

Princípios de comunicação em Odontogeriatría: uma revisão de escopo

Communication principles in Geriatric Dentistry: a scoping review

Gabriel Schmitt da Cruz¹ 

Eduardo Trota Chaves² 

Otávio Pereira D'Ávila³ 

Eduardo Dickie de Castilhos³ 

¹Graduação em Odontologia,
Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Pelotas – UFPel.

²Cirurgião-dentista, Doutorando em
Clínica Odontológica – Ênfase em
Cariologia/Dentística,
Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Pelotas – UFPel.

³Professor de Saúde Coletiva,
Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Pelotas – UFPel.

Autor correspondente:

Gabriel Schmitt da Cruz

E-mail: gabsschmitt@gmail.com

Recebido em 11/02/2022

Aprovado em 19/08/2022

RESUMO

Introdução: comunicação em odontologia pode ser negligenciada, dada dificuldade da obtenção de um canal paciente-profissional eficaz.

Objetivo: investigar práticas de comunicação no cuidado odontológico ao idoso.

Metodologia: realizada revisão de escopo, buscando trabalhos indexados nas principais bases e portais de dados em saúde, considerando estudos em qualquer idioma ou ano de publicação. Avaliação do risco de viés foi realizada pelo ‘CASP Checklist para estudos qualitativos’.

Resultados: 3.257 estudos foram investigados, 12 corresponderam aos critérios estabelecidos. Dois estudos apresentaram metodologia observacional participativa e os demais via entrevistas, 42% da amostra abordou somente a comunicação verbal (audível) e 2 mencionaram a prática à distância. A avaliação do risco de viés apontou dez estudos de nível A e dois de nível B. As práticas de teleatendimento ou questionários apresentam-se como aplicações da comunicação em odontogeriatría.

Conclusões: sugerem-se princípios comunicativos com o idoso através de interprofissionalidade e atenção, que devem ser exploradas e consolidadas.

Palavras-chave: Comunicação; Odontologia Geriátrica; Comunicação em Saúde; Competência em Informação.

ABSTRACT

Introduction: communication in dentistry can be neglected, considering the difficulty of obtaining an effective patient-professional channel.

Objective: to investigate communication practices in dental care for the elderly.

Methodology: a scope review was performed, seeking studies indexed in the main health databases and portals, considering studies in any language or year of publication. Risk of bias assessment was performed using 'CASP Checklist for Qualitative Studies'.

Results: 3,257 studies were investigated, 12 of which met the established criteria. Two studies presented participatory observational methodology and the others via interviews, 42% only addressed verbal communication (audible) and 2 mentioned distance practice. The assessment of the risk of bias pointed to ten studies at level A and two at level B. The teleservice practices or questionnaires are presented as applications of communication in geriatric dentistry.

Conclusions: communicative principles with the elderly through interprofessional and care are suggested, which should be explored and consolidated.

Keywords: Communication; Geriatric Dentistry; Health Communication; Information Literacy.

INTRODUÇÃO

O cuidado com a pessoa em sua totalidade, facilita o movimento de integração e transformação, mediante encontro genuíno com o outro¹. Deve-se trabalhar com inovação no modelo de atenção, adotando e investindo na implementação de ferramentas como autocuidado, plano de cuidados, interdisciplinaridade, mudança do modelo tradicional de referência e contrarreferência².

Episódios de descontentamento nos vínculos entre usuários e cirurgiões-dentistas, demasiado uso de expressões técnicas, e até mesmo indiferença do profissional perante determinadas situações de vida relatadas pelos pacientes, com ausência de acolhimento, escuta e diálogo, são frequentes³.

O cuidado não pode ser reduzido a uma dimensão técnica. Em detrimento disso, diferentes estratégias têm sido exploradas pela área da saúde para fortalecimento das relações de comunicação, preconizando solucionar o desafio que as vivências reflexivas e participativas trazem aos vários cenários de assistência à saúde, com a finalidade de um compartilhamento de saberes que conduza ao entendimento entre os indivíduos envolvidos no ato comunicativo⁴.

Fundando relações refinadas com conhecimentos e habilidades nas áreas da comunicação em saúde, mediação de conflitos e resolução de problemas, criatividade, além de um vasto campo de competências sociais que tornam o profissional da saúde um ser humano com uma dimensão e visão holística profunda do paciente e do seu contexto^{5,6}. Os profissionais de saúde devem ter amplas competências técnicas, inclusive os pacientes desejam profissionais especializados e capacitados tecnicamente, entretanto almejam o aspecto humano nas interações sociais⁷⁻⁸. Assim, fundamenta-se explorar a comunicação como ferramenta ativa ao cuidado.

O princípio da comunicação é estabelecido pela perspectiva do diálogo e troca de informação entre seres. É através da comunicação que os seres humanos compartilham diferentes informações, porque desta forma estabelecem relações⁷. Não obstante, o ato da comunicação não é limitado ao audível, não necessita ser verbalizado⁸⁻⁹.

A todo o momento, interpretamos mensagens do ambiente externo e enviamos para o cérebro, o que permite gerar pensamentos e respostas por meio de comportamentos e atitudes¹⁰. A comunicação é definida como um ato intencional ou não, e que se pode ter por objetivo obter um determinado efeito, observável, suscetível de ser avaliado na medida em que gera um comportamento que, de certa forma, pode associar a esse objetivo, ou seja, finda-se relacionar com o meio¹¹, afinal o ser humano é um ser social, indissociável entre corpo, linguagem e psiquismo¹⁰.

O processo de receber-interpretar-emitir-responder, de forma cíclica, é o mecanismo fundamental do *feedback*. No entanto, as emoções estão no centro deste processo, assim a 'leitura' das emoções é a 'chave' para a regulação das interações pessoais¹⁰.

Desde a prática baseada em evidência científica, houve a compreensão da existência de uma distância vertical de atendimento. Há profissionais formados por um ensino que não comunica, de escuta surda e do especialismo: 'falam pelo sujeito, falam do sujeito, mas não falam com os sujeitos escutando e problematizando necessidades e projetos de vida'¹². Porém, a comunicação estrutura a saúde e permite estabelecer relações entre as pessoas⁶.

A comunicação verbal e não verbal (ou audível e não audível) se faz importante, haja visto que essa habilidade pode contribuir para alcançar um desfecho favorável na compreensão do processo de saúde-doença⁶. Existem muitas barreiras para uma comunicação efetiva, incluindo os fatores

particulares de cada paciente, fatores clínicos e os fatores do próprio sistema de saúde, mas existem ferramentas e estratégias para lidar com essas barreiras, melhorar a comunicação e envolver os pacientes em seus cuidados¹³. A comunicação em saúde, ao nível interpessoal, grupal, societal e mediático permite o compartilhamento de mensagens verbais e não verbais com vista à sua compreensão pelos envolvidos e a uma consequente ação promotora de saúde⁶.

Os profissionais da saúde devem ter consciência, conhecimento, competências e atitudes singulares em relação aos mais diversos pacientes. Sobretudo aos pacientes que têm uma baixa literacia em saúde. Segundo a OMS, a literacia em saúde configura-se pelo conjunto de 'competências cognitivas e sociais e a capacidade do indivíduo para compreender as informações de maneira que promovam e mantenham boa saúde'¹⁴.

A comunicação interpessoal é o coração da qualidade dos cuidados de saúde, configura-se como a base relacional entre o paciente e o profissional⁶. Habilidades de comunicação eficazes podem ser ensinadas e melhoradas por meio de pesquisa, treinamento e conscientização¹³.

População idosa: envelhecimento e covid-19

Desde 1940, em decorrer do processo de queda das taxas de mortalidade e de fecundidade, o grupo de idosos é o que mais cresce proporcionalmente na população¹⁵. Com o envelhecimento populacional há uma inversão da pirâmide etária e, os idosos se tornam o grupo mais vulnerável à multimorbidade e mortalidade devido ao processo de senilidade, o envelhecimento patológico¹⁶. Não obstante, observa-se um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes e neoplasias, por exemplo), aquelas que aliadas a um conjunto de fatores levam à deterioração progressiva da saúde, sendo as principais causas de mortalidade no país. Essas são responsáveis pela maior demanda de consultas ambulatoriais, consumo de medicamentos e internações hospitalares. Em relação ao uso de medicamentos, estudos apontam que os idosos são os principais usuários desta terapêutica, sendo 75,4% o percentual estimado de idosos que fazem uso de medicamentos regulares ou contínuos, receitados por médicos, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE¹⁷.

Mundialmente estima-se que a população idosa alcance 2 bilhões de pessoas em 2050¹⁸. Apesar

do Brasil ter uma das economias mais fortes do mundo, apresenta uma das piores distribuições de renda, sendo esta, uma das maiores responsáveis pela pobreza que atinge uma parcela considerável da população idosa¹⁹. Há então, uma transição demográfica rápida e característica de países em desenvolvimento²⁰. A projeção do crescimento do número de idosos de 917%, entre 1960-2025, foi alertado na década de 80, gerando um necessário enfrentamento de implicações sociais e de saúde decorrentes desse processo¹⁵.

A esperança de vida ao nascer é um dos indicadores que mostra o fenômeno da longevidade, que em 2013 era de 74,9 anos e passou para 76,6 anos em 2019^{15,17,19-20}. O envelhecimento da população traz consigo alguns desafios relativos à saúde. Nesse contexto, a PNS 2019 investigou alguns fatores relacionados à saúde das pessoas de 60 anos ou mais de idade, estimados em 16,4% da população, totalizando 34,4 milhões de pessoas (em 2013 eram 13,2% da população ou 26,3 milhões de pessoas)¹⁷. Segundo a PNS (2019), 9,5% dos idosos possuíam limitação funcional e 23,5% da população de 60 anos ou mais de idade recebiam ajuda para realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária¹⁷.

Devemos nos preparar para lidar com um país de número majoritário de idosos, o IBGE (2018) alerta que a projeção de crescimento populacional deverá cessar em 2047, quando terá cerca de 29% de idosos (acima de 60 anos)²¹. Contudo, há também uma transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento de doenças crônicas degenerativas e redução das infecto-contagiosas^{19,22}, resultando em processos heterogêneos e associados¹⁹.

Entretanto, a longevidade se configura como um grande desafio do milênio, pois não têm sido acompanhadas modificações socioeconômicas compatíveis com as consequências advindas do aumento da expectativa média de vida¹⁹. Representações sociais de saúde e de cuidados em saúde diferem entre as construções destas representações em diferentes gêneros, ou seja, há maior mortalidade masculina em todas as faixas etárias, uma vez que os homens procuram menos pelos serviços de saúde e expõem-se mais a fatores de risco (álcool e o fumo), aos acidentes de trabalho e homicídios, aumento de mortes por câncer de pulmão, doenças cardiovasculares entre outras. Por outro lado, as mulheres possuem maiores taxas de prevalência de demências, depressão e dependência funcional, sendo reduzida as suas expectativas de vida livre de incapacidades²³. Mundialmente a longevidade tem-

se mostrado maior entre as mulheres do que entre os homens, apesar de participarem do mercado de trabalho, o sexo feminino recebe em média apenas 63% dos salários dos homens. Nesse sentido, segundo autores constitui-se uma tríade: a solidão, decorrente do maior tempo de sobrevivência, a pobreza e a maior incidência de doenças nas fases avançadas da vida, resultando no processo chamado de 'feminização da velhice'^{19,24}. As mulheres correspondem à maioria nos dados demográficos populacionais, ou seja, elas são 52,2% (109,4 milhões) da população residente do Brasil e maioria entre a população idosa, um total de 56,7%, assim como as principais usuárias do sistema de saúde¹⁷.

A queda é um evento comum entre as pessoas mais velhas, podendo levar a algum tipo de lesão de maior ou menor gravidade. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019) investigou que no Brasil, 15,5% das pessoas de 60 anos ou mais de idade, sofreu alguma queda nos 12 meses anteriores à entrevista¹⁷. Esse percentual foi maior entre as mulheres (18,6%)¹⁷.

Os idosos tornaram-se o centro da discussão na pandemia da covid-19, especialmente aqueles mais vulneráveis, os com doenças crônicas e, com isso, ascenderam-se preocupações com a diversidade do envelhecimento e com o idoso²⁵⁻²⁶. Grande parte dos idosos apresentou comorbidades associadas ao maior risco de desenvolvimento da forma grave de covid-19²⁶. Segundo Hammerschmidt *et al.* (2020) a pandemia destacou a saúde dos idosos, incitando a necessidade de proteção, respeito, zelo, dignidade e rede de apoio, mas também aflorou o ageísmo, julgamentos e ridicularização²⁵. Sentimentos de solidão, ansiedade e tristeza foram frequentes entre os idosos, especialmente entre as mulheres²⁶.

Interações sociais, autoestima, escolhas alimentares e nutrição são aprimoradas por uma boa saúde bucal. A complexidade do tratamento odontológico em idosos é maior devido aos efeitos de doenças crônicas, aos medicamentos prescritos e seus efeitos adversos. Conquanto, populações de idosos são mais frequentemente afetados pela hipossalivação e xerostomia, devido a uma maior prevalência de doenças sistêmicas e o aumento do uso de medicamentos prescritos²⁷. Cerca de 400 medicamentos comumente utilizados por esta população podem causar boca seca, o que aumenta o risco de doença oral²⁸. Não só há evidências de associações de doença periodontal com condições crônicas, mas também diabetes, doenças cardíacas e derrame. Sendo assim, condições de saúde bucal

entre idosos com condições crônicas são frequentemente exacerbados pelo uso de medicamentos²⁸.

Idosos que perderam todos ou a maioria de seus dentes muitas vezes terminam evitando frutas frescas e vegetais – elementos básicos de uma dieta saudável. Contando com alimentos 'soft' que são facilmente mastigáveis, resultam em um declínio na nutrição e saúde. Além de dor e dificuldade de falar, a falta de dentes muitas vezes leva ao constrangimento e perda de autoestima contribuindo para solidão e isolamento social²⁸. Além disso, o número de dentes, função oral (mastigatória), acúmulo de problemas de saúde bucal (número de dentes, habilidade mastigatória, habilidade motora oral, pressão da língua, dificuldade para comer e dificuldade de engolir) e sintomas de boca seca são correlacionadas com a fragilidade de idosos²⁹.

Segundo Perez *et al.* (2008) a população idosa é responsável por grande pressão sobre o sistema de saúde, tanto em relação à demanda quanto aos custos³⁰. No entanto, uma parcela considerável desta população se faz responsável pelo uso desproporcional de recursos, principalmente à custa de hospitalizações. Por outro lado, a maior parcela dos indivíduos idosos vive bem a despeito de ser portadora de alguma doença crônica. São os idosos caracterizados como frágeis os que demandam cuidados mais específicos e complexos, muitas vezes em ambiente hospitalar³⁰.

A população de idosos com maior tempo de diabetes, pressão alta e obesidade apresenta uma probabilidade significativamente maior de ter doença periodontal²⁷. Estima-se que (53%) dos idosos possuem doença periodontal moderada ou severa²⁸.

O índice de dentes cariados perdidos e obturados (CPO-D) composto pela soma dos dentes afetados pela cárie, em idosos, no ano de 2010 foi de 27,1 enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente 'extraído'³⁰.

Em termos populacionais, os problemas gengivais aumentam, de modo geral, com a idade. Somente 1,8% do grupo de idosos não demonstrou possuir problema periodontal³². Quanto à necessidade de prótese, o total de 23% do grupo de idosos necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares³⁰.

Assim, nota-se que doenças sistêmicas podem influenciar a saúde bucal, e a saúde bucal tem um impacto sobre a saúde geral²⁷. Doenças e condi-

ções bucais que estão associadas ao envelhecimento resultam concomitantemente em um aumento da necessidade de prevenção, tratamentos restauradores e terapia periodontal²⁸.

Todas as pessoas têm a necessidade de se comunicar, porque afinal, compreendem-se singularidades nos seres biopsicossociais e espirituais que compõem o universo multifacetado da comunicação humana¹. A comunicação pertence aos sistemas funcionais principais dos idosos (cognição, humor, mobilidade e comunicação) e é a capacidade dos idosos estabelecerem um relacionamento produtivo com o meio, trocarem informações, manifestarem desejos, ideias, sentimentos; e está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar, dependente assim da visão, audição, fala, voz e motricidade orofacial³¹. Porém, a comunicação muitas vezes se faz negligenciada por parte dos profissionais nos serviços de atenção à saúde, gerando uma lacuna no cuidado aos que procuram esses serviços³²⁻³³.

Diante a isso, diferentes métodos podem abrir um canal de comunicação como forma terapêutica³⁴. Uma revisão sistemática que compõe a comunicação com idosos através da música como intervenção terapêutica sugere o aumento na humanização, na sensibilidade, na espiritualidade, na motivação, na própria comunicação e expressão intra e interpessoal, nas relações sociais e funções cognitivas³⁵. Impreterivelmente, a escuta como forma terapêutica é um dos exemplos explorados em diversos modelos na literatura científica³⁶⁻³⁹, porque além do sentido fundamental de ouvir, exige também a capacidade de fazer uma leitura subjetiva e simbolizada pelo sujeito 'escutante'⁴⁰.

É crescente o grupo de idosos que necessitam de ferramentas facilitadoras do cuidado e competências por parte dos profissionais de saúde compatíveis com o aumento da expectativa média de vida. Ademais, considerando a comunicação como forma ativa de humanização e a importância da sua caracterização ao cuidado da pessoa idosa, o objetivo deste estudo foi de investigar as práticas de comunicação no cuidado odontológico ao idoso.

MÉTODO

Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma revisão de escopo, cuja finalidade foi reunir e sintetizar resultados de pesquisas so-

bre a delimitada questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema.

Consiste em seis etapas: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão de escopo; 5) Interpretação dos resultados, e; 6) Apresentação da revisão / síntese do conhecimento.

Busca e critérios de aplicação

Para a primeira etapa elaborou-se a estratégia PCC (onde 'P' corresponde a população, 'C' de conceito e 'C' de contexto. Dessa forma: P (idosos), C (comunicação em odontogeriatrics) e C (literatura científica mundial)⁴¹. Porquanto, a seguinte questão norteadora foi construída: Quais são as evidências científicas acerca das práticas de comunicação no cuidado odontológico ao idoso?

A estratégia básica de busca aplicada encontra-se no Quadro 1, sendo adaptada segundo características de busca das diferentes bases.

Levantamento bibliográfico e critérios de busca

As bases de dados eletrônicas empregadas para seleção dos artigos foram: PubMed, LILACS, COCHRANE, Scopus, Embase e Web of Science e o portal SciELO. Utilizou-se a plataforma de fluxo de seleção de estudos Rayyan⁴².

Quadro 1

Termos, descritores e operadores de busca utilizados nas bases e portais de dados da área da saúde, agosto de 2021.

(Old Age Assistance) OR (Aged) OR (Frail Elderly) OR (Elderly) OR (Homes For The Aged) OR (Health Services For The Aged) OR (Old Adults) OR (Pessoa De Idade) OR (Pessoa Idosa) OR (Pessoas De Idade) OR (Pessoas Idosas) OR (População Idosa)) AND ((Interpersonal Relations) OR (Professional-Patient Relations) OR (Communication Patient Care) OR (Health Communication) OR (Communication) AND ((Oral Health) OR (Saúde Bucal) OR (Dentistry) OR (Oral Medicine) OR (Dental Medicine) OR (Odontologia))

Adicionalmente, foi realizado o levantamento na literatura cinzenta pela busca manual na plataforma *GoogleScholar.com*, onde os cem primeiros títulos foram avaliados.

Compondo a segunda etapa da revisão, os critérios estabelecidos de inclusão foram: estudos que abordaram ou referiram a comunicação no atendimento em odontogeriatrics; estudos em qualquer idioma; estudos de quaisquer anos; estudos qualitativos e quantitativos; foram considerados estudos observacionais e experimentais.

Os critérios de exclusão foram: estudos *in vitro*, estudos inegáveis ou em demais línguas, estudos que não abordavam o campo da odontologia, estudos experimentais que não compunham majoritariamente idosos, estudos observacionais que não envolviam a população idosa.

Após exportação para o *software Rayaan*, a fase de seleção dos estudos foi conduzida em duas etapas: na fase 1 os artigos foram selecionados com base na análise do título e leitura do resumo; na fase 2 foi realizada a leitura completa dos artigos incluídos, sempre levando em consideração os critérios de inclusão pré-estabelecidos no protocolo. Dois pesquisadores independentes e cegados (G.C.S. e E.T.C.) executaram a triagem dos trabalhos e, em caso de discordâncias, consultou-se um terceiro pesquisador experiente no assunto abordado (E.D.C.), para definir o estado do trabalho, frente esta revisão. Para indisponibilidade de texto completo, foram realizadas três tentativas de contato com o autor correspondente, por via correio eletrônico ou registro na plataforma *Researchgate.com*. Trabalhos em que não foram obtidas respostas para as tentativas de contato, foram excluídos da amostra, não contemplando a fase de coleta de dados.

Instrumentos, protocolo e registro

Na terceira etapa, categorizaram-se os estudos conforme a técnica de pesquisa⁴³: observação participante ou entrevista qualitativa. A quarta etapa teve como objetivo a avaliação da qualidade metodológica dos estudos posteriormente à seleção dos artigos. Optou-se pelo instrumento *Critical Appraisal Skills Programme – CASP Qualitative Studies Checklist*⁴⁴ permitindo a tabulação e apresentação do risco de viés de cada estudo, esse instrumento possui 10 itens que são pontuados, incluindo: 1) objetivo; 2) adequação do método; 3) apresentação dos procedimentos teórico-metodo-

lógicos; 4) critérios de seleção da amostra; 5) detalhamento da amostra; 6) relação entre pesquisadores e pesquisados; 7) respeito aos aspectos éticos; 8) rigor na análise dos dados; 9) propriedade para discutir os resultados; e 10) contribuições e limitações da pesquisa. Ao final do instrumento, o estudo foi classificado em nível A (6 a 10 pontos), significando possuir boa qualidade metodológica e viés reduzido; ou nível B (até 5 pontos), indicando qualidade metodológica satisfatória, porém com tendência a viés.

Esta revisão se baseou nos protocolos de reporte PRISMA (extensão para revisões de escopo)⁴¹ e Joanna Briggs para *Scoping Reviews*⁴⁵. Assim, a revisão foi registrada na base de dados Open Science Framework (OSF) no mês de novembro de 2021.

Procedimento para análise dos dados

Para a quinta etapa, foi utilizada a sintetização e organização dos dados, os quais foram coletados por meio de um instrumento de tabulação, os resultados que respondiam aos objetivos do estudo e assim, compondo a última etapa, foi realizada a análise dos dados. Com a tabulação, agrupou-se as informações de cada estudo: os nomes dos autores, título original, ano de publicação, número da amostra, objetivo do estudo, método, principais achados e conclusão. Posteriormente foi realizada a exploração das particularidades dos estudos, análise dos dados em discussão com a literatura já existente correlacionando ao objetivo desta pesquisa.

RESULTADOS

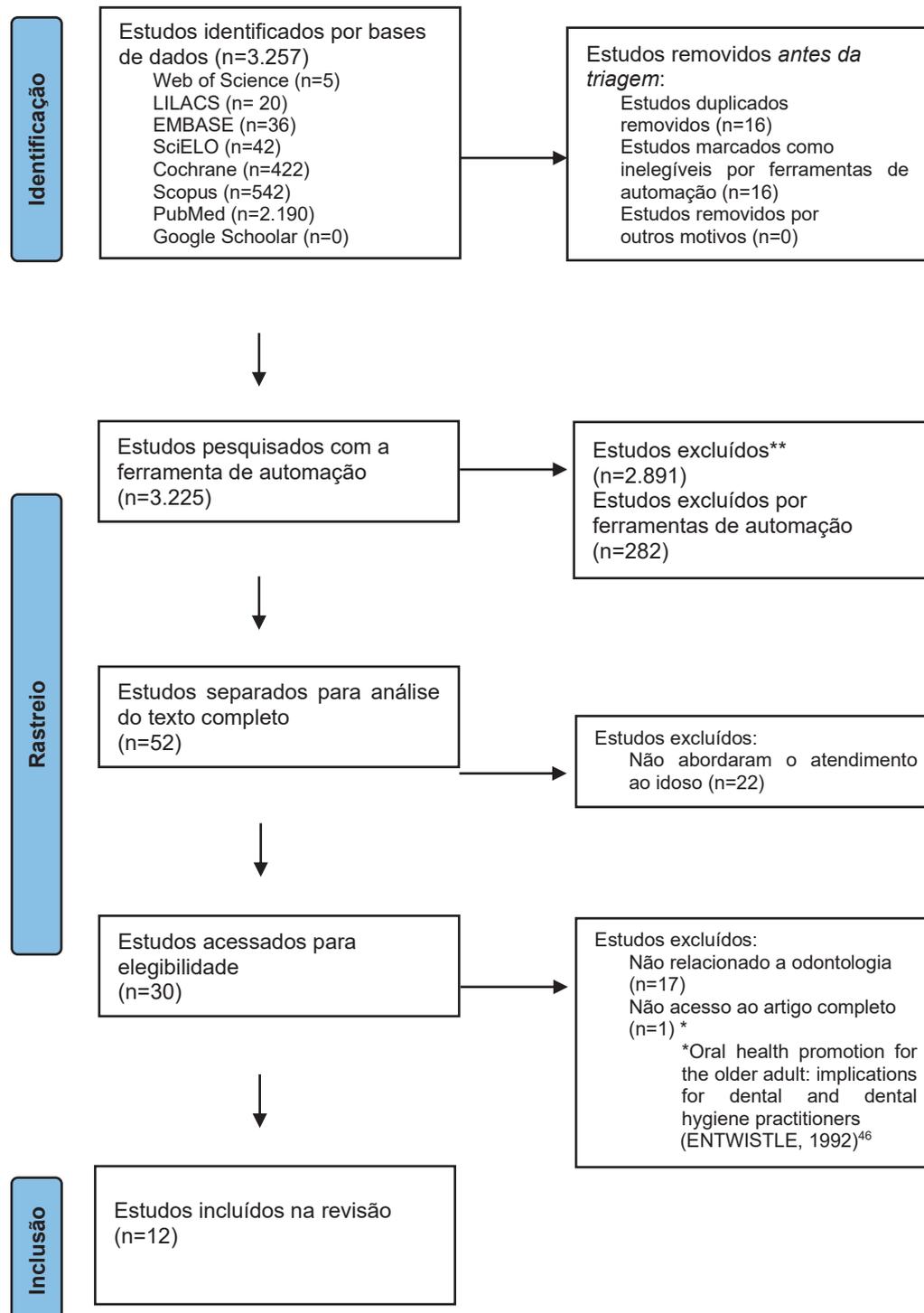
O desenho de pesquisa foi submetido à plataforma OSF com DOI:10.17605/OSF.IO/SGHXM. A busca foi realizada entre os dias 30 de agosto de 2021 até 11 de outubro de 2021. Foi identificado um total de 3.257 estudos nas bases de dados. Usando a plataforma Rayaan (web aplicativo de automação para revisões)⁴², dezesseis estudos foram automaticamente acusados como duplicatas e outros dezesseis estudos foram removidos da busca por serem considerados ilegíveis. Assim, na etapa de rastreamento, três mil duzentos e vinte e cinco estudos foram pesquisados por título e resumo, dos quais, três mil cento e setenta e três foram excluídos manualmente por não corresponderem aos critérios da busca. Foram separados para análise de texto completo cinquenta e dois estudos, sendo que destes,

vinte e dois foram excluídos por não abordarem o atendimento ao idoso. Ao seguir a etapa de rastreio, dezessete outros estudos foram excluídos por não abordarem os campos da odontologia. Não foi possível o acesso ao texto completo de ENTWISTLE *et al.*, 1992, sendo assim

excluído⁴⁶. Finalmente, na etapa de inclusão, doze estudos responderam os critérios de elegibilidade e foram incluídos nesta revisão conforme demonstrado no fluxograma do quadro 2 e a tabulação dos achados encontra-se expressa no quadro 3 (vide **Apêndice**).

Quadro 2

Fluxograma das etapas de inclusão de estudos na revisão, realizadas entre os meses de agosto e outubro de 2021.



Todos os estudos incluídos nesta revisão foram qualitativos. Deste total, 25%⁴⁷⁻⁴⁹ dos estudos foram delineados com a metodologia de observação participativa⁴³ e os demais⁵²⁻⁶¹ com a metodologia de entrevista qualitativa⁴³. Os estudos que usaram a comunicação como intervenção em odontogeriatrics foram 5, 42% do total^{47,50-51,57-58}, os outros estudos observaram positivamente a comunicação em seus desfechos. Todos os estudos referiram somente a comunicação verbal (ou audível). Apenas dois estudos mencionaram a prática à distância.

No que diz respeito ao país de origem dos estudos, existe uma predominância de países do continente europeu (Grécia⁵⁰, Suécia⁵¹, Escócia⁵², Reino Unido⁵⁶), sendo um estudo de cada país. Os países que apresentaram maior número de estudo foram: Brasil⁴⁹⁻⁵⁴ e Estados Unidos⁴⁷⁻⁵⁷, com dois estudos cada. O espectro temporal encontrado, data do ano de 1983⁴⁸, como estudo mais antigo até 2020⁵⁷, estudo mais recente. A amostra dos estudos apresentou variações, partindo de trabalhos com 2 indivíduos avaliados⁴⁷ até amostras maiores atingindo até 129 participantes⁵¹.

Assim, a avaliação do risco de viés foi realizada pelo 'CASP Checklist para estudos qualitativos' e encontra-se expressa na **tabela 1** (vide Apêndice) a tabulação dos resultados. Todos os estudos abordaram um desenho apropriado para com os objetivos da pesquisa. Dois estudos foram considerados de nível B⁴⁸⁻⁴⁹, por não alcançarem pelo menos 6 pontos na avaliação de risco de viés devido à falta de exposição de critérios metodológicos. Todos os estudos foram considerados apropriados na síntese do conhecimento, assim foram inclusos tanto os de nível A, como os de nível B.

DISCUSSÃO

O objetivo desta revisão de escopo foi realizar o levantamento e mapeamento da evidência disponível nas bases de dados e portais de saúde sobre aspectos importantes na comunicação em odontologia, com ênfase em pessoas idosas. Nesse contexto, foram elencados estudos que apresentaram temática concordante com os objetivos e proposições deste trabalho. Dentre os estudos componentes da amostra final (n=12), diferentes abordagens e temáticas incluídas no tópico de comunicação em saúde odontológica com pacientes idosos, foram apresentadas e discutidas. Todos os delineamentos foram aceitos pelos pesquisadores, incluindo trabalhos de diferentes tipos, localidades e métodos comunicativos.

Os idosos requerem uma visão holística de abordagem, não apenas a de 'um órgão infectado ou tecido patológico'⁴⁸. Observamos um sistema de ações programáticas, centradas no tratamento efetuado mecanicamente, onde curetam-se cavidades e restauram-se dentes, conferindo um 'tratamento de sucesso'⁵⁸.

A comunicação é o caminho que os seres humanos trazem sentido ao mundo em sua volta, realizada através de padrões. O processo de interrelação pessoal é multidirecional, envolve duas ou mais pessoas e pode ocorrer por métodos verbais, não verbais, presenciais ou à distância⁵⁹⁻⁶⁰.

Apesar dos profissionais de saúde reconhecerem a carência de conhecimento sobre recursos de comunicação e a importância do desenvolvimento destas habilidades⁶¹, é escassa a busca de estratégias na assistência prestada por parte dos mesmos⁶². Inobstante, nos estudos pesquisados, a literatura demonstrou inexistentes as práticas de comunicação não verbal em odontogeriatrics.

O primeiro estudo publicado que abordou o tema⁴⁸ sugeriu que, de certa forma, há uma ideia errônea sobre desperdício de tratamento, ou 'terapia desperdiçada', a qual indica uma avaliação tendenciosa vista também em outras áreas da saúde, como se apenas a 'cura' indicaria sucesso clínico. A comunicação falha em odontogeriatrics também deriva de recuos ou resistências inconscientes de muitos dentistas, ligada à ansiedade sobre seu próprio envelhecimento, conflitos com a imagem de seus pais, e talvez com um sentir que está 'desperdiçando' suas habilidades e sua energia em pacientes que não podem ser curados, logo, tratados.

Boas práticas de comunicação são descritas principalmente nos casos em que profissionais demonstraram empatia com a pessoa⁵². Profissionais de saúde alegam dificuldades enfrentadas no convívio e tratamento ao idoso e relações com o cuidador²⁰, além de dificuldades acerca de atender expectativas de diagnóstico com uma explicação clara e plausível a alguns idosos⁵². No entanto, o paciente idoso deve ter no profissional de saúde como 'aquele que o vê, escuta e entende'^{20,52}. Deve-se considerar que a prática do cuidado em saúde deveria ser caracterizada por uma formação pela escuta e produção de diálogo, vínculo e subjetividades, de compartilhamento e construção de planos terapêuticos, com uma visão integral e humanizada da atenção à saúde bucal⁶³⁻⁶⁴. Por meio da comunicação e empatia, deve-se encontrar uma correlação entre as vivências e com-

preensões das desordens de saúde e dos meios terapêuticos, bilateralmente.

A empatia gera um suporte satisfatório e consultas bem-sucedidas⁵². No entanto, os participantes nem sempre sentem que são ouvidos ou escutados⁵¹. Isso faz um contraste com o desejo, por parte dos idosos, pela oportunidade de contarem sua história em detalhes suficientes e sua antipatia por serem solicitados a darem descrições abreviadas de sua dor e seus efeitos. Assim, o estudo sugere que os profissionais de saúde deveriam se comunicar e se envolver com idosos a fim destes esclarecerem suas expectativas sobre a dor e seu manejo, que podem ser influenciadas por percepções sobre a idade; e para encorajar a expressão de suas preocupações, que também podem ser afetadas por suas percepções⁵².

Compartilhar a importância da comunicação e escuta ativa no cuidado envolve tratar o paciente por inteiro, assim, uma equipe experiente de provedores de cuidado alcança o melhor resultado clínico juntos, empregando respeito⁵⁷. Deve-se adaptar o conhecimento para que haja um entendimento entre os pares. Sobretudo, devem ser avaliados os campos da autonomia e independência da pessoa idosa, que são, respectivamente a capacidade de gerenciar/tomar decisões e capacidade de realizá-las⁵⁸.

Embora sejam sugestivos os resultados, cinco estudos abordaram métodos de aplicação da comunicação como intervenção em odontogeriatrics^{47,50,52,57,58}.

Questionários de caracterização da importância da comunicação no desfecho clínico foram utilizados para avaliar as experiências com próteses^{50,55}; explorar o impacto na comunicação e de qualidade de vida nos pacientes com perda dentária⁵⁵; a importância da comunicação na interprofissionalidade e interdisciplinariedade⁵⁷. Todavia, apenas o estudo de Anastassiadou *et al.* 2004 apresentou um teste de confiabilidade (SPSS)⁵⁰.

Pode-se perceber ressalvas acerca de avaliar a comunicação em odontogeriatrics no meio científico. Compreendem-se limitações na aplicação de forma terapêutica, por meio de questionários por exemplo. Apesar da necessidade de reprodutibilidade para a 'cientificação', a essência do processo comunicativo terapêutico e humanizado é a de não ser fundamentalmente tecnicista⁵.

Apontando a dimensão da comunicação entre os cuidadores e membros da família, que se fazem

valorizados e incluídos na prestação de cuidados e na tomada de decisões de tratamento, outros estudos pontuaram a importância da interprofissionalidade de modelo colaborativo, como sucesso ao atendimento de idosos^{47,49,57}. Sugere-se que comunicação coordenada odontológica de idosos se faça não só com a família ou cuidadores, mas também com a equipe médica e de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, para manter uma boa higiene bucal e a maior autonomia possível de pacientes com distúrbios cognitivos e motores^{47,49}.

O grupo de idosos apresenta alta prevalência de doenças crônico-degenerativas ou incapacitantes, por exemplo os pacientes portadores de doença de Parkinson avançada, artrite deformante nas mãos, demência, hemiplegia, Alzheimer, esquizofrenia e etc.^{49,57}. Segundo Kaufman *et al.* (2016), competências baseadas na equipe interprofissional fornecem uma estrutura para os dentistas que colaboram com prestadores de cuidados de saúde gerais no cuidado de pacientes idosos e frágeis⁴⁷. Essas competências incluem a comunicação com a clara importância de integrar o atendimento odontológico ao plano geral de tratamento do paciente, a comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde, a definição das funções de vários prestadores e a melhor forma de trabalharem juntos para um atendimento otimizado ao paciente.

Ao exemplo da comunicação à distância, autores sugerem a comunicação com outros membros da equipe de saúde ou com pacientes, por meio de teleconferências (teleatendimento)^{47,58} e que uma educação comunicativa interprofissional pode equipar os alunos com competência para abordar a saúde de pacientes idosos⁵⁷. No estudo de Tomuro (2004), abordou-se uma linha de videochamada, com comunicação interativa entre famílias e provedores de saúde⁵⁸. O teleatendimento doméstico pode capacitar profissionais de saúde para realizarem avaliações abrangentes de fatores físicos, psicossociais e ambientais para idosos acamados ou impossibilitados de saírem de casa, a fim de aconselhar os idosos de alto risco sobre questões de saúde e vida. Assumindo assim alguma das funções da 'visita domiciliar preventiva'⁵⁸. Compreende-se que devem ser observadas as condições socioeconômicas para aplicações destas práticas, porque o acesso à saúde integral e o domínio do conhecimento acerca de ferramentas digitais, é uma limitação culturalmente presente em grande parte da população idosa. Seja visto

que, com o excesso de tecnologias e de informações que cercam o mundo contemporâneo e o hábito de realizarem-se diversas tarefas ao mesmo tempo, ainda no âmbito do cuidado encontram-se dificuldades para uma comunicação ativa e livre de intercorrências.

Um estudo denota que os idosos valorizam a comunicação profissional representada por virtudes, estes tipificam um dentista 'atencioso e solidário'. Experiências assim promovem mudanças nas rotinas de saúde bucal e facilitam o pensar acerca de suas próprias condições de saúde⁵⁴.

Tampouco, discute-se acerca da importância da comunicação findando a descoberta do passado odontológico dos pacientes idosos. As vulnerabilidades individuais são condicionadas a experiências e suas esperanças para o futuro importam grandemente ao atendimento de idosos⁴⁷. Não há vivência em fatos clínicos isolados. Observa-se que em cada atendimento se refletem as múltiplas experiências ou relatos de experiências de outrem. Os estudos reportam a indissociabilidade da compreensão dos aspectos de saúde bucal e de saúde geral no atendimento ao idoso, ressaltando a importância do conhecimento através da troca de informações^{47,49}.

Retrata-se que quando as terapias de suporte e de higiene bucal não se mostram efetivas, através da comunicação deve ser realizada uma reorientação de procedimentos de higiene bucal considerando-se as limitações do indivíduo idoso (independência), aos exemplos de: adaptação de cabos de escovas, instrumentos para facilitar a passagem de fio dental, uso de substâncias preventivas e terapêuticas (principalmente fluoretos e clorexidina)^{49,58}.

Um estudo pontuou uma série de sugestões na comunicação para o atendimento a pacientes idosos, a fim de melhorar os resultados do tratamento: obtenha uma história de vida completa; ouça com atenção; seja honesto; considere a pessoa idosa como participante na decisão de fazer; tente reconhecer seus próprios preconceitos e conflitos; aumente a independência e o autorrespeito do paciente e preserve seu estilo de vida; estabeleça metas realistas e ideais; identifique os problemas a serem encaminhados a outro profissional; enfrente a atitude negativa de um paciente idoso e trate-a⁴⁸.

Pode-se observar algumas limitações quanto à metodologia e risco de viés dos estudos, visto que se

encontraram somente estudos qualitativos; e que esta revisão é composta majoritariamente por estudos que não tiveram a comunicação como prática de intervenção^{47-49,51,53-54,56}, mas que fizeram alusão a esta proposta.

A busca manual realizada na literatura cinzenta apresentou resultados pré-existent e captados pela busca sistemática.

A comunicação não é apenas o processo de transmissão de informação, conhecimentos e valores. O ato de transmissão e recepção de mensagens entre um ser que se comunica e que recebe, bem como a ação de emitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra em resposta, tangem a sua definição por senso comum⁸. Porém, sob essa ótica, a comunicação fica restrita às figuras clássicas do emissor e do receptor. As concepções que definem a comunicação são diversas. Assim, qualquer processo de comunicação envolve repertórios culturais, agendas de prioridades, diferentes percepções do mundo⁸.

Autoras elencaram uma 'evolução' dos diferentes processos de comunicação em saúde, cita-se a 'comunicação em dois fluxos', 'protagonismo dos participantes', 'processo de produção dos sentidos sociais', mas considerado o mais adequado às discussões do campo da saúde, conceituam a polifonia: quando a comunicação deixa de ser vista apenas como transmissão de informações e passa a ser considerada um 'processo de produção dos sentidos sociais'⁸.

Os pontos fortes dessa revisão podem ser mencionados a partir do ineditismo de trabalhos que se proponham a revisar a escassa literatura sobre o tema. De forma geral, o presente estudo permite uma validação do conhecimento até aqui produzido, para novos avanços possam ser estudados e validados, por estudos futuros. Em vista da não aplicação de filtros temporais, de idioma ou delineamento, acredita-se que o objetivo proposto encontra seu fechamento de forma satisfatória, visto que os achados apresentados englobam um recorte bastante amplo da literatura, permitindo seu entendimento em panorama. Em contrapartida, como limitação do estudo, é possível apontar a dificuldade na síntese e análise sistematizada dos trabalhos, visto a ampla variabilidade metodológica, mesmo em estudos de delineamentos semelhantes.

A literatura carece de estudos odontológicos direcionados propriamente à comunicação ativa da

pessoa idosa. Recomenda-se que mais estudos sejam conduzidos a fim de sugerir e explorar práticas aplicadas aos cenários de: mediação de conflitos e resolução de problemas; compartilhamento de saberes a partir do acolhimento, escuta e diálogo; abordagens e interações sociais da pessoa idosa; comunicação como intervenção e ferramenta diligente do cuidado.

CONCLUSÃO

Compreende-se a partir deste estudo exploratório, que a literatura alude considerações benéficas da comunicação verbal, seja presencial ou até mesmo à distância.

Levantam-se princípios, fundados no ato comunicativo, que se associados a um entendimento das diversas mudanças dos fatores biológicos, psicológicos e sociais que vêm com os processos de senescência e senilidade do envelhecimento, podem compreender um tratamento odontológico mais apropriado a esta população.

Nota-se a importância da comunicação como pilar na interprofissionalidade colaborativa do cuidado à pessoa idosa, bem como o papel da comunicação com o idoso, familiares ou cuidadores através de empatia, escuta e atenção. Porém estratégias de comunicação em odontogeriatrics ainda devem ser exploradas, debatidas e consolidadas na literatura.

REFERÊNCIAS

1. Luczinski GF, Ancona-Lopez M. A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. *Estud Psicol.* 2010;27(1):75-82. doi:10.1590/s0103-166x2010000100009
2. Moura CN, Siqueira APF de, Olegário EA, Raimundo L da S, Lima RR de, Braga LAV. A importância da escuta terapêutica como ferramenta da educação popular em saúde. *Políticas Envelhec Popul* 3. 2019;179-85. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO_EV125_MD4_SA11_ID3337_27052019213420.pdf. Acesso em 26 nov. 2020.
3. Ceron M. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. *UnasusUnifespBr* [Internet]. 2013;25. Disponível em: www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_17.pdf. Acesso em 26 nov. 2020.
4. Coriolano-Marinus MW de L, de Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, de Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: Revisão integrativa da literatura. *Saude e Soc.* 2014;23(4):1356-69 doi:10.1590/s0104-12902014000400019
5. Araújo, M. Reflexões sobre a prática em Humanização no atendimento odontológico Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2008. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/133477?show=full>. Acesso em 26 nov. 2020.
6. Inge *et al.* Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. *Occup Med (Chic Ill)*. 2013;53(4):130. Disponível em: https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7662/1/Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20na%20pr%C3%A1tica_43.pdf. Acesso em 26 nov. 2020.
7. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(3):312-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 dez. 2020.
8. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Editora Fiocruz, 2007. doi: <https://doi.org/10.7476/9788575413098>
9. Sequeira C. Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2014;12:6-8. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>. Acesso em 26 nov. 2020.

10. Virgem LAM, Aprendinsi: metodologia híbrida de ensino e aprendizagem baseada em problemas / projetos e escuta ativa para formação docente em educação profissional e tecnológica. 2017. 153 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bh, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/22950>. Acesso em: 06 dez. 2020.
11. Wolf M, de Figueiredo MJV. Teorias da comunicação. Presença; 1987. Disponível em: <https://www.inovaconsulting.com.br/wp-content/uploads/2016/09/teorias-da-comunicacao-by-mauro-wolf.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.
12. Heckert ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2007. p. 199-212. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Raz%C3%B5es-P%C3%BAblicas-para-a-Integralidade-em-Sa%C3%BAde-o-cuidado-como-valor.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.
13. Bittner-Fagan H, Davis J, Savoy M. Improving Patient Safety: Improving Communication. *FP Essent*. 2017 Dec;463:27-33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29210557/>. Accessed: 06 dec 2020
14. da Luz Antunes M. A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. *As Bibl da Saúde Que Futur Actas das XI Jornadas APDIS [Internet]*. 2014;123-33. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/3582>
15. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saude Publica*. 1987;21(3):211-24. doi:10.1590/s0034-89101987000300006
16. Alves NMC, Ceballos AG da C de. Polifarmácia em idosos do programa universidade aberta à terceira idade. *J Heal Biol Sci*. 2018;6(4):412. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1910>. Acesso em: 06 dez. 2020
17. Pesquisa Nacional De Saúde Bucal. Ministério Da Saúde. Ouvidoria do SUS 136 Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde Resultados Principais. Brasil, 2012. ISSN 20464924. Disponível em: <https://doi.org/10.3310/hta21210>
18. Lopes AOS, Pimentel SD, Oliveira AS de, Silva D dos S, Reis LA dos. Qualidade De Vida De Idosos Longevos Segundo Sua Caracterização Sóciodemográfica. *Políticas Envelhec Popul*. 2019;(1):135-40. ISSN: 2526-1908
19. Netto MP, Rodrigues Yuaso D, Kitadai FT. Longevidade: desafio no terceiro milênio. *O Mundo Da Saúde [Internet]*. 2005;29:594-607. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/32/13_Longevidad._desafios3mil.pdf
20. Veras RP. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. p. 11-32, 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-291182>. Acesso em: 06 dez. 2020
21. IBGE. Estatísticas Sociais. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 15 out. 2020.
22. Dutra CESV, Sanchez HF. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2015;18(1):179-88. doi:10.1590/1809-9823.2015.13184
23. Chaimowicz F. Saúde do Idoso. 2 ed.; Nescon UFMG, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3836.pdf>. Acesso: 06 dez. 2020

24. Silva SPC, Menandro MCS. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. *Saude e Soc.* 2014;23(2):626-40. doi: 10.1590/S0104-12902014000200022
25. Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare Enferm.* 2020;25. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
26. Romero DE, Muzy J, Damacena GN, De Souza NA, Da Silva de Almeida W, Szwarcwald CL, *et al.* Older adults in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil: Effects on health, income and work. *Cad Saude Publica.* 2021;37(3). doi: 10.1590/0102-311X00216620
27. Tavares M, Lindefjeld Calabi KA, San Martin L. Systemic diseases and oral health. *Dent Clin North Am.* 2014;58(4):797-814. doi: 10.1016/j.cden.2014.07.005
28. Catão MHC de V, Souza AON de, Carvalho ACH de, Oliveira AC de, Pinheiro ECC. Tratamento da xerostomia e hipossalivação em pacientes idosos. *Res Soc Dev.* 2021;10(8):e42510817427. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17427>
29. Hakeem FF, Bernabé E, Sabbah W. Association between oral health and frailty: A systematic review of longitudinal studies. *Gerodontology.* 2019;36(3):205-15. doi: 10.1111/ger.12406
30. Perez M. A População Idosa e o uso de Serviços de Saúde - The Elderly and the use of Health Services. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto.* 2008;7(1):30-7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9278/7184>. Acesso: 06 dez. 2020
31. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso: 06 dez. 2020
32. Júlia M, Ford H. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev Bioética.* 2009;10(2):73-88. Acesso em: 06 dez. 202
33. Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. 1993 Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000864713>. Acesso em: 06 dez. 2020
34. Lima FC. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem. 2021;11(34):78-87. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021>. Acesso em: 06 dez. 2020
35. Vagetti, Gislaíne Cristina; Nemes MC. Revisão Sistemática Sobre Intervenções Com Idosos Na Área Da Musicoterapia. *Rev Bras Musicoter.* 2017;48-67. Disponível em: <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/57>. Acesso em: 06 dez. 2020
36. Malta M, do Carmo ED. A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. *Atas Ciências da Saúde (ISSN 2448-3753).* 2020;9(3):41-51. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/download/2371/1611/8184>. Acesso em: 06 dez. 2020
37. Mesquita AC, de Carvalho EC. Therapeutic listening as a health intervention strategy: An integrative review. *Rev da Esc Enferm.* 2014;48(6):1122-30. doi:10.1590/s0080-623420140000700022
38. Oliveira MJS, Souza A De, Calvetti PÜ, Filippin LI. A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. *Saúde e Desenvolv Hum.* 2018;6(2):33. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/4732#:~:text=Resultados%3A%20Essa%20intera%C3%A7%C3%A3o%20profissional%20Dusu%C3%A1rio,de%20tornar%20a%20assist%C3%A2ncia%20de. Acesso em: 06 dez.2020
39. Andrade GB, Pedroso VSM, Weykamp JM, Soares L da S, Siqueira HCH, Yasin JCM. Cuidados Paliativos e a Importância da Comunicação entre o Enfermeiro e Paciente, Familiar e Cuidador. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2019;11(3):713-7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988180>. Acesso em: 06 dez. 2020

40. Miranda CF, Miranda ML de. Construindo a relação de ajuda. In: Construindo a relação de ajuda. 1989. p. 204. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-87044>. Acesso em: 06 dez. 2020
41. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73. doi:10.7326/m18-0850
42. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):1-10. doi:10.1186/s13643-016-0384-4
43. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: Panorama e desafios. *Cienc e Saude Coletiva.* 2012;17(3):575-86. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>
44. CASP, U. K. Critical appraisal skills programme (CASP): checklists. 2018. CASP CHECKLISTS- CASP-Critical Appraisal Skills Programme. Disponível em: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Acesso em: 06 dez. 2020
45. Peters MDJ *et al.* Chapter 11: scoping reviews (2020 version). JBI manual for evidence synthesis, JBI, v. 2020, 2020. Available from: ETERS, Micah DJ *et al.* Chapter 11: scoping reviews (2020 version). JBI manual for evidence synthesis, JBI, v. 2020, 2020. Accessed: 06 dec 2020
46. Entwistle BA. Oral health promotion for the older adult: implications for dental and dental hygiene practitioners. *J Dent Educ.* 1992 Sep;56(9):636-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1401471/>. Accessed: 06 dec 2020
47. Kaufman LB, Henshaw MM, Brown BP, Calabrese JM. Oral Health and Interprofessional Collaborative Practice: Examples of the Team Approach to Geriatric Care. *Dent Clin North Am.* 2016;60(4):879-90. doi: 10.1016/j.cden.2016.05.007
48. Lowenthal E. The elderly patient. *Pharmacological Basis of Acute Care*, [s. l.], p. 175-180, 1983. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-10386-0_21
49. Shinkai RSA, Del Bel Cury AA. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 2000;16(4):p1099-1109. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2000000400028>
50. Anastassiadou V *et al.* Validation of communication between elderly denture wearers and dentists: a questionnaire on satisfaction with complete dentures using semi-structured interviews. *Gerodontol*, 2004;21(4):p195-200. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2004.00038>.
51. Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE, Viitanen M, Winblad B. Social relations as determinants of oral health among persons over the age of 80 years. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(6), 454-462. doi:10.1046/j.1600-0528.2003.00115.x
52. Clarke A, Martin D, Jones D, Schofield P, Anthony G, McNamee P, *et al.* "I try and smile, I try and be cheery, I try not to be pushy. I try to say 'I'm here for help' but I leave feeling? worried": A Qualitative study of perceptions of interactions with health professionals by community-based older adults with chronic pain. *PLoS One.* 2014;9(9):1-7. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105450>
53. McKenzie-Green B, Giddings LS, Buttle L, Tahana K. Older peoples' perceptions of oral health: 'it's just not that simple'. *Int J Dent Hyg [Internet]*. 2009;7(1):31-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5037.2008.00328.x>
54. Saintrain MV de L, de Souza EHA. Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology.* 2012;29(2):e632-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00535.x>

55. Sbaraini A, Carter SM, Evans RW, Blinkhorn A. Experiences of dental care: What do patients value? *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-177>
56. Smith PA, Entwistle VA, Nuttall N. Patients' experiences with partial dentures: a qualitative study. *Gerodontology.* 2005;22(4):187-92. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2005.00084.x>
57. Tabrizi M, Lee WC. A Pilot Study of an Interprofessional Program Involving Dental, Medical, Nursing, and Pharmacy Students. *Front Public Heal.* 2020;8(December):1-8. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.602957>
58. Tomuro K. Oral home telecare tutorials for the community-dwelling elderly. *J Med Dent Sci.* 2004;51(3):165-71. Available from: <https://doi.org/10.11480/jmids.510303>
59. de Barros RS, Botazzo C. Subjectivity and a clinical approach in primary healthcare: narratives, life histories and social reality. *Cien Saude Colet.* 2011;16(11):4337. doi: 10.1590/s1413-81232011001200006.
60. Chambers M. Interpersonal relationships and communication as a gateway to patient and public involvement and engagement. *Heal Expect an Int J public Particip Heal care Heal policy.* 2018;21(2):407. doi: 10.1111/hex.12683
61. Newell S, Jordan Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JB I database Syst Rev Implement reports.* 2015;13(1):76-87. doi:10.11124/jbisrir-2015-1072
62. Santos L, Torres HC. Educational practices in diabetes mellitus?: práticas educativas em diabetes mellitus?: compreendendo as competências dos profissionais da saúde Prácticas educativas en Diabetes Mellitus?: comprendiendo las competencias de los profesionales de la salud. 2011;21(3):574-80. Doi:10.1590/S0104-07072012000300012
63. de Araújo MMT, da Silva MJP. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto e Context Enferm.* 2012;21(1):121-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100014>
64. Graff VA, Ceriotti Toassi RF. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. *Rev da ABENO.* 2018;17(4):63-72. doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i4.516>

APÊNDICE

Quadro 3

Tabulação dos estudos que compreendem os resultados da busca.

Autor	Ano	País de origem	Objetivos do estudo	Métodos	Amostra	Principais achados	Conclusão
Anastassiadou	2004	Grécia	Validar uma entrevista semiestruturada (SSI) para comunicação entre usuários de próteses totais e dentistas.	Entrevista qualitativa	78	O método apresentou boa confiabilidade, valioso para uso clínico e para auxiliar no estabelecimento de medidas e resultados, com base em critérios subjetivos de satisfação.	O método de comunicação avaliado é confiável e pode ser usado para obtenção de boa repetibilidade para avaliação qualitativa da satisfação com o profissional de odontologia.
Avlund	2003	Estocolmo	Analisar a influência das relações sociais de residentes de Kungsholmen, (Estocolmo) com idade superior a 80 anos e suas condições de saúde bucal.	Entrevista qualitativa	129	Os resultados primários apontam que pessoas que moravam sozinhas ou que ficaram sozinhas durante os 7 anos anteriores ao exame odontológico apresentaram maiores taxas de cárie coronária do que aqueles que viviam continuamente com outros. Ainda, pessoas insatisfeitas com seus contatos sociais eram mais propensas a cárie radicular do que aqueles que relataram satisfação com seus contatos sociais.	O estudo sugere que as relações sociais são relacionadas ao estado de saúde bucal de idosos.
Clarke	2014	Escócia	Explorar como pessoas idosas que vivem com dor crônica percebem suas experiências de interação com os profissionais de saúde.	Entrevista qualitativa	23	Os resultados ilustram como idosos podem ou não procurar ajuda para a dor crônica e destaca o envolvimento potencial da comparação social. A importância do diagnóstico expressa o desejo de validação profissional de sua condição e aversão a orientações vagas ou incompletas.	Uma parceria eficaz entre o idoso com dor e profissionais da saúde é essencial para que a dor seja devidamente avaliada e tratada, visto à subjetividade da variável. A percepção inadequada sobre idade, é um fator que pode interferir nas relações paciente-profissional.
Kaufman	2016	Estados Unidos	Baseado em dois relatos de casos, ilustra-se a prática colaborativa interprofissional, sendo que o primeiro é um exemplo de colaboração médico-dentária bem-sucedida e o segundo caso é um exemplo mal sucedido.	Observação de participante	2	A maioria das profissões relacionadas à saúde e suas especialidades associadas se engaja no sucesso colaborativo. Deficiências funcionais e/ou cognitivas em pacientes idosos podem exigir a identificação por parte de familiares e cuidadores a fim de auxiliar o paciente a manter uma saúde bucal ideal.	Melhores resultados para pacientes idosos resultam de colaboração interprofissional em conjunto com o apoio da família do paciente e cuidadores. A comunicação frequente com outros membros da equipe ajuda a garantir uma saúde bucal ideal trazendo resultados a curto e longo prazo.

Autor	Ano	País de origem	Objetivos do estudo	Métodos	Amostra	Principais achados	Conclusão
Lowental	1983	Israel	Abordar as alterações fisiológicas e patológicas advindas do processo de envelhecimento, relacionando com o atendimento odontológico.	Observação de participante	Não se aplica	A idade dos pacientes afeta parâmetros biopsicossociais de suas doenças. A senilidade evoca um recuo multiforme nos dentistas, diretamente oposto à atitude terapêutica necessária. O princípio essencial em odontogeriatria é a cooperação dentista-paciente, atingível somente de forma holística e respeitosa.	Princípios associados ao entendimento dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, assim como as mudanças que acompanham a idade avançada, devem resultar no aprimoramento do tratamento odontológico.
Mckenzie-Green	2009	Nova Zelândia	Explorar o ponto de vista dos idosos quanto às práticas de saúde bucal. Discutir a atuação da odontologia na atenção integral à saúde do idoso, considerando-se a necessidade da abordagem interdisciplinar.	Entrevista qualitativa	19	O cuidado odontológico dos idosos envolve estratégias complexas e pessoalmente significativas. Uma visita ao dentista traz à tona esperanças e medos, com base nas experiências passadas e presentes. A boca e os dentes representam o relacionamento social e relacional do 'self' de uma pessoa.	Os dentistas devem ser sensíveis aos contextos que afetam o estado de saúde bucal de idosos, visto que acompanham seu passado, experiências de saúde bucal e suas esperanças para o futuro. O tratamento no presente vulnerabiliza e traz consigo uma grande importância ao idoso.
Saintrain	2011	Brasil	Investigar o impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos.	Entrevista qualitativa	72	A grande maioria dos pacientes avaliados compareceram ao dentista para procedimentos de extração dentária. Ainda, uma ampla parcela relata dificuldades depois de perder seus dentes. Dentre elas: dificuldades na alimentação e interferência na comunicação com outras pessoas.	A perda dentária causa transtorno na qualidade de vida do indivíduo, principalmente quando afeta seu bem-estar e aparência.
Sbaraini	2012	Austrália	Reportar experiências dos pacientes idosos no atendimento odontológico, particularmente no relacionamento paciente-dentista, durante a prestação de cuidados preventivos e aconselhamento em práticas odontológicas gerais.	Entrevista qualitativa	17	Valorização, por parte do paciente, de profissionais de odontologia que prestam devida atenção e respeito. Ênfase na preocupação e cuidado dos dentistas, elencando procedimentos de prevenção e educação em saúde.	Dentistas e equipes odontológicas produziram mudanças profundas não apenas nas rotinas de saúde bucal dos pacientes, mas também na forma como os pacientes pensam sobre a própria saúde bucal e o papel do profissional da odontologia.

Autor	Ano	País de origem	Objetivos do estudo	Métodos	Amostra	Principais achados	Conclusão
Shinkai	2000	Brasil	Discutir a atuação da odontologia na atenção integral à saúde do idoso, considerando a necessidade da abordagem interdisciplinar.	Observação de participante	Não se aplica	Necessidade do conhecimento interdisciplinar, a compreensão da individualidade do idoso e do processo de envelhecimento para enxergar a singularidade em cada um.	Odontogeriatría e gerontología devem englobar uma visão geral do idoso e do envelhecer. Há a indissociabilidade dos aspectos de saúde bucal e de saúde geral no atendimento ao idoso, ressaltando a importância do conhecimento e da comunicação.
Smith	2005	Reino Unido	Entender as experiências de pacientes no momento de recebimento de próteses parciais.	Entrevista qualitativa	23	Aponta-se dificuldade no aceitação dos pacientes frente à necessidade de prótese parcial. Pessoas idosas perceberam que os principais benefícios das próteses parciais são a aparência e a confiança melhoradas, mas experimentaram dificuldades, muitas vezes somente utilizando para eventos/ocasiões sociais.	Próteses parciais podem ser difíceis de lidar. Uma comunicação informativa e de apoio, quando próteses parciais são necessárias, pode melhorar a qualidade das experiências dos pacientes e ajudar a promover o uso eficaz e a busca de ajuda adequada por usuários de próteses parciais.
Tabrizi	2020	Estados Unidos	Avaliar um programa piloto interprofissional de saúde bucal.	Entrevista qualitativa	13	Todos os alunos reconheceram a importância do programa interprofissional para melhorar seus conhecimentos e habilidades. O sucesso do programa é pautado em: educação interprofissional, que aumentou a consciência dos alunos de outros tipos de serviços e cenários que permitiram aos alunos resolver o caso e adquirir experiência prática.	Educação interprofissional pode equipar os alunos com competência para abordar a saúde de pacientes geriátricos. Os materiais aplicados no estudo podem ser compartilhados e adaptados, para preparar alunos para outros cenários, que requerem equipes interprofissionais.

Tabela 1

Avaliação do risco de viés dos estudos incluídos por meio do CASP Checklist. Estudos discriminados em: S (sim), N (não) e T (talvez), outubro de 2021.

Autores	Sbaraini	McKenzie-Green	Shinkai	Lowental	Tomuro	Anastassiadou	Avlund	Clarke	Kaufman	Tabrizi	Saintrain	Smith
<i>CASP Checklist</i>												
1. Houve uma declaração clara dos objetivos da pesquisa?	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S
2. É uma metodologia qualitativa apropriada?	S	S	S	T	T	S	S	S	N	S	S	T
3. O desenho da pesquisa foi apropriado para abordar os objetivos da pesquisa?	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S
4. A estratégia de recrutamento foi adequada aos objetivos da pesquisa?	S	S	S	N	S	S	S	N	T	S	S	S
5. Os dados foram coletados de forma a abordar a questão da pesquisa?	S	S	S	T	S	S	S	N		S	S	S
6. A relação entre pesquisador e participantes foi considerada de forma adequada?	N	T	T	T	N	S	S		S	S	S	S

Autores	Sbaraini	McKenzie-Green	Shinkai	Lowental	Tomuro	Anastassiadou	Avlund	Clarke	Kaufman	Tabrizi	Saintrain	Smith
CASP Checklist												
7. As questões éticas foram levadas em consideração?	S	S	S	S	S	S	S		S	S	S	S
8. A análise dos dados foi suficientemente rigorosa?	S	N	S	N	T	S	S	T		S	S	S
9. Existe uma declaração clara das descobertas?	S	T	S	T	S	S	S	N	S	S	S	S
10. Quão valiosa é a pesquisa?	Apro- priada	Apropriada	Apro- priada	Apro- priada	Apro- priada	Apropriada	Apro- priada	Apro- priada	Apro- priada	Apro- priada	Apro- priada	Apro- priada
Nível do estudo	A	A	A	B	A	A	A	A	B	A	A	A