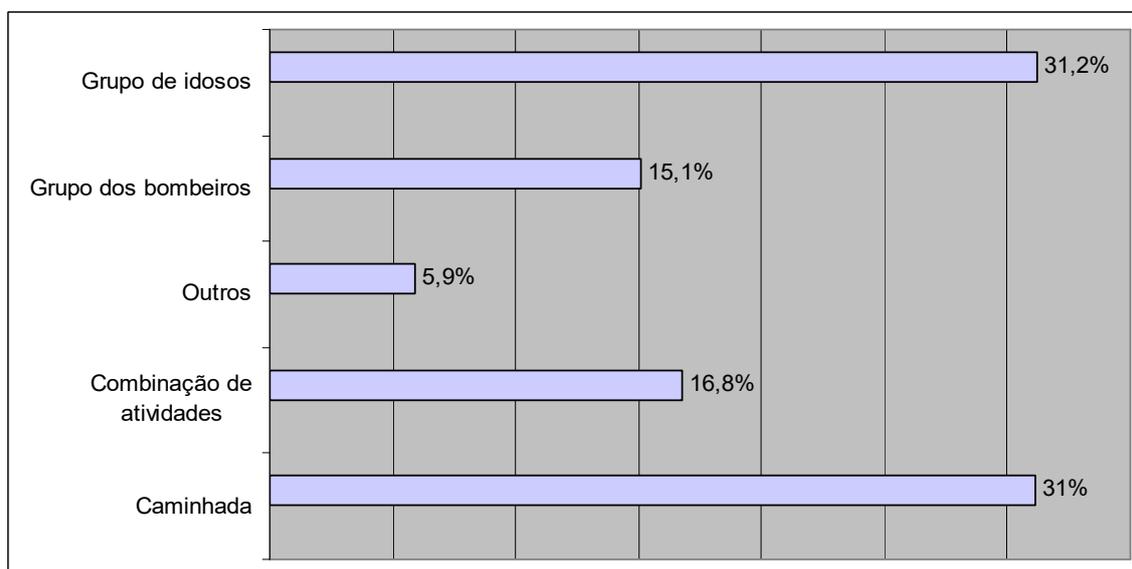
VARIÁVEIS	N (Total = 209)	%
<i>Realiza dieta?</i>		
Sim	120	57,4%
Não	89	42,6%
<i>Pratica atividade física?</i>		
Sim	122	58,4%
Não	87	41,6%
<i>Fuma ?</i>		
Sim	10	4,8%
Não	199	95,2%
<i>Bebe?</i>		
Sim	2	1%
Não	186	89%
As vezes	21	10%

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

O grupo de idosos é o local de prática de atividades físicas para 31,2% (38) dos entrevistados praticantes (n=122). O restante ainda se divide entre os 31% (37) que fazem caminhada sozinhos, os 15,1% (18) que praticam exercícios no grupo coordenado pelo Corpo de Bombeiros, os 16,8% (20) que mesclam atividades (grupo de idosos e caminhada, grupo de idosos e grupo do corpo de bombeiros, caminhada e natação, dentre outras associações) e os 5,9% (7) que disseram realizar esportes e danças como hidroginástica, futebol, natação, ciclismo, ginástica e zumba.

A prática de exercícios físicos, nos espaços dos grupos de idosos, proporciona uma vitória real sob suas limitações físicas (dores musculares e pouca flexibilidade), pela correta orientação que recebem dos profissionais, bem como uma conquista social, pois através dos exercícios em coletividade, alcança-se incentivo, perseverança e resultados, que, talvez. não fossem obtidos pelo idoso sozinho (PILGER *et al.*, 2015; AMTHAUER; FALK, 2017).

Gráfico 3 - Espaços de práticas de atividade física dos participantes de grupos de idosos do Sistema de Saúde de Fortaleza.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2019).

Outras variáveis investigadas, neste estudo, envolveram os grupos de idosos, quanto a sua estruturação, logística e a relação com seus participantes, bem como as características profissionais de seus coordenadores.

A inserção dos idosos em espaços grupais é condicionada a diversos fatores, como o propósito do grupo e sua localização geográfica, mas a permanência deste idoso parece estar mais vinculada ao sentimento de pertencimento ao grupo. Investigando esta permanência, observou-se que 31,6% (66) dos idosos fazem parte de seus grupos há apenas 6 meses, e 30,1% (63) há mais de 4 anos.

Quando perguntados sobre fazerem parte de outros espaços grupais, fora aquele grupo de idosos ligado à ESF, 42,1% (88) responderam afirmativamente, citando, por exemplo: o grupo coordenado pelo corpo de bombeiros, grupos religiosos, grupos de amigos, dentre outros. Mas, 57,9% (121) respondeu pertencer apenas ao grupo de idosos da ESF.

Sobre o uso do espaço do grupo para a realização de debates diversos e discussões sobre problemas do dia-a-dia da comunidade (como a

violência ou armazenamento do lixo, por exemplo), 77% (161) relatou nunca ter vivenciado tais práticas, e apenas 23% (48) disse já ter tido essa oportunidade. Dentre os que disseram ter participado (n=48), 35,4% (17) relatou o fazer com frequência constante (“sempre”), 35,4% (17) “poucas vezes”, 27,1% (13) “apenas quando o problema é trazido” por algum dos participantes do grupo, e 2,1% (1) disse que estes debates “quase nunca” acontecem.

Ao passo que os grupos de idosos sejam empoderados como espaços sociais, cabem-lhes o papel problematizador da realidade em que seus participantes estão inseridos, aonde profissionais e comunidade, através de uma escuta ativa e de relações dialógicas, produzam transformações de vidas (CASTRO *et al.*, 2018).

Embora a família tenha importante função social e seja considerada referência para a pessoa idosa, os espaços sociais (grupos) configuram-se suportes, que propiciam bem estar emocional através de suas atividades e da interação dos participantes com amigos e vizinhos (WICHMANN *et al.*, 2013). Quando questionados se tinham amigos no grupo, 96,2% (201) dos idosos afirmaram que sim, destes 37,8% (76) disseram que aquelas amizades tiveram origem antes da convivência no grupo, 26,9% (54) disseram ter feito esses amigos através do grupo, e 35,3% (71) afirmaram que tanto reencontraram amigos, como tiveram a oportunidade de fazer novas amizades.

Muitas vezes, conviver com amigos tem mais significância do que a interação com filhos e netos. Sem participação efetiva na vida comunitária, o idoso parece conviver numa espécie de alienação consentida, ou mesmo num confinamento, levando-o a se sentir sozinho e inútil (WICHMANN *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2017).

Segundo Andrade *et al.* (2014), a participação em grupo funciona como suporte social para as pessoas idosas, gerando aumento da autoestima, laços de amizades, diminuição da solidão, resgate de valores pessoais, sociais e familiares.

Além da convivência com outros idosos, as variadas atividades desenvolvidas nos grupos de idosos funcionam como aporte, podendo ser de ordem física, manual, artística ou de lazer. Os idosos foram indagados sobre as atividades grupais que mais gostavam, e citaram: atividades educativas (79,4%), festas comemorativas (67%), verificação da pressão arterial e glicemia

(60,8%), atividades físicas (29,7%), trabalhos manuais (16,3%) e passeios (12,9%).

Questionados sobre terem sido convidados por alguém para participarem do grupo, 86,1% (180) responderam que sim, e apenas 13,9% (29) disseram que procuraram o grupo sem convite.

Tabela 9 - Relação entre os participantes e os grupos de idosos do sistema de saúde de Fortaleza.

VARIÁVEIS	N	%
Tempo que frequenta o grupo (n = 209)		
6 meses	66	31,6%
6 meses - 1ano	30	14,4%
1 ano – 4 anos	50	23,9%
> 4 anos	63	30,1%
Faz parte de outro grupo ? (n = 209)		
Sim	88	42,1%
Não	121	57,9%
Há oportunidades, para discussões sobre os problemas da comunidade, nos encontros do grupo ? (n = 209)		
Sim	48	23%
Não	161	77%
Se sim, com que frequência... (n total = 48)		
Sempre	17	35,4%
Poucas vezes	17	35,4%
Apenas quando o problema é trazido por alguém	13	27,1%
Quase nunca	1	2,1%
Tem amigos no grupo ? (n = 209)		
Sim	201	96,2%
Não	8	3,8%
Se sim... (n total = 201)		
já eram amigos antes	76	37,8%
fez amigos no grupo	54	26,9%
reencontrou amigos antigos e fez novos	71	35,3%

Foi convidado por alguém para participar do grupo ?

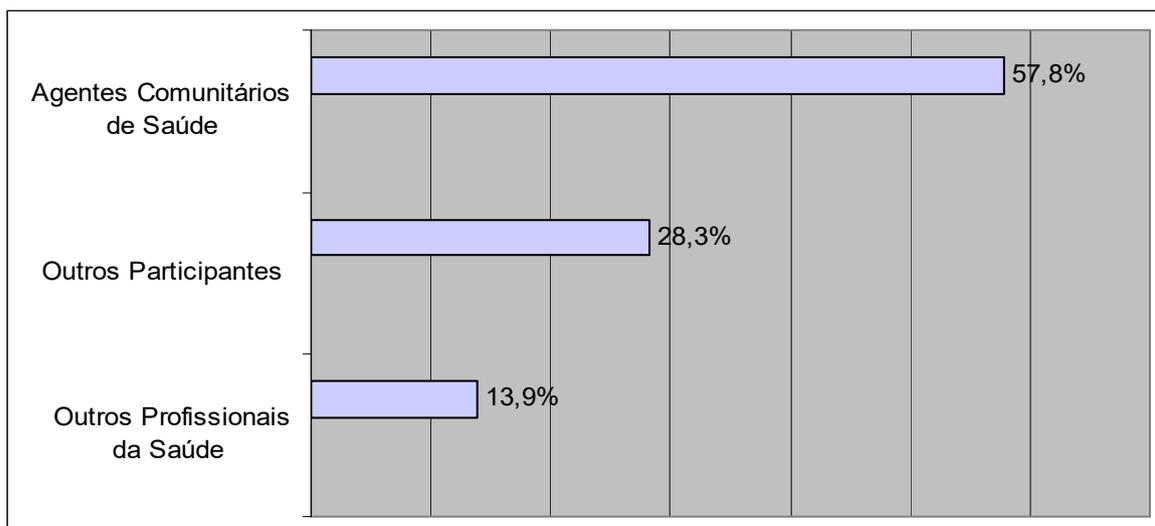
Sim	180	86,1%
Não	29	13,9%

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

Dentre aqueles idosos que receberam convites (n=180) para participar dos grupos, 57,8% (104) foram convidados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), 28,3% (51) por outros idosos participantes e 13,9% (25) por outros profissionais da saúde, como enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas.

A significativa porcentagem de convites advindos de ACS confirma ser esta categoria profissional um elo importante, entre a comunidade e a equipe de profissionais da ESF. O trabalho em equipe, tanto na assistência clínica como nas atividades de promoção da saúde, em especial nos grupos de idosos, torna-se alicerce de uma atenção integral e resolutiva, e desvincula as atividades grupais da responsabilidade de apenas uma categoria profissional isolada, tornando-as fruto de um projeto de trabalho em equipe.

Gráfico 4 - Convidantes dos grupos de idosos do Sistema de Saúde de Fortaleza.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2019).

A promoção da saúde, para a pessoa idosa, visa à criação de mecanismos que reduzam as vulnerabilidades, através da equidade, participação social e manutenção das relações sociais, preferencialmente, em grupo (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Do total de idosos entrevistados, 93,8% (196) considera que as atividades dos grupos de idosos ajudavam a melhorar sua saúde, através dos cuidados recebidos (físicos, psicológicos e sociais), do compartilhamento de informações e do entretenimento, proporcionando bem estar e saúde em suas vidas.

Tabela 10 – Percepção dos participantes sobre os grupos de idosos como espaços de promoção da saúde, no sistema de saúde de Fortaleza.

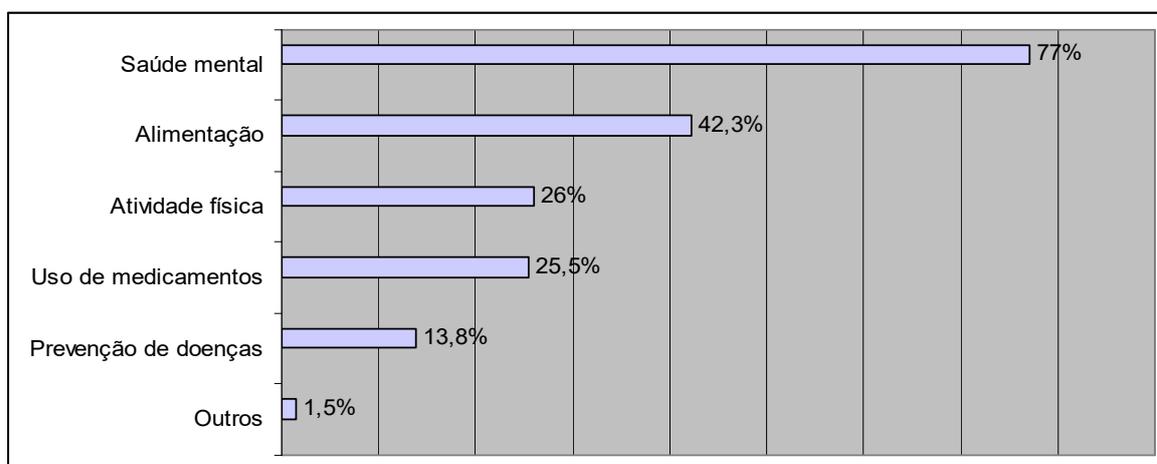
VARIÁVEIS	N (Total = 209)	%
<i>Considera que as atividades do grupo de idosos ajuda a melhorar sua saúde?</i>		
<i>Sim</i>	196	93,8%
<i>Não</i>	13	6,2%

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

Os aspectos de saúde citados pelos idosos, que melhoraram em decorrência das atividades dos grupos, foram: saúde mental (77%), hábitos alimentares (42,3%), práticas de atividades físicas (26%), uso de medicações (25,5%) e prevenção de doenças (13,8%).

Os benefícios à saúde mental foram citados pela maioria dos idosos, fato explicado por serem os grupos meios de intervenção social, que propiciam bem estar geral, principalmente, para aqueles idosos socialmente isolados, fragilizados e com certas condições crônicas. Os grupos de idosos são espaços onde as conversas podem fluir e, por meio delas, as pessoas tem a oportunidade de se libertarem de problemas acumulados e fechados, no interior de cada um (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Gráfico 5 - Principais benefícios à saúde dos participantes, proporcionados pelos grupos de idosos, do Sistema de Saúde de Fortaleza (por número de resposta).



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2019).

A estruturação de um grupo deve, preferencialmente, ser feita através de um projeto, que contemple seus objetivos, funcionamento e logística, pois todos estes aspectos podem contribuir para o sucesso ou para o fracasso de uma intervenção grupal. Além disso, sempre devem ser levados em conta o aceite e as expectativas do sistema de saúde, em que o grupo está inserido (SOUZA *et al.*, 2019).

É imprescindível determinar e acordar o tipo de clientela, a abordagem grupal, o dia da semana e o horário dos encontros, estabelecendo-os num contrato de convivência, descrito e exposto em local de fácil acesso (SOUZA *et al.*, 2019). Entretanto, em nenhum dos grupos de idosos visitados, nesta pesquisa, foi mencionado a existência de um projeto organizador.

Do total de grupos (23), 47,8% (11) realizavam seus encontros semanalmente, 17,4% (4) a cada quinze dias e 34,8% (8) mensalmente. Entre os locais de encontro, 34,8% (8) ocorriam em associações de moradores, 30,4% (7) em igrejas ou templos religiosos, 26,1% (6) na própria UAPS, e 8,7% (2) em outros locais. E com relação à quantidade de participantes, por encontro, em 69,6% (16) dos grupos, variava entre 10 e 30 idosos.

A escolha do lugar para os encontros deve estar contida no planejamento do grupo, e deve, preferencialmente, buscar por um espaço que

permita acolhimento e conforto aos participantes, devendo ser amplo, limpo, arejado, privado e aconchegante (SOUZA *et al.*, 2019).

Quanto aos coordenadores, em 34,8% (8) dos grupos eram representados por enfermeiros, 30,4% (7) por ACS, 26,2% (6) por profissionais das equipes de NASF, 4,3% (1) por médico e 4,3% (1) por técnico em saúde bucal. A grande maioria, 91,3% (21) dos grupos é coordenada por mais de uma pessoa.

Segundo Souza *et al.* (2019), a coordenação de grupo deverá sempre ser feita pelo menos por duas pessoas, a depender do tipo de grupo, da clientela e da natureza das atividades. Uma co-liderança (ou coordenador auxiliar) ajuda a maximizar o benefício terapêutico do grupo, reveza funções e proporciona variados olhares e contribuições para o processo grupal (SOUZA *et al.*, 2019).

Quando questionados sobre possuírem alguma formação técnica específica para trabalhar com grupos, apenas 39,1% (9) dos coordenadores afirmaram que sim. Porém, é de fundamental importância que os coordenadores tenham preparo e/ou formação em algum tipo de abordagem grupal, para que consigam conduzir esse processo de maneira não-empírica (SOUZA *et al.*, 2019).

Tabela 11 - Aspectos Estruturantes dos Grupos de Idosos do Sistema de Saúde de Fortaleza.

VARIÁVEIS	N (Total =23)	%
Local de encontro dos grupos		
Associação de moradores	8	34,8%
Igrejas ou Templos religiosos	7	30,4%
UAPS	6	26,1%
Outros locais	2	8,7%
Frequência dos encontros dos grupos		
Semanal	11	47,8%
Mensal	8	34,8%
Quinzenal	4	17,4%

Quantidade de idosos por encontro dos grupos

10 participantes	2	2,7%
10 -20 participantes	8	34,8%
20 -30 participantes	8	34,8%
+ 30 participantes	5	21,7%

Coordenação dos grupos

Enfermeiros	8	34,8%
Agente Comunitário de Saúde	7	30,4%
Equipe do NASF	6	26,2%
Médico	1	4,3%
Técnico em Saúde Bucal	1	4,3%

Coordenador possui formação técnica específica para trabalhar com grupos

Sim	9	39,1%
Não	14	60,9%

Total de responsáveis pelos grupos

Mais de 1 responsável	21	91,3%
Apenas 1 responsável	2	8,7%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2019).

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional situa-se como um fenômeno coletivo à medida que, pela primeira vez na história da humanidade, reforça-se a idéia de que o número de pessoas idosas possa superar o de jovens, gerando uma perspectiva, de que a sociedade bem sucedida será aquela cujas convicções possam conceber a velhice de maneira criativa e multidimensional.

Ao mesmo tempo, o envelhecer é individual e não existe um envelhecimento igual ao outro. O desgaste fisiológico do corpo acaba por deixá-lo mais susceptível aos agravos crônicos e pode levar ao comprometimento da independência e autonomia. Tais acometimentos implicam na necessidade de cuidados de longa duração, especialmente, na Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família.

A população idosa, em especial, a mais carente economicamente, depende significativamente do sistema público de saúde, seu principal referencial de atenção. Tal ligação mostra que a consolidação e a valoração do Sistema Único de Saúde se fazem, cada vez mais, imperiosa, pois através da garantia de seus princípios, almeja-se a diminuição das iniquidades sociais.

O sistema de cuidado em saúde, de longo prazo, oferecido aos idosos, deve primar pela construção e manutenção de uma força de trabalho adequadamente treinada, que garanta qualidade no serviço prestado e a criação de vínculos com a comunidade. Assim, também as instituições devem atender a critérios mínimos de adequação em suas instalações físicas, bem como devem orientar suas práticas pelo reconhecimento das necessidades da população assistida.

O envelhecimento saudável é assegurado por meio de uma rede de atenção constituída pelo sistema de saúde oficial, pelos suportes sociais e pela família, que preserve a capacidade funcional, os papéis sociais e a qualidade de vida dos idosos.

Os grupos de idosos, ligados à Estratégia de Saúde da Família, integram esta rede de suporte social, caracterizados como espaços de promoção da saúde, que melhoram o acesso e a qualidade da atenção, reduzem as desigualdades e promovem a integralidade.

Os idosos participantes de grupos possuem, em sua maioria, baixa renda (63,6%), pouca escolaridade (42,6%) e confirmam a feminilização da saúde (83,7%). Apresentam independência e autonomia preservadas (95,2%), mas, frequentemente, são portadores de diversas condições crônicas, fato que não necessariamente os afasta do convívio social, como dos grupos. Ao contrário, muitas vezes em busca de melhorias de condições de saúde que ajudem a controlar tais enfermidades, é que o idoso se insere em práticas grupais, pelas quais acessa cuidados, informações e práticas físicas.

Os grupos (46) são meios de educação em saúde, que rompem com os modelos tradicionais de atenção baseados na doença, e promovem o empoderamento coletivo, visando o autocuidado e a aquisição de hábitos saudáveis. Porém, ainda não usa (77%), a contento, seu potencial como espaço de problematização da realidade dos idosos, contribuindo, timidamente, para a sua transformação, através de momentos reflexivos inconstantes entre seus integrantes e os profissionais de saúde.

Os grupos de idosos devem ser sistematizados e organizados por meio de projetos técnicos, advindos do sistema de saúde oficial, pelos quais sejam definidos seus propósitos, logísticas e estruturação, sendo coordenados por profissionais devidamente capacitados para o trabalho com grupos. Por assim, deixariam de ser as iniciativas desenvolvidas hoje, de maneira empírica e sem fundamentos ideológicos, coordenados por profissionais da saúde munidos, em sua maioria (60,9%), apenas de boa intenção e propósito de melhorar as condições de vida e saúde das pessoas idosas, que estão sob sua responsabilidade sanitária.

A autopercepção da saúde geral dos idosos já considera, além das condições clínicas, os graus de dependência e autonomia, e é mais bem percebida quando se comparam a outros idosos (50,2%), de mesma idade e condições sociais.

A saúde bucal das pessoas idosas vem adquirindo um novo perfil pois, cada vez mais, as pessoas conseguem preservar seus dentes até idades bem avançadas (55,5%), provocando novas aspirações na atenção à saúde bucal, que vem deixando de ser, exclusivamente, prestada pela realização de exodontias e reabilitações protéticas, passando a ser complementada por tratamentos restauradores e preventivos.

O novo panorama constata a necessidade de uma ressignificação da saúde bucal ante a idade avançada, pela superação da idéia de ser inevitável ou “natural” chegar à velhice apresentando edentulismo total e/ou uma precária situação na boca. Ao sistema de saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família, cabe garantir o acesso desta população ao serviço, bem como prestar uma atenção integral e resolutiva, que reabilite proteticamente as áreas necessitadas, mas também, restaure às condições funcionais e estéticas dos elementos dentais, ainda presentes na boca.

Para além da clínica, os profissionais responsáveis pela saúde bucal devem está inseridos em espaços coletivos, como os grupos de idosos, e em conjunto com outras categorias profissionais devem: desenvolver planos de cuidado e autocuidado; estimular a prevenção, e empoderar os idosos da associação entre as boas condições de saúde oral e a preservação da autoestima, dignidade e integração social.

O momento do envelhecimento é também um tempo de síntese da vida, onde pesam suas experiências, condições sócio-culturais e econômicas e, de modo especial, sua situação de saúde. Portanto, um planejamento adequado, frente à nova realidade demográfica – epidemiológica brasileira faz-se necessário para, através dele, criar um processo de reconstrução de saúde e de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.I. *et al.* (org.). **Saúde do idoso e qualidade de vida**: investigação dos fatores determinantes. Fortaleza: Ed. UECE, 2017.

AMTHAUER, C.; FALK, J.W. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso., **Rev. Pesqui. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 9, p. 99-105, jan./mar. 2017. Disponível em: <seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5004>. Acesso em: 17 jul. 2018.

ANDRADE, A.N. *et al.* Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 39-48, 2014. Disponível em: <scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000100039&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 25 jun. 2018.

ANJOS, F.S *et al.* Equipes de saúde bucal no Brasil: avanços e desafios. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 3, n. 10, p. 601-607, jul./set. 2011. Disponível em: <periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10921/pdf>. Acesso em: 18 jul. 2018.

BASTOS, M.C.P.; FERREIRA, D.V. **Metodologia Científica**. Londrina: Ed. Educacional S.A., 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. 1988. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Estatuto do idoso. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pagina_saude_do_idoso/estatuto_do_idoso.pdf>. Acesso em: 24 out. 2019.

_____. **Diretrizes Nacionais de Políticas da Saúde Bucal**, 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm>. Acesso: 16 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal:

resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 24 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS**: Proposta de Modelo de Atenção Integral, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para a atenção integral da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/Linha-cuidado-VERSAO-CONSULTA-PUBLICA-07nov2017.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para a atenção integral da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CASTRO, A.P.R. *et al.* Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 21(2): 158-167, 2018.

CHOPRA, D. **Corpo sem idade, mente sem fronteiras**: a alternativa quântica para o envelhecimento, 1993.

CÍCERO. **A velhice saudável**. O Sonho de Cipião. Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal – 63. São Paulo: Editora Escala, 2006.

COELHO, F.G.M. *et al.* Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, 2012.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

CRUZ, M. S.; *et al.* Estrutura familiar e seus impactos sobre as restrições da autopercepção dos níveis de saúde dos idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(8): 2751-2762, 2018.

DATASUS. 2018. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 4 set. 2018.

DESLANDES, S.F. *et al.* (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

DUTRA, C.E.S.V.; SANCHEZ, H.F. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontol.**, Rio de Janeiro, 18 (1):179-188, 2015. Disponível em: <redalyc.org/pdf/4038/403839881016.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

FARIAS, D.N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, jan./ apr. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

FERNANDES, L.C.L. *et al.* Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.4, p.595-603, 2009.

FILHO, E.T.C.; NETTO, M.P. **Geriatrics – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo. 2. ed., 2006.

FILHO, W. J.; GORZONI, M.L. **Geriatrics e Gerontologia – o que todos devem saber**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2008.

FILHO, W. J.; KIKUCHI, E.L.. **Geriatrics e Gerontologia básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

FORTALEZA. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018 – 2021**. Secretaria Municipal da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/>> Acesso em: 18 set. 2018.

FORTALEZA. **Prefeitura de Fortaleza**, 2018. Disponível em: <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/categoria/saude>>. Acesso em: 30 out. 2018.

FREITAS, E.V.; *et al.* **Tratado de Geriatrics e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

_____. **Tratado de Geriatrics e Gerontologia**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GARCIA, Yolanda Maria. Epidemiologia do envelhecimento. In: FILHO, W.J.; KIKUCHI, E.L. **Geriatrics e Gerontologia básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, pp. 5 -9, 2012.

GIL, R.F. **Atividades do Enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em Instituições Hospitalares**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola e Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. **Panorama**, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>>. Acesso em: 1 out. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 24 out. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. **Agência IBGE**, 2018. <agenciadenoticias.ibge.gov.br>. Acesso em: 05 set. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. **Projeção**, 2019. Disponível em: <ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>. Acesso em: 24 junh. 2019.

KREVE, S.; ANZOLIN, D. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, p. 45-59, jan, 2016. Disponível em: <revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/31613/22013>. Acesso em: 17jul. 2018.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.* São Paulo, v 8, n 2, p.127- 141, 2005. www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf. Acesso em: 10 julh 2018, as 20:00.

LEVORATO, C.D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, apr. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>>. Acesso em: 2 out. 2019.

LIMA, Lauro de Oliveira. **Treinamento em dinâmica de grupo**: no lar, na empresa, na escola. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1979.

LIMA – COSTA, M.F. *et al.* Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Rev Saúde Pública**, 51, 2017. Disponível em: <scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000013.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2019.

MEDEIROS, K.K.A.S.; JUNIOR, E.P.P.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M.G. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, na âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v 41, n. Especial 3, p.288 – 295, set. 2017.

NEVILLE, B.W. *et al.* **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro, 1998.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.165-179, 2015.

NÓBREGA, D.R.M. *et al.* Avaliação da utilização e hábitos de higiene em usuários de prótese dentária removível. **Rev. Bras. Odontol.** Rio de Janeiro, v. 73, n. 3, jul./set. 2016. Disponível em:

<http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722016000300004>. Acesso em: 26 set. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Informe Mundial sobre El Envejecimiento Y La Salud**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=6537D0CB3B8FCD8FE0B8405F79B6B975?sequence=1>. Acesso em: 24 out. 2019.

OPAS. **Organização Pan-Americana de Saúde**. Disponível em: <<https://www.paho.org/bra/>> Acesso em: 29 set. 2019.

PASKULIN, L.M.G. *et al.* Utilização e acesso de idosos a serviço de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2935 – 2944, 2011.

PICHON – RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do Vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PILGER, C.; *et al.* Atividade de promoção à saúde para um grupo de idosos: um relato de experiência. **Rev Enferm Atenção Saúde**. 4(2): 93-99, ago./dez. 2015.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUELUZ, F.N.; *et al.* Construção e análise psicométrica de um inventário de habilidades sociais para cuidadores de idosos familiares.

Geriatr Gerontol Agin, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/7997?show=full>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

ROGERS, Carl R. **A terapia centrada no paciente**. Santos: Martins Fontes, 1951.

_____. **Grupos de Encontro**. São Paulo: Martins Fontes, 1970.

_____. **Liberdade para aprender**. 4º Ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.

_____. **Grupos de Encontro**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SAINTRAIN, M.V.L. *et al.* Depression symptoms and oral discomfort in elderly adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 61, p. 651-652, 2013.

SILVA, L.A.; *et al.* A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde colet.**, v. 18, n1, p. 221-232, jan. 2013. Disponível em: <10.1590/S1413-81232013000100023>. Acesso em: 17 jul. 2018.

SILVA, S. A. *et al.* Avaliação da atenção primária á saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Latino – AM. Enfermagem**, 23 (5); 979-87, set. /out. 2015.

SILVA, A.L. *et al.* Qualidade de vida em idosos institucionalizados com queixa de tontura: um estudo transversal. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 20, n. 2, mar./abr. 2018. Disponível em: <dx.doi.org/10.1590/1982-021620182023012>. Acesso em: 16 jul. 2018.

SOUZA, A. M. A. *et al.* [org.]. **Coordenação de grupos: Teoria, Prática e Pesquisa**. Fortaleza. 2. ed., 2019.

VAITSMAN, Jeni; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersetoriais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, nov. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-12320172211.20042017>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

VASCONCELOS, A.K.M. *et al.* A ascensão da odontogeriatria no Brasil através do panorama de suas publicações. **Rer. Pesqui. Cuid.fundam**, v.3, n. 11, p. 165-171, jun. 2018. Disponível em: <seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7644/6613>. Acesso em: 18 jun. 2018.

WICHMANN, F.M.A. *et al.* Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out./dez. 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016>>. Acesso em: 10 set. 2019.

ZIMERMAN, D.E.; OSORIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

APÊNDICE A – ENTREVISTA COM IDOSO

NÚMERO: _____

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

HORÁRIO: INÍCIO: _____:_____ - TÉRMINO: _____:_____

NOME DO GRUPO DE IDOSOS:

SR /CORES: _____

UAPS: _____

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o (a) Sr (a) não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta. Se possível, todas as perguntas deverão ser respondidas **(Fonte adaptada do Inquérito sobre Saúde, bem-estar e envelhecimento – SABE)**.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome completo do (a) entrevistado (a):

2. Como gosta de ser chamado (a):

3. Telefone de contato: _____

4. Classe Etária: () 60 – 79 anos () 80 – 99 anos () > 100 anos

5. Sexo : () F () M

6. Onde nasceu? _____

7. Bairro em que mora atualmente: _____

8. Há quanto tempo mora neste bairro? _____ anos () NS

9. Como se identifica:

branco preto pardo amarelo indígena outro NS

10. Qual seu estado civil?

casado separado solteiro viúvo união livre outro

11. Qual a última série que frequentou na escola? _____ NS

12. Sabe ler e escrever um recado? Sim Não

13. Situação profissional: é aposentado não é aposentado

14. Qual atividade exerce (ou exerceu): _____

15. Qual sua renda atual?

1 salário mínimo menor que 1 salário mínimo maior que 1 salário mínimo

16. Quem é considerado como sua família?

não tenho familiares que me rodeiam o grupo amigos e/ou vizinhos

17. Como é sua relação familiar?

ótima boa regular péssima

18. Vive sozinho, com sua família ou com outras pessoas?

sozinho com a família com outras pessoas

19. Situação econômica em relação à família:

depende da família a família dependente da sua renda sua renda é independente da família

20. Tem alguma sua religião? Sim Não

Se sim, qual? _____

AVALIAÇÃO COGNITIVA AUTO - RELATADA

21. Como avalia sua memória?

Excelente Muito boa Boa Regular Má NS

22. Comparando com alguns anos atrás, sua memória:

Melhorou Igual Piorou NS

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

23. Considera sua saúde:

Muito boa Boa Regular Ruim Muito Ruim NS

24. Comparando sua saúde hoje com 5 anos atrás:

Melhorou Piorou Não alterou NS

25. Comparando-se com outras pessoas de sua idade, considera sua saúde:

Muito boa Boa Regular Ruim Muito Ruim NS

26. Esteve acamado e/ou hospitalizado nos últimos meses? Sim Não

27. Frequenta a Unidade de Saúde de seu bairro? Sim Não

Se sim:

quando está doente para se prevenir de doenças só para receber medicação

quase nunca vai NS

Se não, aonde recebe atenção a sua saúde?

28. É acompanhado por alguma Equipe de Saúde da Família? Sim Não NS

Se sim, aonde? em casa no posto em casa e no posto NS

29. É hipertenso(a)? Sim Não NS

30. É diabético(a)? Sim Não NS

31. Possui alguma outra doença crônica que não perguntei? Sim Não NS

Se sim, quais? _____

32. Toma medicações controladas? Sim Não NS

33. Cuida sozinho da própria medicação? Sim Não

Se não, quem auxilia? _____

34. Faz algum tipo de dieta alimentar? Sim Não NS

Se sim, _____ porque?

35. Faz algum tipo de atividade física? Sim Não

Se sim, qual? _____

Onde? _____

AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO COM O GRUPO DE IDOSOS

36. Há quanto tempo frequenta grupos? _____ NS

37. Quanto tempo frequenta esse grupo? _____ NS

38. Faz (ou fez) parte de outros grupos, além deste? Sim Não NS

39. Foi convidado(a), por alguém, para participar deste grupo? () Sim () Não
() NS

40. Qual(is) a(s) atividade(s) que mais gosta no grupo?

() verificar p.a. e glicemia () atividade física () danças e festas ()
atividades sobre alimentação () atividades sobre prevenção em saúde () NS
() outras Especificar:

41. Tem amigos no grupo? () Sim () Não () NS

Se sim, são amigos:

() que já eram amigos antes () ficaram amigos no grupo
() não conseguiu se enturmar no grupo até então.

42. Já recebeu alguma informação /dica nas atividades do grupo que ajudaram
a melhorar sua saúde? () Sim () Não () NS

Se sim, em relação a que? () medicação () atividade física () alimentação
() prevenção de doenças () outros

43. No grupo, os participantes têm oportunidades de discutirem sobre os
problemas da comunidade? () Sim () Não () NS

Se sim, com que frequência? () sempre () poucas vezes () quando o
problema é trazido por alguém () quase nunca

AValiação DA SAúDE BUCAL

(Fonte adaptada da Avaliação de Saúde Bucal da Caderneta do Idoso – MS)

44. Como avalia sua saúde bucal?

() Excelente () Regular () Boa () Ruim () Muito Ruim () NS

45. Fuma? () Sim () Não () As vezes

46. Bebe? () Sim () Não () As vezes

47. Precisa de próteses dentárias? () Sim () Não () NS

Se sim, usa? () Sim () Não

Se sim, total () parcial ()

Se sim, estão boas ou precisam ser trocadas? () Boas () Precisam ser
trocadas

Se sim, há quanto tempo usa a prótese atual?

() menos de 6 meses () mais de 6 meses () mais de 1 ano () mais de 2
anos

() mais de 5 anos () mais de 10 anos () NS

Se sim, costuma limpar as próteses depois de comer?

() Sim () Não () As vezes () Nunca () NS

48. Ainda possui dentes naturais na boca? () Sim () Não () NS

Se sim, possui presença evidente de placa bacteriana?

Sim Não Não foi possível visualizar

Se sim, possui presença evidente de cárie?

Sim Não Não foi possível visualizar

Se sim, possui presença evidente de gengivite?

Sim Não Não foi possível visualizar

Se sim, possui presença evidente de periodontite?

Sim Não Não foi possível visualizar

49. Possui lesões ou alterações de mucosa?

Sim Não Não foi possível visualizar

50. Quando foi a última consulta odontológica do senhor(ra)

menos de 6 meses mais de 6 meses mais de 1 ano mais de 2
anos

mais de 5 anos mais de 10 anos NS

APÊNDICE B – ENTREVISTA COM O COORDENADOR DO GRUPO

NÚMERO: _____

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

HORÁRIO: INÍCIO: _____:_____ - TÉRMINO: _____:_____

NOME DO GRUPO DE IDOSOS:

SR /CORES: _____

UAPS: _____

LOCAL DE ENCONTRO DO GRUPO:

FREQUÊNCIA DOS ENCONTROS:

NOME DO COORDENADOR:

PROFISSÃO:

1.Existe algum outro responsável pelo grupo ? () Sim () Não

2.Se sim, quem é e qual sua formação?

3.Qual a principal motivação para a formação do grupo ?

4.Você possui alguma formação específica para trabalhar com grupos ?

() Sim () Não

5. Se sim, qual?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS

O Sr(ra) está sendo convidado(a), pela pesquisadora Karla Verbena Salviano Cavalcante, como participante da pesquisa intitulada **“ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INTEGRANTES DE GRUPOS DO SISTEMA DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CE”**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A presente pesquisa, vinculada à dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, da referida pesquisadora, tem por objetivo conhecer algumas características sócio-demográficas (renda, escolaridade, estado civil, religião...), e de saúde geral e bucal dos idosos, que participam de grupos, que integram as Unidades de Atenção Primária em Saúde – UAPS, do sistema de saúde do município de Fortaleza, englobando suas seis Secretarias Regionais, buscando, assim: beneficiar o planejamento de ações/intervenções, dentro da Estratégia Saúde da Família, voltadas aos idosos, condizentes com suas realidades; proporcionar uma compreensão a cerca da relação deste público, com a rede de atenção básica municipal; fazer um levantamento de suas principais necessidades de saúde geral e bucal, e promover uma maior visibilidade aos grupos de idosos, organizados no município.

Para tanto, as informações serão obtidas por meio de entrevista, que conterà 50 perguntas e, terá um tempo, aproximado, de 25 minutos. Posteriormente, um exame oral será realizado pela própria pesquisadora/cirurgiã-dentista, de maneira reservada e individual, no próprio local da entrevista, utilizando um abaixador de língua (espátula de madeira), a fim de avaliar a saúde bucal do entrevistado, estimando-se, para tanto, um tempo de 5 minutos.

Todos os métodos utilizados nesta pesquisa buscam minimizar ou anular qualquer risco à integridade física e psicológica de seus participantes, não sendo utilizado nenhum método sem comprovação científica, porém a qualquer momento o participante poderá recusa-se a continuar participando da pesquisa, ou retirar o seu consentimento, sem qualquer espécie de prejuízo para si. Não haverá nenhum tipo de pagamento financeiro aos participantes desta pesquisa.

Ainda objetivando reduzir os riscos aos participantes, fica garantido sigilo sobre todas as informações repassadas a pesquisadora, tendo acesso a estas apenas os responsáveis pela pesquisa. É garantido, também, que a divulgação das mencionadas informações, só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

A qualquer momento, o participante poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelos telefones/endereço da pesquisadora, contidos na via deste termo, que será entregue a cada participante.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Karla Verbena Salviano Cavalcante

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Departamento de Enfermagem

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo

Telefones para contato: 3366-8449

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ___ anos, RG: _____ - declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante desta pesquisa.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Assinatura do participante da pesquisa – Idoso

Assinatura do pesquisador principal (aplicador do TCLE)

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COORDENADORES DE GRUPOS

Sr. (a) Coordenador (a), você está sendo convidado(a), pela pesquisadora Karla Verbena Salviano Cavalcante, como participante da pesquisa intitulada **“ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INTEGRANTES DE GRUPOS DO SISTEMA DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CE”**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A presente pesquisa, vinculada à dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, da referida pesquisadora, tem como um de seus objetivos compreender a origem e as atividades desenvolvidas nos grupos de idosos, que integram as Unidades de Atenção Primária em Saúde – UAPS, do sistema de saúde de Fortaleza, englobando suas seis Secretarias Regionais, bem como conhecer seus respectivos coordenadores, suas formações e experiências com trabalhos em grupos. Além disso, a pesquisa busca também conhecer algumas características sócio-demográficas e de saúde geral e bucal dos idosos participantes, buscando, assim: beneficiar o planejamento de ações/intervenções, dentro da Estratégia Saúde da Família, voltadas aos idosos, condizentes com suas realidades; proporcionar uma compreensão a cerca da relação deste público, com a rede de atenção básica municipal; fazer um levantamento de suas principais necessidades de saúde geral e bucal, e promover uma maior visibilidade aos grupos de idosos, organizados no município.

As informações serão obtidas por meio de entrevistas realizadas com coordenadores de grupos, bem como os idosos. Os coordenadores preencherão os dados de identificação pessoal e a mais 5 perguntas, num tempo, aproximado, de 15 minutos de duração.

Todos os métodos utilizados nesta pesquisa buscam minimizar ou anular qualquer risco à integridade física e psicológica de seus participantes, não sendo utilizado nenhum método sem comprovação científica, porém a qualquer momento o participante poderá recusa-se a continuar participando da pesquisa, ou retirar o seu consentimento, sem qualquer espécie de prejuízo para si. Não haverá nenhum tipo de pagamento financeiro aos participantes desta pesquisa.

Ainda objetivando reduzir os riscos aos participantes, fica garantido sigilo sobre todas as informações repassadas a pesquisadora, tendo acesso a estas apenas os responsáveis pela pesquisa. É garantido, também, que a divulgação das mencionadas informações, só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

A qualquer momento, o participante poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelos telefones/endereço da pesquisadora, contidos na via deste termo, que será entregue a cada participante.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Karla Verbena Salviano Cavalcante

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Departamento de Enfermagem

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo

Telefones para contato: 3366-8449

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante desta pesquisa.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa – Coordenador de Grupo

Assinatura do pesquisador principal (aplicador do TCLE)

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INTEGRANTES DE GRUPOS DO SISTEMA DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CE

Pesquisador: KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04313618.3.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.262.858

Apresentação do Projeto:

Projeto de Tese de Mestrado a ser apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará / rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. O objetivo do estudo é conhecer o perfil sócio demográfico e de saúde bucal dos idosos, participantes de grupos, que integram as Unidades de Atenção Primária em Saúde – UAPS, do sistema de saúde do município de Fortaleza. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, em formato de levantamento epidemiológico, que será realizada junto aos coordenadores de grupos de idosos, bem como os idosos participantes destes grupos, vinculados às UAPS, e, como variáveis, as características sócio-demográficas e de saúde bucal dos idosos, e algumas informações a cerca dos grupos. Os resultados serão representados por meio de dados estatísticos/numéricos e o processo de raciocínio lógico, se dará pelo raciocínio dedutivo. A amostra será de 209 idosos e 21 coordenadores de grupos. A coleta de dados terá 2 momentos: a) entrevista com coordenadores dos grupos e idosos; e b) um exame clínico oral, dos idosos participantes, realizado diretamente pela pesquisadora. Serão incluídas pessoas na faixa etária de 60 anos e mais, de ambos os sexos, sem distinção de raça, cor ou etnia, que apresentem capacidade cognitiva autorrelatada satisfatória, que residam em Fortaleza e que sejam participantes efetivos de grupo de idoso, devidamente cadastrado.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

Município: FORTALEZA

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.262.858

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o perfil sócio demográfico e de saúde bucal dos idosos, participantes de grupos, que integram as Unidades de Atenção Primária em Saúde – UAPS, do sistema de saúde do município de Fortaleza.

Objetivos Secundários:

Caracterizar o perfil sócio demográfico e de saúde bucal dos idosos participantes de grupos que integram as Unidades de Atenção Primária em Saúde – UAPS.

Compreender as principais motivações, que originam e estruturam, os grupos de idosos na Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa apresenta risco mínimo em cada etapa: os coordenadores de unidade podem sentir desconforto ao responder questões que possam ser interpretadas como pessoalmente avaliativas. Os pacientes, por sua vez, podem sentir algum desconforto pelo número de perguntas a serem respondidas ou durante o exame bucal.

Benefícios: Não há benefícios diretos para nenhum dos participantes do estudo, porém a pesquisadora relata que os resultados poderão fomentar maior conhecimento a cerca de suas características sócio demográficas, suas relações com a atenção básica de saúde e suas necessidades de saúde geral e bucal, permitindo, assim, que ações/intervenções sejam mais apropriadamente desenvolvidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com objeto de pesquisa claro e congruente com a metodologia apresentada. Procedimentos administrativos e éticos descritos e congruentes com as recomendações da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.262.858

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1264236.pdf	28/03/2019 23:49:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_50.doc	28/03/2019 23:47:41	KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MOD_COMITE.pdf	28/03/2019 23:45:02	KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE	Aceito
Outros	Curriculum_lates_KVSC.pdf	04/12/2018 17:52:45	KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE	Aceito
Outros	CARTA_PARA_APREC_PDF.pdf	04/12/2018 17:50:23	KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECL_DE_CONCORD.pdf	04/12/2018 17:49:34	KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE	Aceito
Orçamento	orcamentopdf.pdf	04/12/2018 17:48:27	KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DOC_COGETS_PDF.pdf	04/12/2018 17:41:49	KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_pdf.pdf	04/12/2018 17:40:19	KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PDF.pdf	04/12/2018 17:37:54	KARLA VERBENA SALVIANO CAVALCANTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 12 de Abril de 2019

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br