

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

Desenvolvimento de instrumento de avaliação de conhecimentos, atitudes e
práticas relacionadas à odontogeriatria

Andreas Rucks Varvaki Rados

Porto Alegre, Julho de 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

NÍVEL MESTRADO

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

Linha de pesquisa: Epidemiologia, etiopatogenia e repercussão das doenças da cavidade bucal e estruturas anexas

Desenvolvimento de instrumento de avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à odontogeriatria

Andreas Rucks Varvaki Rados

Orientadora: Profa. Dra. Dalva Maria Pereira Padilha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do título de mestre em Saúde Bucal Coletiva.

Porto Alegre, Julho de 2015

CIP - Catalogação na Publicação

Rucks Varvaki Rados, ANDREAS

Desenvolvimento de instrumento de avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à odontogeriatrics / ANDREAS Rucks Varvaki Rados. -- 2015.

61 f.

Orientadora: Dalva Maria Pereira Padilha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Avaliação Educacional. 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 3. Gerontologia. I. Maria Pereira Padilha, Dalva , orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dedicatória

Dedico esse trabalho às minhas avós **Ida** e **Theopi**, por me ensinarem, cada uma à sua maneira, o valor das coisas em nossas vidas.

Agradecimentos Especiais

O começo dos agradecimentos começa por quem “fez” o autor deste trabalho. **Pantelis e Lilian**, apesar das divergências de opiniões e posições, o afeto que eu tenho por vocês não é mensurável nem passível de descrição em palavras. Meu muito obrigado por todas as oportunidades que vocês me deram e por tudo que fizeram por e para mim. Essa conquista é nossa!

À minha Γιαγιά **Theopi**, por ter criado a família à qual pertenço, com os valores que temos e do modo que somos. Te amo.

À minha Oma **Ida**, por me proporcionar ensinamentos que não estão nos livros, mas nos dias da vida que viveu. Te amo.

Ao meu irmão caçula, **Gregório**, por ser meu melhor amigo, *room-mate*, confidente e dividir comigo diversos dos melhores momentos da minha vida. Ser teu irmão é um prazer inenarrável.

Ao meu irmão mais velho, **Dimitris**, pela pessoa que és, pelo exemplo que tu me dá, através das tuas conquistas e por ter trazido para perto de nós, uma pessoa tão doce e amável como tua esposa **Débora**.

Ao núcleo carioca, **Heitor, Helena e Manoel**, por me acolherem nas minhas idas ao Rio, por me ensinarem coisas que não aprendi em casa, me desacomodarem em momentos de preguiça e, acima de tudo, me ensinarem que a capacidade do diálogo é a chave para o entendimento de uma família.

Ao núcleo catarina, **Gregório, Marina, Sofia, Theopi**, por acreditarem em mim e me instigarem constantemente a buscar o que é melhor para todos.

Ao núcleo gaúcho, **Ana, Evangelo e Yannis**, por me lembrarem que nem tudo são rosas e pelos momentos de alívio no estresse que minha cervical passou.

Ao núcleo **Estermann Meyer**, Tia Dag, Fabian, Gui, Henrique, por serem minha família com outro sobrenome.

À minha orientadora **Profa. Dalva Maria Pereira Padilha**, por ter me incentivado a seguir a carreira acadêmica, ter me dado a oportunidade de trabalhar com meus “co-”orientadores e ter sido a pessoa a me dar a notícia, à época, que eu seria contratado como professor substituto.

Ao professor **Renato José De Marchi**, por ter aceitado essa missão logo no início de sua carreira como docente e ter feito isso de maneira ímpar.

À professora **Aline Blaya Martins**, pelo exemplo de pessoa que és e por acreditar em mim desde a graduação, sempre incentivando meu sonho na Saúde Pública.

À **Mariana, Beatriz, Joana e Betina** por colocarem um sorriso no rosto dos seus pais enquanto contribui com alguns fios de cabelos brancos na cabeça deles.

Agradecimentos

Agradeço à **vida** por me permitir as oportunidades e ensinamentos que tive até agora e ainda virei a ter.

À **Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Faculdade de Odontologia** por me acolherem em mais uma fase de minha formação, ajudando a me tornar o profissional que um dia almejo me tornar.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** por permitir minha imersão no mundo acadêmico através da bolsa de estudos que me foi concedida.

Aos professores **Fernando Neves Hugo e Juliana Balbinot Hilgert**, pelas oportunidades que sempre me ofereceram e por estarem sempre a disposição quando precisei.

À professora **Vânia Camargo Fontanella**, pelos ensinamentos enquanto docente e pela parceria nesses mais de dois anos de contato direto na Semiologia.

À professora **Solange Beyes Bercht**, por ter me feito acreditar que meus sonhos eram belos e possíveis.

Aos **participantes** entrevistados neste trabalho, suas considerações serviram para o desenvolvimento deste trabalho e do autor dele também.

Aos meus colegas de turma: **Aline, Augusto, Caroline, Charlene, Nathalia, Violeta**. O aprendizado ao lado de vocês foi muito mais divertido. Inclusive a bioestatística...

Ao meu colega de turma, profissão e mestrado **Romulo Cantarelli**, pelos diversos momentos discutindo pesquisa, futebol mulheres e afins em

sala de aula ou em mesas de bar, afinal, a ciência se faz em todos os cantos.

Aos meus amigos do **Lixaredo, do bondi e da rapeize** por apoiarem minhas escolhas, entenderem meus “não posso” e, mesmo assim, seguirem insistindo nos convites. Agora eu posso!

A vida e a sabedoria vão somente em uma direção, a primeira sempre atingirá um fim, a segunda, não.

Sumário

Apresentação	12
Introdução	13
Revisão de Literatura	15
Descrição do Cenário	23
Objetivos	25
Manuscrito	26
Considerações Finais	44
Referências	45
Anexos	47

Lista de Siglas

Faculdade de Odontologia - FO

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Conhecimentos, Atitudes e Práticas - CAP

Instituição de Longa Permanência - ILP

Agentes Comunitários de Saúde - ACS

Visitas Domiciliares - VD

Sistema Único de Saúde - SUS

Teoria Fundamentada em Dados - TFD

Comissão de Graduação em Odontologia - COMGRAD-ODO

Comissão de Pesquisa em Odontologia - COMPESQ-ODO

Resumo

Introdução/Objetivos: Uma das etapas da formação do cirurgião-dentista passa pelo entendimento dos processos relacionados ao envelhecimento. O objetivo do presente trabalho é definir os conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) dos profissionais com relação à saúde do idoso, para a criação de um instrumento de avaliação.

Metodologia: Para a definição dos domínios do instrumento CAP foram realizadas entrevistas com dez profissionais de saúde e educação com experiência na geriatria. As entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro estruturado. Também foi realizada uma revisão da literatura e legislação das políticas públicas vigentes. Realizou-se análise qualitativa dos dados obtidos a partir de princípios da Teoria Fundamentada em Dados.

Resultados: Como resultado da análise qualitativa, definiu-se os domínios do instrumento como sendo: conhecimento clínico, conhecimento contextual e conhecimento das políticas de saúde. As atitudes foram divididas entre “Saber ser” e “Medos e inseguranças” e as práticas a serem avaliadas seriam: práticas clínicas, de inclusão/acesso e de planejamento.

Conclusão: Através da metodologia proposta, identificaram-se os domínios referentes aos conhecimentos, atitudes e práticas que devem ser utilizados para o desenvolvimento do instrumento de avaliação.

Palavras-Chave: Avaliação Educacional; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Gerontologia.

Abstract

Introduction / Objectives: The formation of the dentist requires an understanding of the processes related to aging. The objective of this study is to define the knowledge, attitudes and practices (KAP) of professional regarding the health of the elderly, for the creation of an instrument of evaluation.

Methodology: For the definition of CAP instrument domains interviews were conducted with ten health and education professionals with expertise in geriatrics. The interviews were conducted from a structured script. Also a literature review of existing legislation and public policies was held. We conducted qualitative analysis of data obtained from principles of Grounded Theory.

Results: As a result of qualitative analysis, we defined areas of the instrument as: clinical knowledge, contextual knowledge and understanding of health policies. The attitudes were divided between "Knowing how to be" and "Fears and insecurities" and the practices to be evaluated are: clinical practice, inclusion / access and planning.

Conclusion: Through the proposed methodology, it identified the areas relating to knowledge, attitudes and practices that should be used for the development of the evaluation instrument.

Keywords: Educational Evaluation; Knowledge, Attitudes, Practice; Gerontology

Apresentação

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado em Odontologia cujo *“Desenvolvimento de instrumento de avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à odontogeriatria”* apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em sete de Agosto de 2015. A banca avaliadora desta dissertação foi composta pelos professores doutores:, Cristianne Maria Famer Rocha, Ramona Ceriotti Toassi e Ricardo Burg Ceccim, tendo a professora Camila Mello dos Santos como suplente

O desenvolvimento deste trabalho se deu a partir de uma revisão da literatura e da legislação específica sobre a população idosa, entrevistas individuais com profissionais com experiência na área. Foram entrevistados profissionais de saúde, professores e experts em geriatria para confirmar e/ou acrescentar novos domínios ao instrumento de avaliação CAP. O candidato ao título de mestre também participou das reuniões onde se realizaram as pactuações necessárias para a construção do Estágio em Odontogeriatria para o curso noturno em Odontologia da FO-UFRGS. O plano de ensino do Estágio serviu como base para o roteiro das entrevistas realizadas. Fazem parte do grupo de pesquisadores envolvidos nesse trabalho: Renato José De Marchi, Aline Blaya Martins, Dalva Maria Pereira Padilha e o autor do trabalho em questão, Andreas Rucks Varvaki Rados.

O trabalho é apresentado em 3 partes:

1. Introdução, Revisão da literatura , Descrição do cenário e Objetivos
2. Manuscrito
3. Considerações Finais

Documentos relevantes ao trabalho são apresentados nos anexos.

1.1 Introdução

O aumento da expectativa de vida e o conseqüente aumento dos anos vividos foi uma importante conquista obtida com os avanços da terapêutica em saúde e a melhoria das condições de vida das populações ao redor do mundo (WHO, 2002). Em paralelo às pesquisas para a melhoria das condições de saúde, estudos começaram a apontar a necessidade de uma melhor compreensão desse processo e as conseqüências que esse fenômeno poderia causar em nossa sociedade (Kalache, 2007).

No Brasil, apesar desse fenômeno estar acontecendo de maneira mais tardia que nos países industrializados, no início do século XXI já contávamos com uma população de mais de 14 milhões de idosos em todo o território nacional (IBGE, 2006). A fim de melhor abordar essa questão, o governo federal brasileiro publicou em 1994 uma lei criando a política nacional do idoso, permitindo uma discriminação positiva dessa população em diversas áreas da sociedade, sendo a saúde, uma destas.

A Odontologia só reconheceu a geriatria como uma especialidade em 2001. Alguns anos antes, cientes e conhecedores da transição epidemiológica e demográfica vigente, os professores Dalva Maria Pereira Padilha e Júlio Baldisserotto criaram a disciplina de odontogeriatría na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na qual os alunos realizavam atividades em uma instituição de longa permanência. Anos mais tarde, com a reforma curricular, a disciplina se tornou um estágio em odontogeriatría.

Com o Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais e o Programa Universidade Para Todos, foi criado o curso de Odontologia noturno da UFRGS. O fato de o estágio ser no turno da noite e a

possibilidade de desenvolver uma proposta diferente do curso diurno permitiu aos professores repensarem os campos de estágio onde os alunos fariam suas vivências práticas. Frente a esse desafio, decidiu-se reformular a proposta de contato com essa população, optando pela busca ativa desses idosos em suas residências, através de visitas domiciliares acompanhadas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsáveis pelas microáreas onde esses idosos vivessem.

Apesar de o ensino de geriatria acontecer na FO-UFRGS há mais de 15 anos, não há um instrumento de avaliação de ensino que seja realizado de maneira sistemática. Para investigarmos a formação em saúde, propomos a criação de um instrumento de avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à gerontologia. Acreditamos que esse modelo de avaliação possa ser capaz de identificar eventuais lacunas nos assuntos trabalhados ao longo do semestre letivo, perceber erros conceituais ou preconceitos, bem como questões relacionadas aos processos de trabalho.

1.2 Revisão da literatura

O envelhecimento populacional está ocorrendo no mundo todo desde o final da década de 1940. Ainda que esteja acontecendo mais tardiamente no Brasil, também é possível notar a mudança na estrutura da pirâmide etária brasileira devido à diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade (Carvalho & Garcia, 2003; IBGE, 2006). Frente a esse quadro de envelhecimento da população mundial, surgiu a necessidade de uma melhor compreensão desse processo. É também da década de 1940, que surgem os primeiros estudos sobre a geriatria, em um contexto mais amplo (EUA, 2014).

No Brasil, o primeiro passo para a incorporação do cuidado à pessoa idosa pelo SUS foi a Lei Federal nº 8842/94, que, dentre outras determinações criou a política nacional do idoso e o conselho nacional do idoso, anos antes do reconhecimento da especialidade. Dentre as resoluções, incluiu a gerontologia e geriatria como disciplinas curriculares de cursos superiores da área da saúde.

Além da Lei nº 8842/94, em 2006, foi publicada a Portaria MS/GM nº2.528 e com isso foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A finalidade dessa proposta é:

“recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.”

Dentre suas resoluções, estão as diretrizes e as responsabilidades interinstitucionais, com descrição pormenorizada de cada esfera de governo, articulação intersetorial (saúde, educação, justiça etc.) e medidas de avaliação e monitoramento.

Também em 2006, foi publicado o Caderno de Atenção Básica nº 19, voltado ao tema do envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Nele estão informações pertinentes a respeito desta etapa da vida, além de questões relacionadas à promoção de saúde, atribuições dos profissionais da atenção básica, informações sobre as alterações de saúde mais prevalentes, aspectos relacionados ao suporte familiar e aspectos cognitivos.

Em 2011, tivemos a criação da Política Nacional de Atenção Domiciliar (Brasil, 2011). Apesar de não fazer distinção com relação a ciclos de vida, existe uma demanda em função de sequelas incapacitantes decorrentes de Acidentes Vasculares Cerebrais, além de pacientes que necessitem cuidados paliativos. Assim como o caderno nº19, ela cita morbidades encontradas em indivíduos idosos e propõe meios de atenção, além das questões específicas, relacionadas ao cuidado dessa população.

Somada a essas políticas, a questão da educação permanente em saúde traz pontos relevantes a serem trabalhados na proposta de relação ensino-serviço de saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2008). Dentre as questões trabalhadas pelos autores, está a qualificação das atividades prestadas pelos serviços de saúde através da vivência com os estagiários ou alunos de cursos de ensino superior, melhoria da organização dos processos de trabalho e permitindo uma maior participação dos usuários dos serviços no sentido de tomada de decisões a respeito de sua própria saúde, buscando uma maior autonomia dos sujeitos envolvidos (Ceccim & Feuerwerker 2008, Ceccim 2004)

Anteriormente à oficialização das bases legais para o ensino da geriatria no Brasil, os professores Dalva Maria Pereira Padilha e Julio Baldisserotto além de outros professores do departamento de Odontologia Preventiva e Social foram os responsáveis por iniciar e desenvolver o ensino, extensão e pesquisa em odontogeriatría na instituição.

No currículo da graduação, a disciplina era composta por encontros teóricos com abordagem multidisciplinar. A parte prática era desenvolvida em uma Instituição Geriátrica de caridade, a partir de um vínculo informal com docentes da unidade (FO-UFRGS). Além disso, a “Clínica de Odontogeriatría” existente na FO-UFRGS prestava atendimento a idosos independentes ou que conseguissem acessar as consultas na instituição. Com a mudança curricular, implantada em 2005, a disciplina foi transformada em Estágio Supervisionado em Odontogeriatría e o atendimento ambulatorial nas clínicas da unidade deixou de fazer parte da disciplina, ficando as práticas restritas ao módulo existente no asilo e em uma unidade de saúde vinculada ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A mudança curricular terminou com as clínicas de especialidades e a clínica da disciplina também deixou de existir. O atendimento, agora com a lógica de complexidade crescente (Clínica Odontológica I, II, III, IV), fez com que o cuidado odontológico de idosos na FO-UFRGS fosse distribuído a partir do terceiro semestre de clínica (Clínica Odontológica III).

Ao longo desses 15 anos, aproximadamente 1200 cirurgiões-dentistas foram formados tendo a disciplina de geriatria como uma das ferramentas para o manejo de pacientes idosos. Em todo esse período, nenhuma avaliação da disciplina, a fim de verificar se esta fornece subsídios para os egressos da FO-UFRGS no atendimento de idosos, foi realizada. O adequado seria a qualificação para a prestação de serviço em consultórios

odontológicos, em ambiente hospitalar ou domiciliar, além de fornecer ferramentas para o cirurgião-dentista formar cuidadores ou equipe de enfermagem com relação aos cuidados com a saúde bucal dos idosos.

A competência é descrita como o desempenho do indivíduo no seu trabalho (Gilbert, 1978). Hendricson e cols. (2006) definem como a capacidade de exercer suas funções sem supervisão, com a tendência de um crescente em termos de expertise.

Outras áreas da saúde, e principalmente a Enfermagem, apresentam esse conceito como o desempenho profissional realizado de maneira satisfatória (Eraut, 1994). Atualmente, ela é compreendida de maneira holística, onde o julgamento profissional, associado a uma prática reflexiva e que considere o contexto ao qual o profissional está inserido é que define esse conceito (Cowan *et al.*, 2007). Entretanto a competência é termo mutável, e que deve ser revisto, conforme as necessidades forem se modificando com o tempo (Cowan *et al.* 2007)

A Odontologia apresenta trabalhos de avaliação de ensino em diversos currículos e diferentes especialidades. Existem estudos avaliando a efetividade do ensino para a confecção de próteses totais (Montero *et al.*, 2013), o ensino de competências em endodontia (Seijo *et al.*, 2013), dentre outros. Com relação à Odontogeriatrics, no entanto, não foram encontrados estudos brasileiros sobre avaliação das competências e ensino na área.

Na literatura internacional, por sua vez, existem alguns estudos relatando experiências de diferentes locais. Dois artigos relatam a experiência canadense em dois momentos distintos. O primeiro, escrito por MacEntee *et al.* (1992) relata a vivência dos alunos, já em seu último ano,

acompanhando o dentista e o técnico em saúde bucal dos asilos vinculados à instituição. O objetivo dessa vivência era identificar possíveis necessidades dos idosos, necessidade de educação em saúde bucal aos cuidadores e expor os alunos a um serviço de saúde bucal com idosos institucionalizados. Apesar das potencialidades identificadas com esse modelo de ensino (unir teoria com a prática clínica, dificuldade no cuidado à saúde bucal dos idosos etc.) os autores citam a necessidade de um maior contato com idosos residentes dessas instituições e/ou dependentes.

Alguns anos depois, Brondani *et al.* (2012) relata a experiência da universidade de British Columbia, onde foram criados módulos de serviço comunitário no lugar do sistema de rotação descrito acima. Esses módulos são divididos em quatro momentos, *aprendizado em serviços comunitários, odontogeriatria, odontopediatria, pacientes com necessidades especiais*. Essa lógica permite que o aluno desenvolva projetos em diferentes serviços comunitários. O artigo em questão versa sobre um deles realizado em asilos com a proposta de educação e promoção em saúde com os cuidadores. Ao final do projeto, e conseqüentemente, da disciplina, houve avaliações positivas por parte dos alunos, mesmo cientes do fato de que não necessariamente a atividade desenvolvida gerou mudança no comportamento dos cuidadores.

O relato feito por Ettinger (2012) sobre o ensino em geriatria na universidade de Iowa é bastante rico em detalhes dentre os artigos sobre o tema existente na literatura. Lá, seu início se deu em 1973, como uma disciplina eletiva, cujo objetivo era melhorar o conhecimento e compreensão dos temas relacionados ao envelhecimento. Alguns anos depois, incluíram visitas à instituições de longa permanência. Com apoio local e governamental, houve a implementação de uma unidade de atendimento

móvel. Nesse momento, o curso se tornou parte do currículo obrigatório a todos os alunos, tendo um caráter multidisciplinar com cursos de diversas áreas da saúde. Em 1985, criaram a clínica de cuidados especiais, cujo objetivo era tratar pessoas com necessidades variadas. O principal diferencial dessa proposta é o fato de os pacientes serem vinculados ao corpo clínico-docente da instituição. A última mudança foi unir essa proposta com a unidade de atendimento móvel, criando bases sólidas para a educação em geriatria. Essa proposta foi fundamental para aumentar o acesso e tratamento a idosos e pacientes com necessidades especiais.

um estudo feito em universidades brasileiras, demonstrou que dois terços das instituições de ensino superior não apresentavam disciplina de odontogeriatrics (Saintrain et al. 2006). O quadro encontrado, de desconhecimento sobre a formação para a gerontologia parece contribuir para o fato da não efetividade apontada pela própria Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa e por Martins e cols (2014) que mostram que ainda serão necessários muitos avanços para que se possa ofertar atenção integral e integrada para os idosos brasileiros. Embora existam experiências nacionais e internacionais que avaliem e descrevam a formação de alunos de graduação em Odontologia no que tange o envelhecimento e práticas de odontologia parece não haver consenso no modo de se ensinar ou avaliar o ensino na área.

Acreditamos que o desenvolvimento de competências globais para a atenção à saúde dos idosos, de acordo com as necessidades e com a orientação do sistema de saúde vigente, perpassa a aquisição de conhecimentos, que embasem adequadamente atitudes e práticas determinantes das melhores condutas clínicas. Desta forma, o desenvolvimento de um instrumento que avalie conhecimentos, atitudes e

práticas (CAP) em Odontogeriatrics torna-se necessário para que se possa avaliar o que vem sendo desenvolvido em relação à temática.

A proposta de realização de entrevistas pressupõe que a obtenção dos dados ou informações obtidas deverão ser abordadas de modo qualitativo. Esta abordagem metodológica tem se mostrado cada vez mais útil com relação à Odontologia (Nico et al. 2007). Ela se baseia na categorização sistemática dos dados, e na teorização através de um processo indutivo. Para tanto se realiza um processo exploratório no qual as categorias e propriedades se relacionam a fim de criar um conceito que se aplique a esses assuntos (Glaser & Strauss, 1967). A amostragem dos participantes entrevistados no trabalho foi através do tipo amostragem teórica, na qual pretendíamos gerar uma hipótese a partir dos dados obtidos, pois ela ocorre através de encontros interativos entre pesquisador e sujeitos de pesquisa. Essa interatividade favorece a coleta, codificação e análise, visto que a partir disso é possível o desenvolvimento de uma teoria emergente (Strauss, 1987, Bowling, 2009). As entrevistas individuais são amplamente utilizada na área do marketing e desenvolvimento de produtos (Barbour, 2005) e há alguns anos essa técnica vem sendo utilizada na área da saúde, de forma crescente na pesquisa qualitativa (Chesnutt & Robson, 2002). Um dos exemplos foi sua utilização com o intuito de avaliar o ensino em faculdades de medicina (MacLeod et al., 2000).

Teoria Fundamentada em Dados (TFD) tem sua origem na Sociologia (Glaser & Strauss, 1967). Sua premissa é que os significados das coisas e situações da vida diária, no nível individual e coletivo, são negociados e compreendidos através de interações em processos sociais. Como um referencial teórico e metodológico, a TFD valoriza a sensibilidade para perceber a natureza dos fenômenos e as inter-relações entre condições (estrutura), ações (processo) e consequências

(desfechos) (Corbin & Strauss, 2008). Corbin e Strauss (2008), sugerem que os entrevistados revelam os fatores contextuais, as circunstâncias ou condições que os levam a articular determinadas respostas em termos do por que, onde, como e o que acontece. Estes fatores permitem uma forma conceitual de agrupar respostas para revelar interações, causas e consequências de um comportamento particular.

1.3 Descrição do Cenário

O Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais permitiu a criação do curso noturno de Odontologia na UFRGS. Ficou estabelecido que a estrutura curricular e a carga horária seriam espelhadas para os dois cursos em reuniões da COMGRAD-ODO enquanto o curso ainda estava em fase de elaboração.

A primeira turma iniciou o curso no segundo semestre do ano de 2010 e algumas construções foram sendo feitas com o passar dos anos. Em 2014, com a iminência da primeira turma realizar o Estágio em Odontogeriatría, foi necessária a articulação mesmo com os serviços de saúde. Como relatado anteriormente, o curso diurno realiza seus encontros em uma instituição de longa permanência e em uma unidade de saúde. A construção das novas pactuações fez com que os professores envolvidos, Aline Blaya Martins e Renato José De Marchi optassem por ir ao encontro das políticas vigentes de cuidado à saúde e ao idoso, levando os alunos ao encontro dos idosos em suas residências, e não nos serviços de saúde ou institucionalizados.

Dentre as possibilidades, o grupo de professores da disciplina optou pela proposta de articular Visitas Domiciliares com duas Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário Centro, uma vez que trata-se de um dos distritos docente-assistenciais da UFRGS, próximo à FO-UFRGS e com um número expressivo de idosos adscritos ao seu território. Anteriormente às reuniões com as equipes, foram realizadas pactuações com as áreas técnicas de Saúde Bucal, Saúde do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, COMGRAD-ODO e representantes discentes. Nesses encontros foram apresentadas as propostas de trabalho, bem como a escuta

das outras partes envolvidas no projeto. Essa parceria foi fundamental para respaldar a ideia dos professores frente às equipes futuramente.

Foram realizados encontros de apresentação da proposta e convite de parceria para os trabalhadores das ESFs onde a presença dos gestores foi fundamental. Esses encontros foram realizados durante as reuniões de equipe das ESF. Os Agentes Comunitários de Saúde foram considerados vitais para a proposta que então se construía, uma vez que sua presença nas VD seria fundamental para assegurar a manutenção e eventual reforço do vínculo do idoso com a unidade. Novamente, o plano de ensino do Estágio foi posto em discussão com as equipes, a fim de ouvir suas contribuições acerca do assunto. Foi realizado um encontro com cada uma, onde ficaram pré-acordadas as responsabilidades de cada uma das partes envolvidas. Esses momentos também serviram para explicarmos de maneira detalhada a proposta do Estágio, a fim da equipe selecionar os idosos que seriam visitados.

Feitas as pactuações, no início do ano letivo de 2015 iniciou-se o estágio, com o apoio dos ACS em todas as visitas. Tal engajamento e a noção de construção coletiva foi fundamental para a operacionalização do estágio com o êxito que obtivemos. Os encontros eram realizados por grupos de dois ou três alunos, acompanhados por um profissional da equipe, na sua maioria ACS, e por um docente e/ou pós-graduando. Os alunos tiveram a oportunidade de desenvolver coletivamente projetos terapêuticos para e com os idosos e equipes de saúde, articulando a vivência nos serviços aos conhecimentos teóricos trabalhados previamente em sala de aula. Os idosos visitados pelos alunos, seis ao todo, trouxeram vivências e trocas de conhecimento e afeto para os alunos.

A proposta de criação do instrumento CAP foi precedida de uma tentativa frustrada de tradução e validação de um instrumento de avaliação desenvolvido no Canadá. No primeiro Grupo Focal para a equivalência conceitual desse questionário ficou evidente a quantidade de limitações do instrumento e de seu escopo de investigação da realidade dos idosos brasileiros. A partir daí, optou-se pelo desenvolvimento de um novo instrumento que contemplasse os aspectos relevantes da geriatria no SUS. A mudança de rumos no trabalho foi comunicada à COMPESQ-ODO, através de ofício contido nos anexos do presente trabalho. A opção por trabalhar os conhecimentos, atitudes e práticas dos discentes advém inicialmente da dificuldade dos pesquisadores de estabelecerem formas de avaliar e comparar o desempenho dos alunos frente a uma proposta com objetivos e métodos inovadores quando comparado ao estágio que acontece no curso diurno, bem como as diferenças ao longo dos anos.

1.4 Objetivo

O presente trabalho é o início do processo de construção do instrumento de avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas acerca da Gerontologia em alunos e egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2.Manuscrito

Introdução:

O aumento da população idosa (IBGE, 2002; WHO, 2002) trouxe consigo a necessidade de melhor compreender os processos referentes ao envelhecimento e como eles repercutem na saúde do idoso (Kalache, 2007). Alguns países como o Brasil tiveram uma visão diferenciada para essa população, criando um arcabouço legal e jurídico para a proteção e promoção da saúde desse grupo populacional (Brasil, 1994), Algumas áreas da saúde, ao desenvolver o conhecimento sobre a geriatria, optaram por reconhecer essa área do conhecimento como uma especialidade, Medicina Geriátrica no caso da Medicina e Odontogeriatrics no caso da Odontologia. (CFO, 2001, CFM, 2002)

No Brasil, o reconhecimento dessas especialidades se deu no início dos anos 2000. O curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por contar com professores pesquisadores na área, cientes e conhecedores da transição epidemiológica e demográfica vigente, começou a oferecer em sua estrutura curricular desde o ano de 1998 a disciplina de Geriatria (Padilha *et al.* 1998). Inicialmente, as atividades consistiam em encontros teóricos, visitas a uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) e um turno de atendimento odontológico ambulatorial para idosos independentes(Padilha et al, 2001). Com a mudança curricular ocorrida em 2005, a disciplina adquiriu caráter de estágio em serviços de saúde voltados à população idosa. Além das mudanças propostas pelo novo currículo está o estímulo à mudança de postura do aluno, formando um profissional mais pró-ativo e conhecedor dos fatores que influenciam a saúde de maneira mais prevalente nessa população(Brasil, 2002).

O Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) ocorrido no país permitiu a criação do curso de odontologia noturno na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS) (Brasil, 2007). Frente a necessidade de realizar o mesmo estágio, porém no turno da noite, optou-se por realizar o atendimento à população idosa diretamente em suas residências (Brasil, 2011), através de pactuação com a equipe de saúde e acompanhado por agentes comunitários de saúde (Brasil, 1992). Existem relatos de experiências (Brondani et al. 2014) semelhantes às vivenciadas pelos alunos da FO-UFRGS onde os autores citam a possibilidade de engajamento com a realidade local. Um outro estudo desenvolvido em Minas Gerais (Moreira et al. 2012) buscou investigar como os conhecimentos sobre a geriatria influenciavam as atitudes dos cirurgiões-dentistas frente a população idosa. Além deste, existe uma cartilha para a investigação de conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à tuberculose (WHO, 2002) que serviu como referencial teórico para a criação do instrumento de avaliação.

Acreditamos que os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à gerontologia sejam capazes de fazer algum paralelo com o desenvolvimento de competências globais para a atenção à saúde dos idosos, de acordo com as necessidades e com a orientação do sistema de saúde vigente. Desta forma, o desenvolvimento de um instrumento CAP no contexto da gerontologia torna-se necessário para que se possa avaliar o que vem sendo desenvolvido em relação à temática ao longo desses anos e investigar se o modo como o estágio é trabalhado é capaz de produzir a mudança almejada na formação dos profissionais formados pela Faculdade de Odontologia da UFRGS. Caso se mostre eficaz, ele poderá ser aplicado em outros estados e/ou países.

O presente trabalho se propôs a definir os domínios para o instrumento de avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) baseado em entrevistas com experts na área e em revisão da literatura e da legislação sobre a geriatria (WHO, 2002).

Metodologia

O desenvolvimento de um instrumento de avaliação CAP pressupõe o cumprimento de algumas etapas que serão descritas a seguir:

Revisão da literatura

O Guia da OMS utilizado como base para a construção do instrumento coloca a necessidade de uma revisão da literatura para a definição dos objetivos da pesquisa. Através dos descritores: "geriatric education"; "dental education"; "dental education evaluation"; "knowledge, attitudes and practices"; "dentistry" foram realizadas associações entre estes nas bases de dados PUBMED, SciELO e BIREME. Os artigos incluídos neste trabalho não passaram por rigor metodológico semelhante às revisões sistemáticas.

Entrevistas

As entrevistas foram realizadas individualmente com profissionais da área da saúde, totalizando 16 horas de conversas. Um pré-requisito para a seleção dos entrevistados era que eles possuíssem experiência na área de geriatria. A sistemática de trabalho nesses encontros foi conduzida por um roteiro estruturado contendo perguntas sobre conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à geriatria. Os temas compondo cada um desses domínios foram definidos a partir da revisão da literatura e de encontros onde os autores da pesquisa participaram da elaboração e das pactuações para a construção do Estágio em Odontogeriatrics para o curso noturno da FO-UFRGS. As entrevistas foram conduzidas pelo autor do trabalho. Esses encontros foram gravados e posteriormente transcritos para a análise qualitativa através da Teoria Fundamentada em Dados.

Análise Qualitativa

A coleta e análise dos dados ocorreram interativamente. As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador (aluno do PPG) e tiveram uma média de duração de uma hora e meia, totalizando 16 horas. A mais curta durou 45 minutos enquanto a mais longa, duas horas e 20 minutos. Elas foram gravadas em áudio e transcritas para análise.

Após as entrevistas, durante as transcrições e análise, memorandos foram escritos pelo pesquisador a fim de registrar impressões que foram surgindo com relação ao trabalho, bem como direcionamentos no sentido da construção do instrumento e *insights* que ocorreram ao longo do processo.

A coleta e a análise de dados foram conduzidas com base na Teoria Fundamentada em Dados. As transcrições foram codificadas pelo pesquisador utilizando o software para análise qualitativa “RQDA[®]”, e este processo foi auditado pelo segundo autor do trabalho. A análise dos dados consistiu de três etapas principais: 1) conclusão de uma página sumária; 2) codificação; 3) redução e interpretação dos dados. A categorização apresentada no trabalho está embasada nas falas citadas nos resultados apresentados na próxima sessão e em esquema nos anexos.

Como recomendado por Miles e Huberman (1994), a página sumária foi completada imediatamente após cada entrevista com a finalidade de sumarizar as discussões, identificando os principais assuntos, e desenvolvendo hipóteses. A página sumária também auxiliou para a percepção de problemas metodológicos e na preparação para entrevistas subsequentes. O processo analítico foi recursivo e interativo, baseando-se na codificação sistemática dos dados, e teorizando através do processo de categorização das informações (Strauss & Corbin, 2008). A população-alvo

serão os cirurgiões-dentistas graduados da FO-UFRGS, a partir do início do ensino da disciplina de odontogeriatrics, no ano de 1998.

Considerações Éticas:

O presente estudo está de acordo com a resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Antes de serem convidados a participar do estudo, os indivíduos foram informados dos seus objetivos, possíveis riscos e potenciais benefícios. Todos os convidados que aceitaram participar do estudo leram e assentiram por meio de termo de consentimento livre e esclarecido.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº41292514.7.0000.5347, em 03/02/2015.

Resultados:

Foram realizadas dez entrevistas individuais com profissionais da área da saúde, com experiência na área de geriatria. Dentre esses entrevistados, três eram professores do curso de odontologia, atuando ou tendo atuado no Estágio em Odontogeriatrics, um professor da Educação com extensa produção bibliográfica sobre a geriatria, um professor de medicina, responsável pela criação do ambulatório de geriatria em uma universidade do Estado, dois médicos geriatras trabalhadores da rede de atenção em saúde do município de Porto Alegre, uma assistente social, atuante na área técnica de saúde do idoso da prefeitura de Porto Alegre, uma cirurgiã-dentista, atuando na coordenação de saúde bucal do município de Porto Alegre e uma psicóloga atuante na Secretaria municipal de saúde de Porto Alegre na área técnica de saúde do idoso e doutora em declínio cognitivo.

Conhecimentos:

Este domínio foi subdividido entre conhecimentos clínicos, conhecimento do contexto e conhecimento das políticas públicas de saúde. Analisando os dados com a metodologia proposta, os conhecimentos clínicos acabaram emergindo como a categoria central deste domínio, estando relacionado com os diversas áreas da gerontologia, bem como das políticas de envelhecimento ativo nacional e internacional e das diretrizes de ensino superior relacionadas à odontologia.

Os conhecimentos clínicos a respeito da saúde do idoso foram colocados como a base de ensino por alguns dos entrevistados. Esses conhecimentos são citados em diversos documentos e artigos científicos nacionais e internacionais voltados à essa população (OMS, 2002, Brasil 1994, Brasil 2006). *“A clínica tem que ser a base, é o que dimensiona as várias realidades da velhice”*(Professor 3), essa citação feita por um dos entrevistados para o projeto reforça a dimensão que os conhecimentos clínicos devem ter na formação do profissional da área da saúde, incluindo o cirurgião-dentista. Essa categoria de avaliação inclui todas as comorbidades sistêmicas que o idoso possa vir a ter (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes, etc). Com relação ao que chamamos de conhecimento psi *“Ela deve ser uma preocupação pra qualquer profissional de saúde... (sobre a depressão) pois é absolutamente incapacitante pras relações sociais.”*(Professor 1) foi o relato de um dos professores, bem como outras questões relacionadas à cognição como Alzheimer, depressão e eventuais comprometimentos psicológicos. Questões relacionadas à farmacologia completam o conhecimento clínico tanto no que diz respeito às medicações propriamente ditas, como as possíveis interações que elas possam causar no idoso. Também encontramos essas falas nas entrevistas: *“é bom que o dentista pergunte e conheça os remédios que tenha ação central, e que ele*

possa perguntar os medicamentos que causam efeitos colaterais e problemas bucais” (Professor 1)

O conhecimento contextual vem respaldado pelas diretrizes curriculares nacionais no seu artigo 5, onde:

“A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social” .

Isto serviu de embasamento central para essa categoria. As entrevistas com profissionais da rede deixam evidentes essas questões [*“Ele vai estar dentro da residência desse idoso e vai ver coisas que a gente não consegue ver dentro da unidade de saúde ou do consultório”*]. Na unidade acadêmica, existem algumas propostas já em andamento em consonância com tal diretriz. Estas foram usadas como exemplo para referendar a proposta das políticas: *“a proximidade com a realidade, tanto no domicílio como em uma instituição asilar, é a informação, é a educação também por meio de uma sensibilização pela realidade (Professor 2)”*.

Com relação aos conhecimentos das políticas de saúde, este foi ao encontro do fato de os dentistas terem de conhecer a realidade na qual está inserido, do ponto de vista legal. Considerando que o profissional da saúde graduado por instituições federais ou não devam ter a sua formação voltada a atender as demandas locais. *“Dentista tem que ser capaz de ofertar*

cuidado, da promoção a reabilitação na atenção básica, e isso tá bem pautado na própria política nacional de saúde bucal.”(Professor 1) A colocação acima, feita por um professor, dá a noção da importância que essas políticas têm na formação destes egressos. A vivência de profissionais da rede, com estagiários das unidades acadêmicas dá a visão do lado do trabalhador, da importância que esses conhecimentos e como os alunos devam utilizá-lo no cotidiano. *“Eu acho que, todas as políticas de saúde que existem hoje no País, só contribuem na formação do aluno, se ele estiver inserido no espaço onde as políticas acontecem...o aluno tem entrar no serviço e saber qual é realidade do serviço, como que essas políticas são colocadas em prática”*(Dentista)

Atitude

As atitudes esperadas pelos profissionais de odontologia foram subdivididas em duas categorias: “Saber Ser” e “Medos e inseguranças”. As entrevistas realizadas refinaram a revisão da literatura sobre o tema, indo ao encontro da metodologia CAP utilizada no trabalho. Aqui não há uma categoria central dentre as duas encontradas a partir dos dados coletados, entretanto, os medos e inseguranças podem ser capazes de promover uma mudança de atitude, no sentido de superar as dificuldades encontradas no dia-a-dia do profissional.

O “Saber Ser” visa representar a postura do profissional, adquirida através das vivências nos serviços de saúde, prestando cuidado à população idosa ou não. Isso é percebido claramente nas falas dos profissionais da rede: *“Uma maneira do aluno aprender é sentir...o que ele vai vivenciar na visita domiciliar, no asilo Padre Cacique, ou nas unidades de saúde”*(Professor 2). *“Ele ver que existem outras visões de mundo...e esse*

exercício a gente só aprende na vida, no contato com as pessoas". (Dentista) "A questão do respeito, conforme colocado acima, também foi outro ponto que foi constantemente citado pelos entrevistados, incentivando uma postura acolhedora frente aos idosos como colocou outro entrevistado: *"é poder mostrar para esse velho que você está disposto a ajuda-lo"* (Professor 3).

A outra categoria no âmbito das atitudes diz respeito ao medo ou inseguranças que esses profissionais possam ter em relação ao cuidado à saúde do idoso. Esse medo, segundo alguns entrevistados pode servir de catalisador para a busca de novos conhecimentos: *"a gente tem medo e vai procurar alguma coisa de conhecimento pra sanar isso"* (Médico 1) outra questão oriunda das entrevistas e que se relaciona a essa categoria, é a importância da preceptoria e do tutoramento no sentido de orientar o aluno frente às dúvidas que ele possa ter: *"ele precisa de preceptoria, pra trazer sempre esse questionamento e esse tensionamento."* (Dentista) Aqui é onde se insere a questão da educação permanente, como ferramenta para dar conta dessas dúvidas que possam surgir ao longo da vida profissional.

Prática

As práticas dizem respeito ao saber fazer desse profissional, à forma na qual ele executa sua profissão a partir dos conhecimentos adquiridos e de sua postura frente a determinada população. Os dados coletados através das entrevistas e da revisão da literatura e das políticas de ensino existentes resultaram nas seguintes categorias: práticas clínicas, inclusão e acesso de planejamento. As práticas clínicas também acabaram sendo alocadas como a categoria central deste domínio. Em comparação com os

conhecimentos, aqui houve a subcategorização entre práticas de campo e núcleo.

A prática clínica é a conduta do profissional, o saber fazer prático, clínico. O foco da investigação vai desde os procedimentos odontológicos – práticas de núcleo – até as práticas de promoção e prevenção de saúde – práticas de campo – alinhado à integralidade prevista pelo SUS. Nosso objetivo foi investigar aquelas que são voltadas a saúde do idoso: *“Pra população idosa ele tem que saber relacionar o que ele visualiza clinicamente com situações que não são clínicas. Ele tem que saber identificar que fatores podem tá interferindo na saúde bucal”* (Dentista). Ressaltam também da importância das práticas de núcleo e sua relação com o campo da saúde do idoso: *“nós dentistas, temos que contribuir na saúde bucal que vai refletir em uma saúde adequada com a alimentação.”* (Professor 2)

As práticas de inclusão e acesso aos serviços de saúde são pautadas em diversas políticas e protocolos de cuidado como a política de envelhecimento ativo da OMS, a política nacional do idoso, o Caderno de Atenção Básica nº19 e nas falas dos entrevistados: *“Que o profissional que sai da graduação, não só da odonto da UFRGS, deveria ser capaz, deveria ter o conjunto de habilidades e competências pra resolver minimamente os problemas de atenção básica, que são enormes.”* (Professor 1) Os critérios de fragilidade também devem ser adquiridos e trabalhados para que essa demanda existente na população idosa seja contemplada de maneira adequada: *“quando a gente fala em idoso frágil, a gente, além de saber os critérios de fragilidade, a gente tem que ter a visão das síndromes geriátricas, e isso é uma coisa meio instantânea.”* (Médico 1) Mais recentemente, foi implantada a política de atenção domiciliar no Brasil

(Brasil, 2011) e essa também deve ser uma prática desenvolvida pelo dentista: *“ele precisa conhecer as barreiras de acesso... para fazer a atenção domiciliar.”* (Professor 3)

A capacidade de saber planejar deverá ser aferida através de determinadas estratégias, dentre elas, o cuidado singular e outras modalidades de gestão do cuidado propostas por Merhy (2012). Essa disciplina foi pensada de modo a trabalhar o cuidado aos idosos de maneira singularizada e em seu território. Tal fato foi percebido e criticado por um dos entrevistados: *“Eu vejo nessa proposta de vocês, muito mais o planejamento pra gestão da clínica”* (Professor 1) A nossa proposta aqui é avaliar se o profissional é capaz de articular-se com outros profissionais da área da saúde ou não e que possa discutir casos e atuar em equipes multiprofissionais: *“ter a noção de que trabalho em rede é muito importante, que a gente não consegue fazer um bom trabalho sozinho, que a gente precisa dos outros e que conversar traz muita informação e que a gente pode saber muita coisa.”* (Médico 1)

Discussão:

A definição dos domínios que compõem os conhecimentos, atitudes e práticas fundamentais para a elaboração de um instrumento de avaliação da consolidação do processo de ensino-aprendizagem é o fechamento de uma etapa que se iniciou na construção do estágio de Odontogeriatrics da FO-UFRGS. Através de entrevistas e de uma revisão da literatura foi possível criar uma linha de raciocínio estabelecendo critérios para a avaliação dos conhecimentos atitudes e práticas de graduados da UFRGS e, possivelmente de outros profissionais atuantes na Odontologia.

Os conhecimentos clínicos a respeito da saúde do idoso foram colocados como a base de ensino por alguns dos entrevistados. Esses conhecimentos são citados em diversos documentos e artigos científicos nacionais e internacionais voltados à essa população (Brasil, 1994, 2006; OMS, 2002, Moraes *et al.* 2010). Além disso, estudos internacionais utilizam instrumentos CAP para a investigação de conhecimentos clínicos com profissionais de saúde (Demyatico E. 2014). Além da questão clínica, a parte psicológica também apresenta estudos que utilizam o CAP para avaliação desses conhecimentos (Thavichachart *et al.* 2001). Os conhecimentos farmacológicos, que fecham o rol de conhecimentos clínicos apresentam publicações que sustentam o uso de instrumentos CAP na área de farmacologia (Ahmad *et al.* 2013, Huang *et al.* 2013, Walimbe *et al.* 2014).

A proposta de formar o conhecimento contextual a partir da ida às residências dos idosos se dá a partir da necessidade de formar um profissional conhecedor da realidade na qual os cidadãos estão inseridos (Brasil, 2002). Ceccim e Feuerwerker (2004) colocam a vivência nos serviços de saúde como a maneira mais adequada para que tal fato ocorra. Esses encontros entre o aluno, representando a academia e a equipe de saúde permitem a criação de espaços potenciais onde o aluno toma contato com a realidade e a maneira que ela se relaciona com sua profissão, possibilitando criar no aluno noções de cidadania (Ceccim & Ferla, 2009). A equipe de saúde, através da presença daquele aluno, pode se permitir repensar seus processos de trabalho e ferramentas de cuidado através dos conhecimentos “de vanguarda” que o estudante pode trazer para o contato dessas pessoas (Ceccim, 2005). As entrevistas também ressaltaram a necessidade de abertura de ambas as partes para que essa situação seja efetivamente posta em prática.

Brondani et al (2015) sugere que a vivência em serviços de saúde possa trazer essa percepção ao aluno. As diretrizes curriculares nacionais referendam a necessidade de que o profissional atue de maneira articulada ao contexto ao qual ele se insere enquanto o caderno 19 reforça esse fato para a população idosa, além de incentivar a busca ativa de possíveis idosos vulneráveis (Brasil 2002, 2006). Já existem trabalhos mostrando que essa ferramenta proporciona um cuidado aos usuários através da diminuição da percepção de solidão (Albuquerque e Bosi, 2009).

A terceira área dos conhecimentos seria sobre as políticas de saúde pública. A reformulação dos currículos de cursos superiores da saúde iniciou esse processo a fim de estimular que a formação superior em saúde fosse voltada para atender às necessidades do SUS (Brasil, 2002), documentos internacionais também sustentam a necessidade de que os profissionais tenham apropriação das políticas globais de saúde do idoso. Em nossas entrevistas, os entrevistados citaram as políticas como parte fundamental da construção do conhecimento, visto que são elas que regem o sistema público de saúde. Estudos demonstram que o sistema único já é o *locus* de trabalho que mais acolhe os egressos dos cursos de Odontologia (Morita, Haddad & Araújo, 2010)

O construto teórico deste trabalho define a atitude como a postura que o indivíduo deva ter, bem como os possíveis medos e/ou erros conceituais que ele tenha. A partir da análise das entrevistas, obtivemos algumas questões referentes a esse domínio. O respeito foi a atitude a ser adquirida mais frequentemente citada. A política de humanização incentiva, além do desenvolvimento de respeito ao próximo, a pró-atividade e o cuidado humanizado (Brasil, 2002; 2006, 2013). O conceito de atitude utilizado no trabalho vai ao encontro destas diretrizes, incentivando uma

postura ativa dos indivíduos frente a sua saúde (WHO 2008) além de buscarmos a formação do profissional acolhedor em suas atitudes e práticas. A literatura apresenta estudos investigando as atitudes em diferentes áreas da saúde (Patil *et al.* 2013, Moreira *et al.* 2011). Um destes trabalhos, desenvolvido no Brasil, demonstrou que, apesar de obterem um escore menor na parte dos conhecimentos, isso não afetou a postura e as atitudes dos cirurgiões-dentistas com relação aos idosos (Moreira *et al.* 2011). Isso pode ser explicado em parte, pelo pouco tempo de existência dessas disciplinas nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde.

Ceccim, em seus artigos sobre educação permanente em saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004, Ceccim, 2005), coloca essa ferramenta de aprendizagem como a alternativa para superar essas dificuldades pois a vivência da realidade é capaz de gerar a produção de um sentido daquele momento relacionando-o com o conhecimento trabalhado em sala de aula. Esse e Ribeiro (2004) colocam essa relação como a ideal para a formação em saúde, visto que através da vivência nos serviços de saúde e o contato com a realidade local seria a alternativa para a superação das dificuldades e desenvolvimento de novas habilidades profissionais.

Em relação às *práticas*, a divisão didática desse tema se deu entre as práticas clínicas propriamente ditas, as práticas de planejamento e de inclusão/acesso aos serviços de saúde. A teoria CAP ressalta a importância da capacidade de superar barreiras, juntamente com uma atitude pró-ativa com relação à saúde (WHO, 2008). As três categorias de prática descritas acima contemplam outros aspectos descritos nas políticas de saúde como a atenção domiciliar (Brasil, 2011) e capacidade de atuação em equipe (Brasil, 2002).

Já no que se refere às práticas clínicas, as entrevistas se referiram às questões de núcleo de maneira mais consistente, principalmente no que diz respeito à atenção domiciliar e a capacidade de resolução dos problemas bucais mais prevalentes dessa população. No Brasil, ainda há uma alta prevalência de perda dentária entre idosos (Brasil, 2011). Um estudo desenvolvido por Rocha (2006) demonstrou que a especialidade de prótese dentária era a mais comum entre os dentistas que atendiam idosos. Esse exemplo está colocado para ilustrar o fato de que a geriatria teve sua gênese a fim de dar conta das necessidades de reabilitação dos idosos total ou parcialmente desdentados (Ettinger 2010). Apesar desta ainda ser uma realidade, há a necessidade de ampliar o escopo de trabalho do dentista na atenção à saúde do idoso, uma vez que o quadro epidemiológico da população brasileira vem sendo alterado gradativamente por consequência do aumento no acesso e nas mudanças da lógica de atendimento dos serviços de saúde, incluídos aí os de saúde bucal (Brasil, 2011).

Além da capacidade de suprir a necessidade por reabilitações desta população, espera-se que o egresso em Odontologia da FO-UFRGS seja capaz de planejar ações em saúde e gerir o cuidado desses indivíduos como preconizam as diretrizes curriculares (Brasil, 2002). A proposta de colocar o aluno em contato com a realidade é para que ele possa gerar sentido a partir das vivências e que ele seja capaz de ampliar o seu escopo de atuação com relação à saúde do idoso (Ausubel, 2003; Moreira, 2011) além de promover a mudança na postura dos indivíduos, tornando-os conscientes e responsáveis pela realidade a qual eles estão inseridos e atuando (Merhy & Franco 2012; Ceccim & Ferla, 2009) .

As práticas de inclusão também devem ser capazes de transformar processos de trabalho, estimulando a formação de redes. Nossa proposta de

ensino coloca o aluno em contato com a equipe de saúde, mais diretamente com o Agente Comunitário em Saúde (ACS). A vivência do aluno próximo a esse profissional abre a possibilidade para que ele perceba a necessidade de estar articulado com a comunidade e seja capaz de prestar o cuidado de maneira sistematizada, realizando a busca ativa pelos idosos eventualmente afetados por alguma das barreiras de acesso existentes (Brasil, 1992, 2002, 2006). Shin e colaboradores (2014) mostram que a depressão pode representar uma importante barreira de acesso aos serviços de saúde pela população idosa. A vivência nos serviços de saúde permitem que os alunos tenham contato com situações semelhantes a essas, devendo servir de estímulo para que eles despertem seu interesse pelo assunto, permitindo a subordinação desses conhecimentos ao seu “rol” de conhecimentos já aprendidos (Ceccim e Feuerwerker, 2004 Moreira, 2011) .

Como direções futuras, ressaltamos a necessidade de validação do instrumento que será proposto, bem como sua aplicação. Esse processo poderá causar alterações no instrumento. Após a aplicação do instrumento entre os ex-alunos da UFRGS e da análise dos dados, ele poderá ser aplicado em outros estados e países. O fato de as políticas nacionais serem abrangentes no que diz respeito ao cuidado ao idoso deve ser levado em consideração, pois esse fato não se aplica à realidade mundial. Em locais onde o ensino da geriatria não é tão bem estabelecido essas questões referentes às políticas podem não ser aplicáveis. O fato de o questionário ser auto-reportado pode não ser a melhor opção para a investigação CAP pela possibilidade de enviesamento das respostas dadas pelos profissionais. É possível também que não se mostre eficaz e seja necessário realizar uma associação com metodologias qualitativas.

Considerações finais:

A partir da técnica de coleta de dados foi possível identificar os domínios de conhecimentos atitudes e práticas relacionadas à geriatria que os dentistas devam ter. A proposta de desenvolvimento de um instrumento CAP é que seja capaz de investigar a proposta de mudança curricular implantada em 2005. Com isso pretendemos ainda investigar se esta mudança nas direções do ensino superior nacional está sendo capaz de formar um cirurgião-dentista consciente dos problemas da sua realidade local e que fosse capaz de enfrentá-los de maneira adequada. Essa situação e a perspectiva de qualificar os serviços de saúde através das atividades profissionais nos instiga a avaliar nossas próprias propostas e se houve uma alguma mudança de paradigma na postura do profissional.

A necessidade de redirecionamento na construção do instrumento de avaliação de ensino permitiu que, juntamente com a construção do estágio em geriatria, se desenvolvesse um trabalho muito mais complexo e amplo. Esse fato vale, não só para a defesa dessa dissertação, mas também para a definição dos domínios do instrumento proposto e de um melhor entendimento do modo como os profissionais formados em Odontologia devam agir frente ao idoso. Não restam dúvidas que o instrumento ainda passará por mudanças, visto que há a necessidade de validação deste. Esse é um primeiro esboço, criado como exercício para a avaliação acadêmica e forma de aprendizado para o próprio mestrando. Os entrevistados serão convidados a darem suas opiniões sobre o trabalho anteriormente ao processo de validação.

Com a aplicação deste instrumento, pretende-se identificar possíveis lacunas no ensino relacionado à Gerontologia no contexto da Odontologia. A própria mudança de caráter da disciplina, ao sair da ILPI e realizar a busca ativa aos idosos já parece ter gerado mudanças no comportamento dos alunos frente ao idoso, conforme evidenciado com o término do primeiro semestre de estágio.

O processo coletivo de construção deste projeto (Grupo Focal, reuniões para pactuação do estágio, elaboração do plano de ensino, visitas domiciliares) é o que sustenta as posições apresentadas neste trabalho, pensado na lógica da educação permanente em saúde, em prol de melhorias no cuidado da população brasileira.

Referências Bibliográficas

Organização mundial da saúde Active Ageing: A Policy Framework Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Ageing and Life Course Geneva: World Health Organization 2002

KALACHE, A. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. Cad Saúde

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Indicadores Sócio-demográficos Prospectivos para o Brasil 1991-2030, disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf>, Acesso em 21/05/2014.

ESTADOS UNIDOS, National Center for Biotechnology Information, disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=gerontology>>, Acesso em 21/05/2014.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúd Pub, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun, 2003.

BRASIL, [LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994.](#) Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>, Acesso em 21/05/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il.

Brasil A Atenção Domiciliar foi instituída pela portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011 que foi substituída pela portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011 BRASIL. Ministério da Saúde; Manual Instrutivo do Melhor em Casa. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf

PADILHA, D.M.P.; BALDISSEROTTO, J. & SOLL, L. Odontogeriatrics na

universidade – para não perder tempo. Revista da Faculdade de Odontologia - UFRGS, Porto Alegre, 39, 1, 14-16, 1998.

PADILHA, D.M.P.; CASTILHOS, E.D. & MELLO, A.L.F. Abordagem sistemática para o atendimento odontológico em instituições geriátricas. Revista da Faculdade de Odontologia – UFRGS, Porto Alegre, 42, 1, 34-37, 2001.

GILBERT, T. F. Human competence: engineering worthy performance. New York: McGraw-Hill Book Company, 1978.

HENDRICKSON WD, ANDRIEU SC, CHADWICK DG, CHMAR JE, COLE JR, GEORGE MC, et al. Educational strategies associated with development of problem-solving, critical thinking, and self-directed learning. J Dent Educ 2006;70(9):925–36. ERAUT M. (1994) Developing Professional Knowledge and Competence. Falmer Press, London

COWAN D.T., NORMAN I. & COOPAMAH V.P. (2007) Competence in nursing practice: a controversial concept – A focused review of literature. Accident and Emergency Nursing 15, 20 –26.

MONTERO, J.; CASTILHO-DE OYAGÜE, R. & ALBALADEJO, A. Curricula for the teaching of complete dentures in spanish and portuguese dental schools. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, Valência, 18, 1, e106-14, 2013.

SEIJO, M.O.; FERREIRA, E.F.; RIBEIRO SOBRINHO, A.P.; PAIVA, S.M. & MARTINS, R.C. Learning Experience in Endodontics: Brazilian Students' Perceptions. J Dent Educ, Stanford, 77, 5, 648-655, 2013.

MacENTEE, M.I.; WEISS R.T.; WAXLER-MORRISON, N.E. & MORRISON, B.J. Opinions of dentists on the treatment of elderly patients in long-term care facilities. J Public Health Dent, Raleigh, 52, 4, 239-44, 1992

BRONDANI, M. A.; CHEN, A.; CHIU, A.; GOOCH, S.; KO, K.; LEE, K.; MASKAN, A. & STEED, B. Undergraduate geriatric education through community service learning. Gerodontology, Oxford, 29, e1222-e1229, 2012.

ETTINGER, R. 30-year review of a geriatric dentistry teaching programme Gerodontology, Oxford, 29, 2, e1252-60, 2012.

Saintrain, Maria Vieira de Lima** Souza, Eliane Helena Alvim de*** Caldas Júnior, Arnaldo de França*** ENSINO DA ODONTOGERIATRIA NAS FACULDADES DE ODONTOLOGIA DO SUL E CENTRO-OESTE DO BRASIL: SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS, v. 21, n. 53, jul./set. 2006

Martins AB1, Hugo FN, Paim BS, Ilha L, Güntzel P, Romanini J. How primary health care professionals and residents assess issues related to the oral

health of older persons?Gerodontology. 2011 Mar;28(1):37-43. doi: 10.1111/j.1741-2358.2009.00355.x

NICO, Lucélia Silva et al . A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 3, p. 789-797, June 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300029&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300029>.

GLASER BG, STRAUSS AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine, 1967.

Bowling A Research Methods in Health – Investigating health and health services. Open university press. Berkshire: England 2009

Strauss AL. Qualitative Analysis for Social Scientists. Cambridge University Press, New York, 1987

CHESNUTT, I.G. & ROBSON K.F. Focus groups – what are they? Dent Update 2002;28:189-192.

BARBOUR R. S. Making sense of focus groups Medical Education. Med Educ, Oxford, 39, 742–750, 2005.

McLEOD, P.J.; MEAGHER, T.W.; STEINERT, Y. & BOUDREAU, D. Using focus groups to design a valid questionnaire. Acad Med, Filadélfia, 75, 6, 671, 2000.

CORBIN J, STRAUSS A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. California: SAGE Publications; 2008.

LUIZ, R.R.; COSTA, A.J.L. & NADANOVSKY, P. Epidemiologia e bioestatística aplicada a odontologia (edição revisada e ampliada). 1ª edição, São Paulo, Atheneu, 2008. 470p.

MERHY, Emerson Elias ; FRANCO, Tulio Batista . cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 6, p. 151-163, 2012.

Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(1): 54-6.

CECCIM, Ricardo Burg ; FERLA, A.A. . Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, Educação e Saúde (Impresso), v. 6, p. 443-456, 2009.

AUSUBEL, D. P. Aquisição e retenção de conhecimentos: Uma perspectiva cognitiva, Lisboa: Editora Plátano, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg ; Feuerwerker, Laura C. M. . O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis (UERJ. Impresso), v. 14, p. 41-65, 2004.

Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras trab educ.Saúde,v.6n.3,443-56,nov.2008/fev.2009

Ceccim R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

Ribeiro, Eliana claudia de Otero in Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades / João José Neves Martins, Sergio Rego, Jadete Barbosa Lampert e José Guido Corrêa de Araújo organizadores São Paulo Hucitec 2004 390p.

MERHY, Emerson Elias ; FRANCO, Tulio Batista . cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 6, p. 151-163, 2012.

Shin JH, Do YK, Maselko J, Brouwer RJN, Song SW, Østbye T. Predictors of and health services utilization related to depressive symptoms among elderly Koreans. *Social science & medicine* (1982). 2012;75(1):179-185. doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.012.

Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Idosos responsáveis por domicílios. 2000. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Indicadores Sócio-demográficos Prospectivos para o Brasil 1991-2030, disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf>, Acesso em 21/05/2014.

Organização mundial da saúde Active Ageing: A Policy Framework Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Ageing and Life Course Geneva: World Health Organization

KALACHE, A. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. Cad Saúde Pública. 2007 23: 10: 2503-2505.

BRASIL, [LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994](#). Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>, Acesso em 21/05/2014.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, Resolução CFO nº 22 de 27/12/2001, disponível em <http://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-22_2001_97126.html>, Acesso em 21/05/2014.

Conselho federal de medicina resolução cfm nº 1634/2002 Brasília - df, 11 de abril de 2002.
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634_2002.htm

Padilha, d.m.p.; baldisserotto, j. & soll, l. Odontogeriatría na universidade - para não perder tempo. *Revista da faculdade de odontologia - ufrgs*, porto alegre, 39, 1, 14-16, 1998.

Padilha, d.m.p.; Castilhos, e.d. & mello, a.l.f. Abordagem sistemática para o atendimento odontológico em instituições geriátricas. *Revista da faculdade de odontologia - ufrgs*, porto alegre, 42, 1, 34-37, 2001.

CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

Brasil, Ministério da saúde, portaria nº 2.029. 24 de agosto de 2011

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Brondani MA, Pattanaporn K, Aleksejuniene J. How can dental public health competencies be addressed at the undergraduate level? *Journal of Public Health Dentistry* 75 (2015) 49-57

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys.

Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. California: SAGE Publications; 2008.

Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(1): 54-6.

Demyati E. Knowledge, Attitude, Practice, and Perceived Barriers of Colorectal Cancer Screening among Family Physicians in National Guard Health Affairs, Riyadh *International Journal of Family Medicine* Volume 2014, Article ID 457354

Thavichachart N, Intoh P, Thavichacha T, Meksupa O, Tangwongchai S, Sughondhabirrom A, Worakul P. Epidemiological survey of mental disorders and knowledge attitude practice upon mental health among people in Bangkok Metropolis. *J Med Assoc Thai*. 2001 Jun;84 Suppl 1:S118-26

Ahmad A, Khan MU, Moorthy J, Jamshed SQ, Patel I. Comparison of knowledge and attitudes about antibiotics and resistance, and antibiotics self-practicing between Bachelor of Pharmacy and Doctor of Pharmacy students in Southern India. *Pharmacy Practice*. 2015;13(1):523.

Huang Y, Gu J, Zhang M, Ren Z, Yang W, Chen Y, Fu Y, Chen X, Cals JW, Zhang F. Knowledge, attitude and practice of antibiotics: a questionnaire study among 2500 Chinese students. BMC Medical Education 2013, 13:163

Walimbe H, Bijle MNA, Nankar M, Kontham U, Bendgude V, Kamath A. Knowledge, Attitude and Practice of Paediatricians toward Long-Term Liquid Medicaments Associated Oral Health J of Int Oral H 2015; 7(1):36-39

CECCIM, Ricardo Burg ; Feuerwerker, Laura C. M. . O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis (UERJ. Impresso), v. 14, p. 41-65, 2004.

Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras trab educ.Saúde,v.6n.3,443-56,nov.2008/fev.2009

Ceccim R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il.

Albuquerque ABB, Bosi MLM Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, mai, 2009

[MORITA, M. C.](#) ; **HADDAD, A. E.** ; ARAUJO, M. E. . Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista Brasileiro. 1. ed. Maringá: Dental Press International, 2010. v. 1. 96p .

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Patil S, Thakur R, Madhu K , Paul ST, Gadicherla P. Oral Health Coalition: Knowledge, Attitude, Practice Behaviours among Gynaecologists and Dental Practitioners Journal of International Oral Health. Jan-Feb 2013; 5(1):8-15

Moreira AN, Rocha ES, Popoff DAV, Vilaça EL, Castilho LS, Magalhães CS. Knowledge and attitudes of dentists regarding ageing and the elderly Gerodontology 2012; 29: e624–e631

Ribeiro, Eliana claudia de Otero in Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades / João José Neves Martins, Sergio Rego, Jadete Barbosa Lampert e José Guido Corrêa de Araújo organizadores São Paulo Hucitec 2004 390p.

Brasil. 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. 116 p. : il.

Rocha ES Conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte em relação ao idoso 2006 Minas gerais

ETTINGER, R. 30-year review of a geriatric dentistry teaching programme
Gerodontology, Oxford, 29, 2, e1252-60, 2012.

Moreira, M.A. (1999). *Aprendizagem significativa*. Brasília: Editora da UnB.
Revisado em 2012

Ausubel, D.P. (1968). *Educational psychology: a cognitive view*. New York,
Holt, Rinehart and Winston.

Ribeiro, Eliana claudia de Otero in *Educação médica em transformação:
instrumentos para a construção de novas realidades* / João José Neves
Martins, Sergio Rego, Jadete Barbosa Lampert e José Guido Corrêa de Araújo
organizadores São Paulo Hucitec 2004 390p.

MERHY, Emerson Elias ; FRANCO, Tulio Batista . cartografias do trabalho e
cuidado em saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, p. 151-163, 2012.

Shin JH, Do YK, Maselko J, Brouwer RJN, Song SW, Østbye T. Predictors of and
health services utilization related to depressive symptoms among elderly
Koreans. *Social science & medicine* (1982). 2012;75(1):179-185.
doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.012.



PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE PESQUISA

Parecer aprovado em reunião do dia 14 de novembro de 2014.

ATA nº 13/2014.

A Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul após análise aprovou o projeto abaixo citado com o seguinte parecer:

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo traduzir do inglês para o português um instrumento de avaliação de aprendizado desenvolvido no Canadá, bem como realizar a sua validação na população-alvo, os cirurgiões-dentistas egressos da FO-UFRGS, desde o início da disciplina de odontogeriatría. O instrumento a ser validado será o “Dentists’ Perceptions of Providing Care in Long-Term Care Facilities” e serão analisadas as equivalências conceituais e dos itens; equivalência semântica; e, equivalência operacional e de mensuração.

O projeto possui mérito científico e está bem descrito. O parecer é pela aprovação. Os pesquisadores deverão registrar o projeto na Plataforma Brasil para posterior encaminhamento ao CEP UFRGS.

PROJETO: 27566 - Validação do questionário “Percepção dos dentistas em realizar o cuidado em instituições de longa permanência” para o idioma português

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: RENATO JOSE DE MARCHI

Porto Alegre, 14 de novembro de 2014.

Prof.ª. Dra. Juliana Jobim Jardim

Coordenadora da

Comissão de Pesquisa ODONTOLOGIA UFRGS

Anexo II

Cronograma e plano de ensino do Estágio em Odontogeriatría - Noturno

Apêndice I

Instrumento de avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas



Este questionário se propõe a investigar os Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionados à gerontologia, no contexto da Odontologia. Por favor responda as questões a seguir de acordo com as suas atividades profissionais.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Mestrado em Odontologia

Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva

INSTRUMENTO SOBRE CONHECIMENTOS ATITUDES E PRÁTICAS
RELACIONADAS À GERIATRIA

1- Sexo:

1- Masculino 2- Feminino

2- Tempo de graduação:

1- até 5 anos 2- de 5 a 15 anos 3- acima de 15 anos

3- Caso tenha alguma especialidade, marque-a com um X:

Caso possua mais de uma, assinale a que, na sua opinião, é a mais relevante para sua prática profissional

1- Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

2- Dentística

3- Disfunção Temporomandibular

4- Endodontia

5- Estomatologia

6- Implantodontia

7- Odontogeriatrics

8- Odontologia Legal

9- Odontologia do Trabalho

10- Odontopediatria

11- Ortodontia

12- Ortodontia e Ortopedia Facial

13- Ortopedia Funcional dos Maxilares

14- Pacientes com Necessidades Especiais

15- Patologia Bucal

16- Periodontia

17- Prótese Dentária

18- Radiologia

19- Saúde Coletiva

4- Assinale a(s) modalidade(s) de serviço em que atua

1- Particular 2- Público

5- Qual cidade você trabalha?

6- Considerando a sua realidade local, a partir de que idade uma pessoa pode ser considerada idosa?

1- 40 anos

2- 50 anos

3- 60 anos

4- 70 anos

5- 80 anos

6- acima de 90 anos

7- Quantos idosos você atende em média por semana?

1- 1 a 5 2- 6 a 10 3- mais de 10 4- nenhum

8- Aponte o principal motivo que o vincula aos idosos que você atende:

1- gosta de pessoas idosas

2- acha mais fácil atender idosos

3- indicação de colegas

4- tem sido procurado com mais frequência por pessoas idosas

5- no seu trabalho é o único que gosta de atender idosos

6- sua especialidade está relacionada à geriatria

7- não sabe dizer

9- Qual o fator você considera como complicador para o atendimento de pessoas idosas? Escolha apenas uma opção:

1- a freqüente falta às consultas

2- a dificuldade de comunicação com estes pacientes

3- os problemas sistêmicos que os idosos podem apresentar

4- os problemas cognitivos que as pessoas idosas podem apresentar

5- a falta de um familiar pra acompanhar a pessoa

- 6- as consultas são mais demoradas
7- a complexidade das necessidades odontológicas
8- a complexidade das condições sistêmicas de saúde do idoso
9- outro. Qual?

10- Você já atendeu pacientes idosos em domicílio, asilos ou hospitais?

1- Sim 2- Não

11- Você acha que o idoso deva estar acompanhado por um familiar ou cuidador nas consultas odontológicas?

1- Sim 2- Não

Conhecimentos:

As frases a seguir serão dispostas com escala likert para as respostas.

(Concordo, Indeciso/não sei, Discordo)

“Todos os pacientes idosos devem ser avaliados pelo médico antes de realizar o tratamento odontológico”

“Para os pacientes idosos é necessário realizar a profilaxia com antibiótico antes de procedimentos odontológicos que causam sangramento”

“Idosos com queixa de boca seca devem receber um substituto de saliva”

“Idosos com problemas cardíacos não devem ser atendidos”

“O desânimo e o esquecimento são sinais de declínio cognitivo”

“Procuro estimular meus pacientes a envelhecerem de maneira ativa”

“O cuidador é capaz de me fornecer informações e auxiliar no meu tratamento”

“Me preocupo com a saúde do cuidador”

“Disponibilizo horários especiais para os idosos”

Atitudes:

“O idoso é uma pessoa acima de 60 anos e é incapaz”

“Hoje em dia os idosos são independentes”

“Os idosos precisam de alguém que os acompanhe às visitas a médicos, dentistas e hospitais”

“Os idosos que moram em asilos são aqueles que não conseguem mais viver sozinhos”

“É muito difícil imaginar-me velho”

“Eu preferirei ser chamado de “pessoa experiente” a “velho””

“Quando eu for velho não quero que ninguém cuide de mim”

“Quando eu for velho, se tiver alguma debilidade e não puder morar sozinho, vou viver em um asilo”

“Quando eu for velho, vou fazer tudo o que tenho direito e que não pude fazer durante minha vida”

“Quando eu for velho, quero ficar no meu canto, esperando a minha hora chegar”

“Costumo deixar meus pacientes idosos falarem de seus problemas”

“Quando tenho dúvidas, busco a literatura para resolvê-las”

“Acredito que cursos de atualização sejam importantes para a superação de dificuldades e dúvidas profissionais”

“Todo idoso representa um paciente complexo”

Práticas:

“Facilito o acesso ao seu atendimento para a população idosa”

“Incentivo meus pacientes idosos a terem uma vida saudável”

“Procuro orientar os familiares dos pacientes idosos nas consultas”

“Atender fora do consultório odontológico é algo simples, sem necessidade de planejamento”

“Não é possível conduzir um plano de tratamento de um idoso sozinho”

“Para procedimentos complexos (Cirurgias e procedimentos invasivos) sempre entro em contato com o médico do idoso para a discussão do caso”

“Realizo atendimento domiciliar”

“Realizo atendimento de idosos em ambiente hospitalar”

“Realizo atendimento odontológico em casas geriátricas e instituições de longa permanência”

“Apesar de ter dúvidas com relação à saúde do paciente, já fiz procedimentos considerados “de risco””

“Procuro oferecer a possibilidade de atendimento domiciliar, caso o paciente tenha dificuldade de locomoção”

“Mantenho busca ativa dos meus pacientes por meio dos meios de comunicação existentes”

“Procuro passar orientações sobre as medicações utilizadas pelo paciente”

“Mantenho contato com os outros profissionais envolvidos no cuidado à saúde do meu paciente idoso”