



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

GEMAKSON MIKAEL MENDES

AUTOPERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE
BUCAL DE IDOSOS EM FORTALEZA, CEARÁ

FORTALEZA

2019

GEMAKSON MIKAEL MENDES

AUTOPERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE
BUCAL DE IDOSOS EM FORTALEZA, CEARÁ.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem como parte dos requisitos para obtenção do título de graduação em Odontologia. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Karine Macedo
Teixeira

Coorientador: Raul Anderson Domingues
Alves da Silva

ORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M491a Mendes, Gemakson Mikael.
AUTOPERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE BUCAL DE
IDOSOS EM FORTALEZA, CEARÁ / Gemakson Mikael Mendes. – 2019.
41 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Odontologia, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Ana Karine Macedo Teixeira.
Coorientação: Prof. Raul Anderson Domingues Alves da Silva.

1. Qualidade de vida. 2. Idosos. 3. Saúde bucal. 4. Autoimagem. I. Título.

CDD 617.6

GEMAKSON MIKAEL MENDES

AUTOPERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE
BUCAL DE IDOSOS EM FORTALEZA, CEARÁ.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem como parte dos requisitos para obtenção do título de graduação em Odontologia. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Karine Macedo Teixeira
Coorientador: Raul Anderson Domingues Alves da Silva

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Ana Karine Macedo Teixeira (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Raul Anderson Domingues Alves da Silva (Coorientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dra. Walda Viana Brigido de Moura

Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

A Deus, arquiteto da vida, dono de tudo, mantenedor e Pai. À minha família por todo o cuidado e preocupação, em especial aos meus pais, Germano e Márcia por me incentivarem a caminhar com minhas próprias pernas, por respeitarem as minhas escolhas e serem compreensivos nas minhas dificuldades. Sou quem sou porque tive pais maravilhosos que sempre fizeram tudo para me ver bem, que abdicaram de muita coisa e até anularam alguns sonhos pessoais em prol da minha criação e formação. Sou e serei eternamente grato por tudo. À Bruna Kércia, minha prima que tenho como irmã, que vi nascer e que a cada dia enche a família de orgulho. Sou grato por todo amor e responsabilidade compartilhados (você vai dividir comigo a responsabilidade de cuidar dos parentes futuramente, não esqueça). À Naty, minha prima materna que mais admiro, pela sua força, resiliência, coragem, empatia e amor, a quem tenho um carinho imenso e considero como irmã. A meus tios: Márcia, Henrique, Marcilene e também ao Paulo e Costa por sempre acreditarem em mim, por sempre me inspirarem e incentivarem a ser um primo e sobrinho exemplar que luta por um futuro melhor.

Gostaria de agradecer carinhosamente às minhas avós Deusimar e Perpétua que perto ou longe me encheram de amor e me fizeram ter contato com a sabedoria que apenas o tempo pode conferir. Aprendi com vocês que a idade não determina quem somos, e sim as nossas atitudes. Obrigado por todo o amor, respeito e ensinamento. Aos demais familiares que moram longe, mas sempre estão presentes: tia Fátima, Edson, Alexandre, Zé sou grato da mesma forma pelo cuidado e atenção a mim dispensados. Amo todos vocês!

Aos meus amigos, amor e colegas de curso por me darem força, apoio e carinho quando tudo parecia dar errado. Por compartilharmos momentos de tristeza e alegria. Ao Lucas Figueiredo por me fazer rir quando eu queria chorar de raiva ou tristeza, por ser meu colo e meu refúgio em meio ao estresse. Por ser tão especial e importante para mim. Agradeço especialmente à minha dupla Gabriela pela parceria, pela organização, pela pedra pomes e por ser a melhor dupla que eu poderia ter. Ao meu amigo e dupla de PET, Geibson por ter compartilhado momentos únicos comigo que jamais esquecerei. Aos meus amigos de IFCE que levarei para a vida e que me mostram que existe vida fora da Odontologia: Samara, Romulo e Gabriela Valentim por comprarem as minhas ideias e por serem os melhores amigos do mundo. Desejo todo o sucesso a vocês!

À UFC e ao Programa de Educação Tutorial – PET por terem sido responsáveis pela minha formação acadêmica e por terem me proporcionado experiências incríveis de troca de conhecimento e construção pessoal. Me sinto orgulhoso de ser parte de uma Universidade pública, que embora muitas dificuldades, resiste cumprindo o seu papel de excelência na formação de profissionais preparados para cuidar da sociedade.

Ao projeto Sorriso Grisalho, em especial à Dra Walda Viana, que me acolheu desde o início da graduação e me ensinou bastante sobre a profissão e sobre cuidado aos idosos. Sou grato por poder termos compartilhado o amor pelos nossos grisalhos.

À equipe envolvida na pesquisa, em especial à Dra Ana Karine Macêdo que foi a melhor orientadora que a vida me deu. Me sinto honrado por ter sido orientado com tamanha gentileza, generosidade, humanidade, leveza e responsabilidade. Ao colega de profissão e também orientador Raul Alves por ter sido amigo, paciente, compreensivo e por ter me proporcionado a coleta de dados mais divertida e emocionante que eu pedia experimentar. À Jessica minha

dupla de pesquisa que me emociona e inspira sempre, por seu amor ao próximo, respeito à vida seja ela qual for (humana ou animal) e a empatia com o sofrimento do outro. Obrigado por honrar a Odontologia com a sua escolha profissional. Enfim, a todos, muita Gratidão por terem confiado em mim. Jamais esquecerei de onde vim e espero alçar voos tendo pessoas como vocês do meu lado sempre.

RESUMO

A qualidade de vida trata-se de uma percepção subjetiva e individual, que sofre influência de aspectos pessoais e coletivos, podendo variar de acordo com a cultura ou valores de determinada sociedade. Da mesma forma, a saúde bucal pode ser definida como a experiência subjetiva do indivíduo em relação ao seu bem-estar nas diversas áreas da vida. Devido a relação íntima entre esses conceitos, faz-se necessário estabelecer parâmetros para avaliar a relação entre ambos. Para isso, o presente estudo objetivou avaliar a autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados, bem como avaliar a associação destas com aspectos socioeconômicos. Foi realizado um estudo epidemiológico, transversal, tendo como público-alvo, idosos com mais de 60 anos em uma instituição de longa permanência - ILPI e um grupo de convivência de idosos, ambos localizados em Fortaleza-Ce. A amostra foi composta por 23 idosos institucionalizados e 22 idosos não institucionalizados. Para a análise da autopercepção em saúde bucal, foi utilizado o índice GOHAI (Geriatric Oral Health Index). Para avaliar o nível de dependência foi aplicado o teste de Barthel e ainda, o teste Pfeiffer foi utilizado para analisar o estado cognitivo. Uma equipe formada por um cirurgião dentista e acadêmicos de odontologia foi calibrada para realizar os exames epidemiológicos bucais. A pontuação média dos valores do índice GOHAI foi de 32,6, representando uma boa satisfação quanto à saúde bucal, entretanto foi percebido um alto número de edêntulos, já que apenas 17,7% da amostra possuía 21 dentes ou mais na boca. Percebeu-se que os idosos analfabetos e aqueles que utilizavam prótese total inferior estavam mais satisfeitos com a sua saúde bucal enquanto que outros fatores socioambientais não apresentaram valores estatisticamente significantes. Concluiu-se portanto que a autopercepção é um conceito variável e subjetivo que nem sempre representa as reais necessidades clínicas do indivíduo.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Idosos; Saúde bucal; Autoimagem

ABSTRACT

Quality of life is a subjective and individual perception, influenced by personal and collective aspects that may vary according to the culture or values of a given society. Likewise, oral health can be defined as the subjective experience of the individual in relation to his well-being in the various areas of life. Due to the intimate relation between these concepts, it is necessary to establish parameters to evaluate the association of both terms. A rapid increase in the number of elderly people has been witnessed both in Brazil and in the world. In addition, according to epidemiological data, this age group has shown a high level of edentulism and several oral needs. Therefore, it is necessary to evaluate the self-perception of this group about their oral health and their relationship with quality of life. The present study aimed to evaluate the self-perception of the quality of life related to oral health of institutionalized and non-institutionalized elderly, as well as to evaluate the association of these with socioeconomic aspects. A cross-sectional epidemiological study was carried out with the target group, elderly people over 60 years old in a long-term institution (ILPI) and a group of elderly people living in Fortaleza-Ce. The sample consisted of 23 institutionalized elderly and 22 non-institutionalized elderly. For the analysis of self-perception in oral health, the GOHAI (Geriatric Oral Health Index) index was used. Barthel's test was also used to assess the level of dependency and a team of dental surgeons and dental academics was calibrated to perform oral epidemiological examinations. The average score of the GOHAI index was 32.6, representing a good satisfaction regarding oral health; however, a high number of edentulous individuals was noticed, since only 17.7% of the sample had 21 teeth or more in the mouth. It was found that illiterate elderly and those who used lower total prostheses were more satisfied with their oral health, while other socioenvironmental factors did not present statistically significant values. It was therefore concluded that self-perception is a variable and subjective concept that does not always represent the individual's actual clinical needs.

Keywords: Quality of life; Aged; Oral Health; Self Concept

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	8
2- METODOLOGIA	11
3- RESULTADOS	14
4- DISCUSSÃO	19
5- CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE A – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA PESQUISA	29
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	35
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	39

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal é parte integrante da saúde geral e como tal está diretamente associada a qualidade de vida e bem-estar. Por isso, muitos pesquisadores preferem relacionar a definição de saúde à qualidade de vida, ampliando o conceito tradicional da Organização Mundial de Saúde, que define a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças e enfermidade. (VASCONCELOS *et al.*, 2012)

Segundo Minayo *et al.* (2000), a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação existencial e se relaciona com fatores culturais dos elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar. Para a autora, portanto, a definição de qualidade de vida é relativa e pode mudar de acordo com o contexto social.

Ainda, de acordo com a OMS (1995), qualidade de vida é tida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, múltiplos fatores podem influenciar a qualidade de vida de uma pessoa, incluindo a sua saúde bucal (COSTA, 2010).

A mudança de paradigma do biomédico para o modelo socioambiental permitiu que o entendimento de saúde fosse ampliado, passando a abranger aspectos importantes da vida dos indivíduos. Nesse contexto, Locker (1997) definiu a saúde como a “experiência subjetiva de uma pessoa em relação ao seu bem-estar funcional, social e psicológico”, ou seja, a experiência individual e suas consequências no dia-a-dia desempenhariam um papel fundamental na autopercepção dos indivíduos acerca da sua saúde.

Como forma de avaliar a saúde bucal de determinada população, tradicionalmente são realizadas pesquisas clínicas quantitativas voltadas ao diagnóstico das condições de saúde de determinada população. Tais pesquisas utilizam-se de indicadores clínicos como a presença de lesões de cárie, ausência de dentes e etc., entretanto, tais informações, quando tratadas isoladamente não documentam todo o impacto das desordens bucais em pacientes e populações. Ao se restringir as informações aos indicadores clínicos, por exemplo, se perdem aspectos como o funcionamento da cavidade bucal, ou sobre as suas repercussões sociais. (ANTUNES *et al.*, 2013; FONSECA *et al.*, 2011)

Os indicadores epidemiológicos são, portanto, limitados no que diz respeito à avaliação do impacto das doenças na vida dos indivíduos e o quanto elas afetam a sua capacidade de desempenhar suas atividades. Por outro lado, parâmetros que analisam a autopercepção expressam melhor como a rotina do indivíduo e da população em geral está sendo afetada. (SILVA *et al.*, 2005)

As informações sobre a autopercepção do indivíduo acerca dos impactos das condições bucais na sua vida são coletadas por meio de questionários que podem ser utilizados em estudos populacionais ou como complemento de medidas clínicas habituais. Há vários exemplos desses questionários validados na literatura, e a escolha dos mesmos deve se basear em informações do público-alvo, e de acordo com os objetivos da pesquisa. Uma dessas medidas é o The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), um índice criado para avaliar as limitações bucais e a satisfação com a saúde bucal do público idoso. O índice GOHAI consiste de 12 questões que avaliam três dimensões: limitação funcional (mastigação, fala e deglutição), impactos psicossociais (preocupação com a saúde bucal, satisfação com a aparência, restrição nos contatos sociais devido a problemas bucais), dor e desconforto. A pontuação final pode variar de 12 a 36 pontos, e quanto maior o seu valor, melhores as condições de saúde bucal percebidas pelos idosos. Dessa forma, os valores podem ser categorizados em: alto (34-36), moderado (31-33) e baixo (menor que 30). (ANTUNES *et al.*, 2013; ATCHISON & DOLAN, 1990)

A autopercepção de saúde bucal reflete a percepção subjetiva de cada indivíduo acerca do seu bem-estar funcional, social e psicológico. Essa medida muitas vezes determina a busca do paciente por atendimento odontológico. Alguns fatores podem influenciar a percepção de saúde bucal, dentre eles pode-se destacar características socioeconômicas, como escolaridade e renda, e condições clínicas como a perda dentária e uso de próteses. (SILVA *et al.*, 2011)

O crescimento do número de idosos no Brasil e no mundo é uma realidade que desafia as políticas de saúde e aponta a necessidade de investimentos que assegurem o bem-estar e qualidade de vida da população idosa (SILVA *et al.*, 2011; BENEDETTI *et al.*, 2007; NASRI, 2008; CAMARANO & KANSO, 2010; CARVALHO & GARCIA, 2003). Entretanto, embora ocorra o crescimento desse grupo, os dados epidemiológicos revelam a condição de saúde bucal precária encontrada nessas pessoas (BRASIL, 2012).

Algumas alterações fisiológicas próprias do envelhecimento como a hipossalivação e a diminuição da capacidade mastigatória, podem agravar a situação de saúde bucal dos idosos,

bem como o surgimento de doenças sistêmicas e por isso o uso de muitos fármacos a chamada polifarmácia, etc. (CABRERA, 2004). Além desses problemas, questões sociais como abandono da família e fatores emocionais podem contribuir para que ocorra uma mudança na autopercepção de saúde bucal desse público. (GOTTLIEB *et al.*, 2011; SILVA; VALSECKI, 2000).

Geralmente, pessoas idosas avaliam positivamente a sua condição de saúde bucal, ainda que estejam com situações clínicas desfavoráveis. Isso explica a busca reduzida por atendimento odontológico nessa idade encontrada em muitos trabalhos. A autopercepção desempenha papel crucial na busca por atendimento, pois se não há a consciência de que há necessidade de tratamento, não há a busca deste. (HAIKAL *et al.*, 2011)

Faz-se então necessário avaliar os níveis de autopercepção desse público acerca da sua saúde bucal, para que sejam adotadas medidas de educação e promoção de saúde eficazes (SOUZA *et al.*, 2010). Portanto, o objetivo desse trabalho foi avaliar a autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados, bem como avaliar a associação destas com aspectos socioeconômicos.

2 METODOLOGIA

Realizou-se um estudo epidemiológico, transversal, com público-alvo de pessoas a partir de 60 anos (faixa etária considerada idosa de acordo com parâmetros nacionais) em uma instituição de longa permanência - ILPI (Recanto Sagrado Coração de Jesus, localizada no bairro Benfica) e em um grupo de convivência de idosos da comunidade do PICI, ambos localizados em Fortaleza-Ce. A mostra foi composta por 23 idosos institucionalizados e 22 idosos não institucionalizados. (NETO et al., 2015)

Foram incluídos na pesquisa os indivíduos que estavam presentes na ILPI ou no encontro do grupo de convivência na ocasião da aplicação dos questionários e avaliações clínicas e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os idosos em processo de cuidados paliativos e/ou considerados desorientados no momento da realização da pesquisa. Foram retirados da pesquisa os idosos que não possuíam um grau satisfatório de cognição para responder o GOHAI.

A coleta dos dados foi realizada por um cirurgião dentista - CD juntamente com três acadêmicos, um do oitavo semestre e dois do décimo semestre, do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, como examinadores, e acadêmicos de semestres iniciais do curso, como anotadores. Todos os examinadores se submeteram a treinamento e calibração para assegurar padrões uniformes na pesquisa, garantindo a esta maior confiabilidade e rigor científico. Todas as coletas foram realizadas em duplas de examinador e anotador sob a supervisão direta do CD. O valor do Kappa variou de 0.66 a 1 entre os examinadores, o que é considerada boa calibração.

A coleta de dados pesquisou aspectos sociodemográficos como: sexo, idade, escolaridade, renda e atendimento odontológico. Além disso, os idosos foram avaliados quanto ao seu estado de saúde (nível de dependência, grau de cognição e número de doenças sistêmicas diagnosticadas). Nos casos em que os idosos não eram aptos a responder essas questões, os cuidadores ou responsáveis pelo abrigo eram consultados.

Além disso, foi realizado o exame epidemiológico bucal com espelhos bucais e sondas periodontais tipo OMS, previamente esterilizados, gaze e Equipamento de Proteção Individual (EPI). Os participantes foram examinados sentados em um ambiente claro e os examinadores

utilizaram uma lanterna de cabeça do mesmo modelo para todos. Os idosos que não conseguiam se sentar foram examinados deitados ou em cadeira de rodas, visando o conforto destes.

A condição de saúde bucal e os critérios de avaliação tiveram como base o modelo do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2009; 2012), que incluiu a aferição da cárie dentária por meio do índice CPO-D (indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados).

Para análise do estado cognitivo foi utilizado o teste Pfeiffer (PFEIFFER, 1975), composto por 10 questões recebendo pontuação de 0 a 10, de acordo como número de erros. Quanto maior o número de acertos, maior a pontuação, o que representa uma cognição mais preservada. Este teste permite classificar dentre os idosos aqueles com cognição intacta 0-2 erros, aqueles com declínio leve 3-4 erros, moderado 5-7 erros e severo 8-10 erros. Para fins estatísticos, os declínios leves e moderados foram unidos em uma mesma categoria nesta pesquisa.

Uma das formas de analisar o nível de independência em idosos é através do Índice de Barthel, que avalia a dependência do idoso para realizar 10 atividades básicas da vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, banho, vestimenta, controle de esfínteres, deambulação, passagem da cadeira para a cama, subir e descer escadas (MAHONEY & BARTHEL, 1965). Para o presente estudo, foi utilizado o Índice de Barthel modificado (APÓSTOLO, 2012) que possui pontuação total variando de 0-100 pontos, em que 100 pontos representam um indivíduo totalmente independente, 99-76 pontos- dependência leve, 50-26 pontos – dependência severa e 25 pontos ou menos – dependência total. Na análise estatística desse estudo a dependência leve e moderada permaneceram na mesma categoria e não foram incluídos idosos com dependência total, pois, apresentavam dificuldades de responder ao questionário de autopercepção.

Por fim, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, foi avaliada pelo índice GOHAI (Geriatric Oral Health Index), criado por Atchison e Dolan (1990) para avaliar o impacto das doenças bucais em populações idosas. Este índice apresenta 12 perguntas de múltipla escolha que avaliam nos últimos 3 meses os aspectos funcionais, dolorosos e psicossociais de acordo com as respostas: Nunca; Algumas Vezes; Sempre/Quase Sempre. A exemplo de Silva et al. (2005), nesse estudo optou-se por simplificá-las em “sempre”, “às vezes” e “nunca” – recebendo pontuações 1, 2 e 3, respectivamente. Para as questões positivas a pontuação é contada de maneira inversa. A soma total dos valores pode variar de 12 a 36 pontos. Quanto

maior o valor, melhor é considerada a qualidade de vida do indivíduo relacionada a sua saúde bucal. Optou-se por usar a classificação GOHAI-Ab, que representa o valor absoluto da soma das respostas desse índice.

O protocolo da pesquisa cumpriu os preceitos éticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, em investigação com seres humanos, conforme consta na Resolução no 466/2012 do CNS, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC sob o número de parecer 3.009.576. (ANEXO A)

Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel e foram analisados estatisticamente por meio do Software Statistical Package for Social Science (versão 22.0). Realizou-se análise descritiva para determinar a distribuição das variáveis, enquanto a estatística analítica serviu para comparar as duas populações, sendo estabelecido o nível de significância de 5%. A análise comparativa do índice GOHAI entre os grupos foi feita empregando o teste T de amostras independentes do GOHAI e desvio padrão.

3 RESULTADOS

O estudo realizou-se com 22 idosos não institucionalizados participantes de um grupo de convivência e com outros 23 idosos institucionalizados de uma ILPI, totalizando 45 idosos entre 60 e 95 anos, com uma média de idade de 74 anos e 30% destes possuíam mais de 80 anos. Percebeu-se número expressivo de idosos do sexo feminino (77,7%). A respeito da renda, 51,1% dos idosos relataram possuir renda menor ou igual a 1 salário mínimo.

Quanto a saúde sistêmica, 68,9% dos idosos possuíam 1 ou mais doenças. Sobre o uso de medicamentos, 24,4% da amostra não fazia uso de nenhum medicamento, enquanto 8,9% faziam uso de polifarmácia, ou seja, utilizavam 5 ou mais medicamentos. Em relação ao grau de dependência, 40% dos avaliados possuíam dependência moderada ou leve, sendo os outros 60% independentes de acordo com o Índice de Barthel. Já a respeito da cognição, foi visto que 68,8% possuíam cognição intacta e o restante apresentava algum declínio na mesma de acordo com o teste de Pfeiffer.

Analisando saúde bucal, percebeu-se que 33,3% da amostra era desdentada total e a média de dentes na boca era de 9,2. O índice CPO-D apresentou uma média de 26,33. Verificou-se, ainda, que somente 17,7% da população possuíam 20 ou mais dentes na boca, o que representa um índice elevado de perda dentária nessa população.

A pontuação média dos valores do índice GOHAI foi de 32,6 (DP=2,6). A Tabela 1 mostra os valores totais por perguntas desse índice na pesquisa e a variação de média delas. Percebeu-se que a questão 7 obteve uma maior variação de média (DP= 0,830) em relação as outras questões. Ainda assim, ao avaliar as questões relacionadas à dimensão de impacto funcional, observou-se que 91,1% da amostra relatou nos últimos 3 meses nunca terem diminuído ou mudado o tipo de alimento por causa dos dentes (questão 1). Já 17,8% dos idosos afirmaram que algumas vezes tiveram problemas para mastigar os alimentos nos últimos 3 meses (questão 2), enquanto 6,7% relatou ter sempre tido que mudar o jeito de falar por conta de problemas nos dentes (questão 4). Quanto às respostas relacionadas à dimensão de impacto de Dor/Desconforto, 93,3% dos entrevistados afirmaram que nunca precisaram tomar remédios para dor ou desconforto na boca nos últimos 3 meses (questão 8), enquanto 22,2% afirmou ter sentido algumas vezes um desconforto ao comer algum alimento (questão 5). Já quanto a dimensão de impacto psicossocial, 95,6% dos idosos afirmaram que nos últimos 3 meses nunca deixaram de se encontrar com alguém por conta de algum problema na boca (questão 6), assim

como nunca evitaram de comer com alguém pelos mesmos motivos (questão 11). Além disso, 57,8% da amostra afirmou que sempre esteve satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca nos últimos 3 meses (questão 7).

A Tabela 02 apresenta a média do índice GOHAI segundo as variáveis sociodemográficas, saúde geral, institucionalização e local do uso de serviço odontológico. Foi observada uma melhor autopercepção da qualidade de vida nos idosos analfabetos em relação aqueles que possuíam ensino fundamental ($p=0,003$) e os que terminaram ensino médio ou superior completo ($p=0,007$). Não observou-se diferença na média do GOHAI entre as outras variáveis, inclusive entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

No que diz respeito a prótese, percebe-se na tabela 03 que 73,3% dos idosos faziam uso de algum tipo prótese superior, sendo que destes, 48,8% utilizavam prótese total. Já em relação ao uso de prótese inferior, 53,0% utilizavam alguma prótese e destes, apenas 22,2% eram usuários de prótese total. Em relação à necessidade de prótese, de todos os idosos, 51,1% necessitavam de reabilitação oral superior e 77,7% de reabilitação inferior. Destaca-se na Tabela 03 que os idosos que possuem prótese inferior total ($p=0.02$) apresentaram média maior do índice GOHAI quando comparado com aqueles que não possuíam prótese na arcada inferior. Não foi observada diferença na qualidade de vida entre os demais aspectos.

Tabela 01 - Distribuição dos valores totais do Índice GOHAI e de seus domínios nos grupos da pesquisa – Fortaleza (CE), 2019.

Questão	Dimensão de impacto	Sempre/ Quase sempre		Algumas Vezes		Nunca		X	DP
		n	%	n	%	n	%		
1	Funcional	2	4,4	2	4,4	41	91,1	2,87	0,457
2	Funcional	4	8,9	8	17,8	33	73,3	2,64	0,645
3	Dor/ Desconforto	1	2,2	7	15,6	37	82,2	2,80	0,457
4	Funcional	3	6,7	5	11,1	37	82,2	2,76	0,570
5	Dor/ Desconforto	2	4,4	10	22,2	33	73,3	2,69	0,557
6	Psicossocial	0	0	2	4,4	43	95,6	2,96	0,208
7	Psicossocial	26	57,8	9	20,0	10	22,2	2,36	0,830
8	Dor/ Desconforto	0	0	3	6,7	42	93,3	2,93	0,252
9	Psicossocial	3	6,7	5	11,1	37	82,2	2,76	0,570
10	Psicossocial	2	4,4	3	6,7	40	88,9	2,84	0,485
11	Psicossocial	0	0	2	4,4	43	95,6	2,96	0,208
12	Dor/ Desconforto	2	4,4	4	8,9	39	86,7	2,82	0,490

Tabela 02: Média do índice GOHAI segundo as variáveis sociodemográficas, saúde geral, institucionalização e local do uso de serviço odontológico. Fortaleza, 2019.

Variável	N	Média GOHAI	DP	P
Sexo				
Masculino	35	33,6	2,68	
Feminino	10	32,3	3,80	0,19
Renda				
Até 1 salário	23	33,3	3,25	
> 1 salário	13	33,3	3,20	0,97
Idade				
Até 69	17	33,1	3,30	
70 ou +	28	33,5	2,82	0,72
Escolaridade				
Analfabeto	8	35,38	0,74	-
Fundamental	21	33,29	2,72	0,003
Médio/ Superior	16	32,50	3,59	0,007
Institucionalizados				
Sim	23	33,4	3,05	
Não	22	33,3	2,96	0,89
Dependência				
Moderada/ Leve	18	32,7	3,20	
Independente	27	33,7	2,80	0,27
Cognição				
Intacto	31	22,9	3,20	
Declínio	14	34,3	2,20	0,14
Condição sistêmica				
Sem doença	14	32,5	3,79	-
Até 1 doença	15	33,6	2,89	0,38
+ de 1 doença	16	33,8	2,19	0,29
Local de serviço odontológico				
Particular	21	32,9	3,19	-
Público	15	33,8	33,8	0,35
ILPI	3	30,6	30,6	0,27

Tabela 03: Média do índice GOHAI segundo o uso e necessidade de prótese superior e inferior. Fortaleza, 2019.

Prótese	n	%	Média GOHAI	DP	P
Uso de prótese superior					
Não Usa	12	26,6	32,5	4,05	-
Prótese fixa / PPR	11	24,4	32,4	3,41	0,93
PT	22	48,8	34,2	1,66	0,19
Uso de prótese inferior					
Não Usa	21	45	32,7	3,25	-
Prótese fixa / PPR	14	31,1	33,2	3,06	0,68
PT	10	22,2	34,9	1,66	0,02
Necessidade de prótese superior					
Sem necessidade	12	26,6	33,3	3,22	-
Reabilitação parcial	13	28,8	32,6	3,75	0,71
Reabilitação total	20	44,4	33,9	2,22	0,59
Necessidade de prótese inferior					
Sem necessidade	10	22,2	34,3	2,66	-
Reab. Parcial	25	55,5	32,8	3,11	0,20
Reab. Total	10	22,2	33,8	2,89	0,67

4 DISCUSSÃO

Com o aumento da expectativa de vida vivenciado no Brasil e no mundo, aumentou a parcela da população idosa, em especial aqueles denominados idosos longevos. Trata-se de indivíduos com mais de 80 anos. Conhecidos como octagenários, idosos mais velhos, ou idosos longevos, essa parcela da população tem crescido e trazido consigo novos desafios à gerontologia (CARVALHO & GARCIA, 2003; LOURENÇO *et al.*, 2012).

Sob essa perspectiva o presente estudo evidenciou uma parcela expressiva de idosos longevos. Do total de participantes do estudo, 30% das pessoas possuíam mais de 80 anos. De acordo com o ministério da saúde, o número de idosos longevos vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, compondo o segmento da população que mais cresce nos últimos tempos, representando 12,8% da população idosa e 1,1% da população total (BRASIL, 2006).

O aumento da longevidade traz consigo necessidades de atenção a essa população que chega a idade mais avançada muitas vezes acometida por diversas complicações de saúde e vulnerabilidade social. De acordo com Camarano e Kanso (2010), é preciso que o aumento da longevidade da população seja acompanhado da garantia de uma boa qualidade de vida para esses idosos, entretanto, diante da realidade brasileira que enfrenta um rápido processo de transição demográfica e epidemiológica, isso representa um desafio adicional ao cuidado adequado às pessoas idosas (GOTTLIEB, *et al.*, 2011). A mudança do perfil sociodemográfico brasileiro exige atenção e cuidado às novas demandas que o público idoso necessita, como a institucionalização destes no caso de ausência da família ou falta de condições desta para cuidar integralmente do familiar idoso.

A média GOHAI encontrada nesse estudo foi de 32,6, um valor considerado moderado. Da mesma forma, outros estudos obtiveram índices similares, como Silva *et al.* (2011) que perceberam em sua amostra de 876 idosos uma média de 33,9 scores. Vasconcelos *et al.* (2012) por sua vez obtiveram uma média de 32,59 em uma amostra de 321 idosos não institucionalizados do estado do Piauí. Silva & Castellanos (2001) por sua vez, observaram uma média de 33,8 em sua população de estudo que se consistiu de 201 idosos funcionalmente independentes. Já Fonseca *et al.* (2011) obtiveram uma média de 30,3 e avaliou 49 idosos institucionalizados. Em contrapartida, Costa *et al.* (2010) avaliaram idosos institucionalizados (média 17,6) e não institucionalizados (17,4) e nos dois grupos as médias foram consideradas

baixas. Silva *et al.*, (2005) dividiram um grupo de 112 idosos entre aqueles que possuíam ou não plano de saúde e nestes os valores médios foram de 33,25 e 33,95 respectivamente.

Ainda assim, quando observadas separadamente, foi possível perceber que não houve uma variação muito grande na média do GOHAI entre as questões, com exceção da questão 7 que se apresentou com um maior desvio padrão, além da menor expressão no quesito “nunca” e maior no quesito “sempre” entre todas as questões. Esses achados se assemelham com os encontrados no estudo desenvolvido por Fonseca *et al.* (2011). Entretanto, é preciso levar em consideração que são atribuídos valores inversos para as respostas na referida questão em seu momento de análise, devido a forma como ela é feita para o idoso. Por isso, a maior expressão da resposta “sempre” nessa questão demonstra uma maior satisfação do idoso com a aparência de sua boca, e a conseqüente melhor autopercepção.

No presente estudo, a escolaridade foi o único fator sociodemográfico com valores estatisticamente significantes quando associados à autopercepção de saúde bucal dos idosos, mesma relação encontrada em outros estudos (SILVA *et al.*, 2011; JOAQUIM *et al.*, 2010). Os idosos sem escolaridade (analfabetos) apresentaram maior satisfação com a saúde bucal do que os idosos com nível fundamental e médio/superior. Isso sugere a importância desse aspecto para a manutenção da saúde bucal e no caso deste estudo para a autopercepção e qualidade de vida.

Para Mathos *et al.* (2001), a escolaridade possui associação direta com a percepção da necessidade de cuidados bucais e a busca por tratamento odontológico. Para o autor, quanto maior a escolaridade, maior o nível de consciência quanto a necessidade de tratamentos preventivos. No seu estudo, idosos com maior nível de escolaridade buscavam mais o tratamento odontológico. Os achados de Bulgarelli & Manço (2008), corroboram com os resultados encontrados nesta pesquisa, pois de acordo com estes autores, quanto maior a idade e menor a escolaridade, menor era o número de idosos insatisfeitos com a saúde bucal.

De acordo com os dados da pesquisa SB-Brasil (2010), o índice médio do CPO-D nacional para a faixa etária de 65-74 anos foi de 27,53. Valores parecidos foram encontrados na amostra dessa pesquisa, onde a média CPO-D achada foi de 26,33. Um valor semelhante (26,7) foi visto por Silva *et al.* (2001). Já Vasconcelos *et al.* (2012) observaram um índice de 29,41 em seu estudo.

Apesar dos altos índices de CPO-D encontrados nos estudos mencionados, em todos eles os idosos demonstraram-se satisfeitos com a sua saúde bucal. Para Silva *et al.* (2001),

60,4% dos idosos que clinicamente possuíam uma má condição bucal, declararam não ter nenhum problema com seus dentes. Segundo o autor, tal discordância devia-se ao fato de que a quantidade de dentes que necessitavam de tratamento era pequena (4,17% estavam cariados, e 2,0% tinham extração indicada). Ainda, os sintomas dolorosos, por interferirem mais nas atividades diárias dos indivíduos, eram mais facilmente reconhecidos e associados a uma má percepção de saúde bucal. Vasconcelos *et al.* (2012) por sua vez afirmaram que talvez os aspectos clínicos avaliados por dentistas sejam fracos preditores da autopercepção de saúde bucal. O que corrobora com Silva *et al.* (2011) em seu estudo. Além disso, os idosos percebem a sua saúde bucal diante de sintomas como dor ou através de problemas que afetam a mastigação ou estética. Adicionalmente, Haikal *et al.* (2011) constataram que os indivíduos desdentados totais apresentam menor percepção da necessidade de tratamento odontológico.

Adicionalmente, em relação ao número de dentes percebeu-se nesse estudo a média dos dentes presentes na boca era de 9,2, enquanto que apenas 17,7% da amostra possuía 20 dentes ou mais, um número inferior àquele preconizado pela OMS e a FDI (Federação Dentária Internacional), que reforçam a importância da manutenção de no mínimo 20 dentes na boca como condição de dentição funcional. A presença de dentes na boca é um fator importante para a determinação da percepção subjetiva da saúde bucal (SILVA *et al.*, 2011; HOBDELL *et al.*, 2003)

Com um número pequeno de dentes, a população pesquisada necessitava de algum tipo de reabilitação protética. Logo, com relação ao uso e necessidade de próteses, aqueles que utilizavam prótese total inferior apresentaram maior índice GOHAI. Enquanto que aqueles que não utilizavam próteses totais inferiores relataram menores índices.

Silva *et al.* (2011) constataram em seu estudo que o uso de prótese total removível nos dois arcos associou-se a maiores índices GOHAI, especialmente para as dimensões dor/desconforto e psicossocial. Ainda segundo os autores, a sua pesquisa apontou os piores indicadores do índice GOHAI para os idosos com necessidades de prótese. Benedetti *et al.* (2007) por sua vez verificou que a falta de dentes não é percebida pela maioria dos idosos como fator prejudicial à mastigação, pois apenas 19,8% responderam ter comprometimento da mastigação por problemas bucais. Os autores acreditam que a falta de percepção, provavelmente, deve-se à adaptação da alimentação à utilização de próteses. Já Narvai & Antunes (2003) viram que o uso da prótese dentária total contribui substancialmente para suavizar o grau de comprometimento das funções bucais, pois insatisfações estéticas

decorrentes da ausência dos dentes, acontecem expressivamente menos entre os que usam o aparelho protético total.

Para Martins *et al.* (2009), os idosos entendem a perda dos dentes bem como o adoecimento dos mesmos como parte do processo normal do envelhecimento. Ainda de acordo com Benedetti *et al.* (2007), a ausência de dentes não é vista como problema de saúde bucal pelos idosos. Para Matos & Lima-Costa (2006), devido a problemas constantes com os dentes naturais, os idosos percebem haver uma melhoria bucal na substituição destes por próteses.

De acordo com Minayo *et al.* (2000) a qualidade de vida relaciona-se à satisfação em vários contextos, como na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Para a autora esse termo abrange muitos significados que refletem aspectos e valores individuais e coletivos. No que concerne à saúde, as noções de qualidade de vida se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece. Para Dawalibi *et al.* (2014) e Toldrá *et al.* (2014) a qualidade de vida é um conceito subjetivo que se relaciona ao bem-estar pessoal e à autoestima, abarcando diversos aspectos, tais como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive.

Por isso, devido ao seu aspecto subjetivo, frequentemente, muitos indivíduos estão satisfeitos com a sua saúde bucal, ainda que os aspectos clínicos apontem uma saúde bucal precária com presença de necessidades de tratamento odontológico urgente e reabilitações. Assim como percebido no presente estudo, em diversos outros trabalhos (SILVA *et al.*, 2011; COSTA *et al.*, 2010; VASCONCELOS *et al.*, 2012; HAIKAL *et al.*, 2011) houve uma discrepância entre as condições de saúde bucal avaliadas por profissionais e a satisfação dos idosos com a sua própria saúde.

Outro aspecto importante a ser considerado na autopercepção de idosos acerca da sua saúde bucal é a falta de priorização das necessidades orais. Segundo Silva & Castellanos (2001), os indivíduos que se encontram em situações socioeconômicas desfavorecidas que talvez não possuem as suas necessidades básicas satisfeitas em diversas áreas da vida podem não incluir a saúde bucal como uma de suas prioridades. Já de acordo com Haikal *et al.* (2011) muitos idosos são resignados com a sua situação bucal precária. O conformismo percebido nesse público

aliado a falta de esperança de melhora através do difícil acesso ao atendimento odontológico faz com que este público acabe autopercebendo sua saúde de maneira positiva.

Vale ressaltar que o presente estudo possuiu algumas limitações, como a reduzida quantidade de idosos participantes da amostra. Além disso, a população institucionalizada residia em uma ILPI feminina de caráter particular, o que permitiu haverem mais indivíduos com uma renda que possibilitasse o acesso ao tratamento odontológico e conseqüentemente a manutenção de dentes e reabilitação protética em muitos casos, o que pode justificar a semelhança com o grupo de idosos não institucionalizados.

Além disso, o presente estudo é parte de uma pesquisa de mestrado que está sendo desenvolvida pelo mesmo grupo de pesquisadores, objetivando avaliar estas mesmas condições em idosos residentes nas 14 Instituições de Longa Permanência de Idosos – ILPI de Fortaleza. Espera-se ao fim da pesquisa, obter resultados que possam constatar se realmente há diferenças na autopercepção dos idosos sobre a sua saúde bucal e qualidade de vida diante dos parâmetros selecionados.

5 CONCLUSÃO

O índice GOHAI obtido no presente estudo foi considerado moderado, representando uma moderada satisfação dos idosos com a sua saúde bucal, entretanto, foi percebido um alto índice de edentulismo.

Os idosos analfabetos pareceram estar mais satisfeitos com a sua condição bucal, em relação àqueles com alguma escolaridade. Além disso, o uso de próteses inferior também se relacionou positivamente a um maior índice GOHAI.

Observou-se que a autopercepção, assim como a qualidade de vida são conceitos subjetivos e que podem variar de acordo com a idade e com os valores coletivos e individuais.

Os achados deste estudo sugerem que a educação em saúde bucal inserida em programas de promoção de saúde pode proporcionar a valorização do autocuidado e mudar a percepção das pessoas sobre a sua saúde e a consequente melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; PERES, Marco Aurélio; CRIVELLO JUNIOR, Oswaldo. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- APÓSTOLO, João. Instrumentos para avaliação em geriatria. **Documento de Apoio**, v. 1, p. 1-13, 2012.
- ATCHISON, Kathryn A.; DOLAN, Teresa A. Development of the geriatric oral health assessment index. **Journal of dental education**, v. 54, n. 11, p. 680-687, 1990.
- BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1683-1690, 2007.
- BRASIL, S. B. 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica- n.º 19
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2010. Manual do Coordenador Municipal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BULGARELLI, Alexandre Fávero; MANÇO, Amábil Rodrigues Xavier. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1165-1174, 2008.
- CABRERA, Marcos AS. Aspectos biológicos do envelhecimento: bases biológicas, fisiológicas e imunológicas. **CAMPOSTRINI, E. Odontogeriatrics. Rio de Janeiro: Revinter**, p. 16-20, 2004.
- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 725-733, 2003.

COSTA, Evanildo Henrique Macêdo da; SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; VIEIRA, Anya Pimentel Gomes Fernandes. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2925-2930, 2010.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe; GOULART, Rita Maria Monteiro; PREARO, Leandro Campi. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3505-3512, 2014.

FONSECA, Paulo Henrique de Almeida; ALMEIDA, Alessandra Maciel; SILVA, Aline Mendes. Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 59, n. 2, p. 193-200, 2011.

GOTTLIEB, Maria Gabriela Valle; SCHWANKE, Carla Helena Augustin; GOMES, Irênio; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

HAIKAL, Desirée Sant'Ana; PAULA, Alfredo Maurício Batista; MARTINS, Andrea Maria Eleutério de Barros Lima; MOREIRA, Allyson Nogueira; FERREIRA, Efigênia Ferreira. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3317-3329, 2011.

HOBDELL, Martin; PETERSEN, Paul Erik; CLARKSON, John; JOHNSON, Newell. Global goals for oral health 2020. **International dental journal**, v. 53, n. 5, p. 285-288, 2003.

JOAQUIM, Andrea M. C. ; WYATT, Chris C.L.; ALEKSEJŪNIENĖ, Jolanta; GREGHI, Sebastiao L.A.; PEGORARO, Luiz F.; KIYAK, Asuman. A comparison of the dental health of Brazilian and Canadian independently living elderly. **Gerodontology**, v. 27, n. 4, p. 258-265, 2010.

LOCKER, D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 25, n. 3, p. 199-203, 1997.

LOURENÇO, Tânia Maria; LENARDT, Maria Helena; KLETEMBERG, Denise Faucz; SEIMA, Márcia Daniele, TALLMANN, Ana Elisa Casara, NEU, Damarys K. Melo. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2012.

MAHONEY, Florence I.; BARTHEL, Dorothea W. Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. **Maryland state medical journal**, 1965.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros; Barreto, Sandhi Maria; Pordeus, Isabela Almeida. Autoavaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 421-435, 2009.

MATOS, Divane Leite; LIMA-COSTA, Maria Fernanda F.; GUERRA, Henrique L.; Marcenes, Wagner. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 661-668, 2001.

MATOS, Divane Leite; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1699-1707, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.

NARVAI, Paulo Capel; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. **O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**, p. 121, 2003.

NASRI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n. Supl 1, p. S4-S6, 2008.

NETO, Antonio da Costa Cardoso et al. A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL NO ESTATUTO DO IDOSO THE HEALTH AS A FUNDAMENTAL RIGHT IN THE STATUTE OF THE ELDERLY. 2015.

PFEIFFER, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **J. Am. Geriatr Soc.**, v. 23, n. 10, p. 433-41, 1975.

SILVA, Débora Dias; HELD, Roberta Barros de; TORRES, Stella Vidal de Souza; SOUSA, Maria da Luz Rosário de; NERI, Anita Liberalesso; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 1145-1153, 2011.

SILVA, Débora Dias da; SOUSA, Maria da Luz Rosário de; WADA, Ronaldo Seichi. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1251-1259, 2005.

SILVA, Silvio Rocha Corrêa da; CASTELLANOS FERNANDES, Roberto A. Self-perception of oral health status by the elderly. **Revista de saude publica**, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.

SILVA, Silvio Rocha Corrêa da; VALSECKI JÚNIOR, Aylton. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, p. 268-271, 2000.

SOUZA, Eliane Helena Alvim de; BARBOSA, Maria Bernadete Cavalcanti Bené; OLIVEIRA, Pierre Andrade Pereira de; ESPÍNDOLA, Juliane; GONÇALVES, Karla Joselita. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2955-2964, 2010.

TOLDRÁ, Rose Colom; CORDONE, Renata Guimarães; ARRUDA, Bruna de Almeida; SOUTO, Ana Cristina Fagundes. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. **Mundo Saúde**, v. 38, n. 2, p. 159-68, 2014.

VASCONCELOS, Luciana Correia Aragão de; PRADO JÚNIOR, Raimundo Rosendo; TELES, João Batista Mendes; MENDES, Regina Ferraz. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1101-1110, 2012.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

APÊNDICE A – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA PESQUISA

FICHA DE QUESTIONÁRIOS:

1 – Questionário Sociodemográfico:

Data da Entrevista: ____/____/____ Examinador: _____ Anotador:

Nome da ILPI: _____

01 – Nome completo do idoso

02 – Sexo: 1.M () 2.F () **03** – Data de nascimento: ____/____/____ **04** – Idade: _____ anos

05 – Raça: (1).Negra (2).Branca (3).Amarela (4).Parda (5).Indígena (9).Sem Informação

06 – Escolaridade: (1)Analfabeto (2) 1º Grau incompleto (3) 1º Grau completo (4) 2º Grau incompleto (5) 2º Grau completo (6) Superior incompleto (7) Superior completo (9).Sem Informação

07 – Motivo de chegada a ILPI: (1) Abandono (2). Maus-tratos (3). Decisão própria (9).Sem Informação

(4). Outro: _____ **08** – Tempo na ILPI:
_____ (anos/meses)

09- Mantem contato com familiares? (1). Sim (2). Não (9).Sem Informação

10 - Como é esse contato? (1). Telefone (2). Família vai na ILPI (3). Idoso vai em casa (9).Sem Informação

(4). Outro: _____

11 – Possui plano de saúde? (1).Sim (2).Não (9).Sem Informação

12- Recebe aposentadoria/renda? (1).Sim (2).Não (9).Sem Informação

13- Valor: (1) < 1 salário (2) ≤ 1 salário (3) ≤ 2 salários (4) ≤ 3 salários (9).Sem Informação

14 - Quem retêm a aposentadoria/renda? (1). Idoso (2). Família (3).ILPI (4). Idoso e Família (5). Idoso e ILPI (6). Família e ILPI (7). Idoso, Família e ILPI (9).Sem Informação

15 - . Quando foi sua última visita ao dentista?

(1). Há menos de um ano (2). Há mais de um ano (3). Não lembro (4). Nunca foi (9).Sem Informação

16 - Onde você realizou um procedimento clínico odontológico pela última vez?

(1). Particular (2). Público (3). Na ILPI (4). Outro _____ (9).Sem Informação

17 - Qual foi o motivo da sua última ida o dentista?

(1).Dor (2). Prevenção (3). Necessidade de tratamento (4). Nunca foi (9).Sem Informação

18- Você fuma/masca? (1).Sim (2).Não (9).Sem Informação **19** – Frequência

20- Você bebe? (1).Sim (2).Não (9).Sem Informação **21** – Frequência

2 – Ficha de Avaliação de Saúde Geral (buscar no prontuário do paciente / cuidador):

2.1 - Doenças sistêmicas:

2.2 - Medicamentos de uso continuado:

2.3 - TESTE DE PFEIFFER – perguntar ao idoso

PERGUNTAS	ACERTOS	ERROS
Que dia é hoje? (dia/mês/ano)		
Qual é o dia da semana?		
Onde nos encontramos?		
Qual endereço você está agora (bairro ou rua)?		
Quantos anos você tem?		
Qual é a data do seu nascimento?		
Quem é o presidente/a do Brasil?		
Quem foi o anterior presidente/a do Brasil?		
Quais são os dois sobrenomes da sua mãe?		
Quanto é 20 menos 3? E menos 3? E menos 3?		
TOTAL		

2.4 - ÍNDICE DE BARTHEL - Perguntar ao idoso/cuidador

HIGIENE PESSOAL

- 0. Dependente em todos os aspectos.
- 1. Requer assistência em todos os aspectos
- 3. Precisa de ajuda em um ou mais passos
- 4. Requer supervisão e ajuda mínima
- 5. Totalmente independente

BANHO

- 0. Dependente em todos os aspectos.
- 1. Requer assistência em todos os aspectos
- 3. Precisa de ajuda em um ou mais passos
- 4. Requer supervisão e ajuda mínima
- 5. Totalmente independente.

ALIMENTAÇÃO

- 0. Dependente em todos os aspectos.
- 2. Requer assistência em todos os aspectos
- 5. Requer supervisão e assistência em tarefas associadas
- 8. Independe. Exceto tarefas complexas.
- 10. Totalmente independente

USO DO VASO SANITÁRIO

- 0. Dependente e incapaz. Não participa.
- 2. Requer assistência em todos os aspectos
- 5. Independente em um ou mais passos
- 8. Requer supervisão. Uso de penico/comadre sem esvaziar.
- 10. Totalmente independente.

ESCADAS

- 0. Incapaz de subir escadas.
- 2. Requer assistência em todos os aspectos
- 5. Capaz de subir e descer, mas precisa de alguma ajuda
- 8. Não necessita de assistência, as vezes supervisão.
- 10. Totalmente independente.

VESTUÁRIO

- 0. Dependente e incapaz. Não participa.
- 2. Requer assistência em todos os aspectos
- 5. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
- 8. Necessita assistência mínima
- 10. Totalmente independente.

ELIMINAÇÕES VESICAIS

- 0. Incontinência urinária ou uso de catéter
- 2. Incontinente, mas ajuda no uso de dispositivos
- 5. Frequentes acidentes. Usa fraldas e outros cuidados.
- 8. Acidentes ocasionais
- 10. Total controle urinário

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS

- 0. Não tem controle de esfínteres
- 2. Incontinência, mas ajuda no posicionamento e uso de dispositivos
- 5. Frequentemente tem evacuações acidentais.

- 8. Evacuações acidentais ocasionais
- 10. Total controle de esfínteres

DEAMBULAÇÃO

- 0. Totalmente dependente. Não participa.
- 3. Necessita de ajuda de uma ou mais pessoas
- 8. Requer assistência alcançar ou manipular apoio.
- 12. Assistência mínima e supervisão em situações de risco ou período durante percurso de 50m
- 15. Independente

*CADEIRA DE RODAS *

- 0. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
- 3. Propulsiona a cadeira em curtas distancias e requer sempre assistência para manipulá-la.
- 8. Requer assistência constante para manipular a cadeira e transferir-se.
- 12. Conduz normalmente, mas requer mínima assistência
- 15. Independente.

PASSAGEM CADEIRA/CAMA

- 0. Incapaz de participar da transferência. Dependente.
- 3. Participa, mas necessita de máxima assistência.
- 8. Requer assistência em alguns passos.
- 12. Requer supervisão como medida de segurança.
- 15. Independente

3 – Questionário de Autocuidado/Qualidade de vida

3.2 GOHAI

1. Nos últimos 3 meses você diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa de seus dentes?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

2. Nos últimos 3 meses você teve problemas para mastigar os alimentos?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

3. Nos últimos 3 meses você teve dor ou desconforto ao engolir os alimentos?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

4. Nos últimos 3 meses você mudou o jeito de falar por causa dos problemas de sua boca?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

5. Nos últimos 3 meses você sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

6. Nos últimos 3 meses você deixou de se encontrar com outras pessoas por causa de sua boca?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

7. Nos últimos 3 meses você se sentiu satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

8. Nos últimos 3 meses você teve que tomar remédio para passar a dor ou o desconforto de sua boca?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

9. Nos últimos 3 meses você teve algum problema na boca (dentes, gengiva e dentadura) que o deixou preocupado?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

10. Nos últimos 3 meses você chegou a se sentir nervoso por causa dos problemas na sua boca?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

11. Nos últimos 3 meses você evitou comer junto com outras pessoas por causa dos problemas na sua boca?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

12. Nos últimos 3 meses você sentiu seus dentes ou gengiva ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?

A. () Nunca B. () Algumas vezes C. () Sempre/Quase sempre

4- FICHA DE EXAMES BUCAIS:

Data da Entrevista: ____/____/____ Examinador: _____ Anotador:

Nome da ILPI: _____

Nome do idoso _____

4.1 CONDIÇÃO DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																
Raiz																
Trat.																

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa																
Raiz																
Trat.																

LISTAS DE CÓDIGOS PARA EXAMES BUCAIS:

4.1 CONDIÇÃO DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Coroa e Raiz (lesões questionáveis marcar como hígido)

- (0) Coroa Sadia (mancha branca, escura, brilhante, sem evidência de socavação, amolecimento, faces com abrasão)
- (0) Raíz sadia (exposta, sem cárie ou restauração)
- (1) Cariado (dente com IRM é cariado; se tiver cavidade, mesmo sem cárie)
- (2) Restaurado com cárie
- (3) Restaurado sem cárie
- (4) Coroa perdida/Raiz perdida
- (5) Selante
- (6) Apoio de ponte, coroa ou faceta/implante
- (7) Coroa não erupcionada/raiz não exposta
- (T) Trauma/fratura (se tiver fraturado e com cárie, é código 1)
- (9) Sem registro (dente excluído)

Necessidade de Tratamento

- (0) Nenhum (não há indicação de restauração ou extração)
- (P) Cuidado preventivo/cariostático
- (S) Selante
- (1) Restauração - 1 face (qualquer tipo de material restaurador)
- (2) Restauração – 2 ou mais faces (qualquer tipo de material restaurador)
- (3) Coroa por qualquer motivo (necessidade de cobertura coronária)
- (4) Tratamento pulpar seguido de restauração (pode ser restauração direta ou prótese fixa)
- (5) Extração (dente destruído por cárie, mobilidade por periodontite que não pode ser tratada, indicação de extração para tratamento com próteses ou ortodontia)
- (6) Outros cuidados (ex: remineralização de mancha branca)
- (9) Sem registro (Não é possível definir ao certo a necessidade de tratamento)

ATENÇÃO

- Coroa for 9 (dente excluído) - assinala-se 9 também na necessidade de tratamento
- Coroa não-erupcionada (7) ou dente perdido (4), também deve ser assinalado 9 na necessidade de tratamento.
- Danos por trauma, abrasão, erosão ou atrição pode ter necessidade 1,2,3
- Restaurações insatisfatórias, infiltradas, fraturadas, com excesso que não possa ser apenas removido – pode ter necessidade 1 ou 2.
- Quando o dente for perdido por alguma razão, usa-se código 4 para coroa e para raiz.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ

Pesquisador: RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02019718.4.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.009.576

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tratara-se de um estudo, com abordagem quantitativa, transversal, do tipo levantamento epidemiológico em saúde bucal realizada com idosos residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) do município de Fortaleza, Ceará

Trata-se de um epidemiológico em saúde bucal a ser realizado nas 14 ILPS de Fortaleza que recebem cerca de 532 idosos. Serão aplicados um questionário para delinear o perfil sociodemográfico da população, testes avaliativos do grau de cognição e dependência, situação de mobilidade e avaliação dos prontuários quanto o consumo de medicamentos de uso continuado e morbidades diagnosticadas. Quanto à saúde bucal, serão aplicados questionários para analisar o autocuidado e qualidade de vida (GOHAI), além da realização de exames intrabucais para avaliar as seguintes desordens: Cárie dentária, por meio do índice CPO-D (indicando o número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados; Doença Periodontal, a avaliação periodontal será feita apenas partir do Índice Periodontal Comunitário (CPI) nos indivíduos com, pelo menos, dois dentes remanescentes sem extração indicada, considerando dentes-índices (17, 16 / 11 / 26, 27 / 47, 46 / 31 / 36 e 37). Na ausência de um deles, serão examinados os demais dentes remanescentes do sextante, com registro do índice mais alto verificado e, na ausência destes, o sextante será registrado como excluído; Edentulismo, será avaliado por meio de exames onde serão observados o uso e necessidade de prótese dentária, que serão registrados de acordo com a utilização ou necessidade dos idosos, assim como qual o tipo de prótese está sendo utilizada, ou

Continuação do Parecer: 3.009.576

não, e em qual(is) arcada(s); e Alterações de tecidos moles e câncer bucal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Avaliar a situação de saúde bucal de idosos residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) em Fortaleza, Ceará.

Objetivos Específicos

- Delinear o perfil sociodemográfico de idosos institucionalizados de Fortaleza;
- Avaliar aspectos de saúde geral (grau de cognição e dependência, situação de mobilidade, consumo de medicamentos e morbidades) de idosos residentes em ILPIs em Fortaleza;
- Avaliar a qualidade de vida quanto aos problemas de saúde bucal de idosos residentes em ILPIs em Fortaleza;
- Analisar o autocuidado quanto a saúde bucal dos idosos residentes em ILPIs de Fortaleza
- Identificar a prevalência e severidade de Cárie dentária; Doença Periodontal; Edentulismo, Alterações de tecidos moles de idosos residentes em ILPIs em Fortaleza
- Avaliar a relação entre as características sociodemográficas, estado de saúde geral e a condição de saúde bucal e qualidade de vida dos idosos residentes em ILPIs em Fortaleza.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos em participar da pesquisa são considerados mínimos, uma vez que não será realizado procedimentos invasivos nem uso de produtos ou medicamentos, pois os dados serão obtidos através de um exame clínico bucal, consulta nos prontuários da instituição onde o idoso reside e um questionário-entrevista que terá a duração de cerca de 30 minutos. Algum desconforto ou cansaço poderão ser sentidos pelo idosos durante a realização do exame bucal, que será interrompido ou encerrado caso o participante solicite. A perda de sigilo devido a utilização dos dados contidos nos registros de prontuários e aqueles colhidos pela entrevista, serão minimizadas pela divulgação desses dados apenas para fins científicos, preservando o anonimato dos participantes da pesquisa. Já quanto às entrevistas os riscos existentes se referem a possibilidade de constrangimento e/ou desconforto com algum questionamento, que será minimizado a partir do direito de não responder ou ainda pela desistência da participação na pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao participante. Além disso, todas as informações obtidas serão sigilosas e os dados guardados em local seguro.

Como benefícios em participar da pesquisa, em caso de detecção de qualquer problema bucal nos idosos, será emitido um laudo descrevendo a situação, para que o idoso (ou seu responsável legal) possa tomar as medidas necessárias para manutenção da saúde bucal. Na redação deste laudo,

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.009.576

será sugerida as opções de (1) procurar o dentista que já acompanha o idoso; (2) acessar a Unidade Básica de Saúde da área de cobertura da ILPI; ou (3) ser atendido, sem custos no Coordenadoria de Desenvolvimento Familiar - CDFAM ou nas Clínicas da Faculdade de Odontologia da UFC pelos membros do projeto de extensão universitária intitulado “Sorriso Grisalho”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TCLE: Como será esse exame da boca(3parágrafo)? Exame clínico?

Metodologia: Será excluído os indivíduos desorientados. Qual desorientação: motora, cognitiva, psicológica?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em um dos Termos de fiel depositário(Flor de Lotus), bem como na autorização da instituição, há incongruência da assinatura com o carimbo. O carimbo refere-se a instituição Recanto Verde vida.

Recomendações:

No Instrumento da Avaliação da Pesquisa(Apêndice A)sugere-se esclarecer ou utilizar sinonímia para prótese(Item 4- Autoavaliação do cuidado bucal).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto com pendências descritas nos itens acima(TCLE, Termo de fiel depositário e autorização da instituição).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1231213.pdf	23/10/2018 23:11:18		Aceito
Outros	autorizacao_CEDEFAM.pdf	23/10/2018 23:07:44	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_fiel_depositario.pdf	23/10/2018 23:02:15	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA	Aceito
Outros	termo_compromisso_utlz_dados.pdf	23/10/2018 23:00:23	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA	Aceito
Outros	carta_apreciacao_comite.pdf	23/10/2018 22:59:07	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.009.576

Outros	carta_apreciacao_comite.pdf	23/10/2018 22:59:07	DA SILVA	Aceito
Outros	curriculo_lattes.pdf	23/10/2018 22:57:04	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_instituicoes.pdf	23/10/2018 22:55:05	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	23/10/2018 22:52:43	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3_TCLE_2versao.pdf	23/10/2018 22:50:40	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	10_Declaracao_cocordancia.pdf	03/10/2018 20:55:00	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA	Aceito
Cronograma	8_Cronograma.pdf	03/10/2018 16:33:15	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA	Aceito
Orçamento	5_Orcamento.pdf	03/10/2018 16:18:49	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_Rosto.pdf	03/10/2018 16:02:56	RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 08 de Novembro de 2018

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

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado por Raul Anderson Domingues Alves da Silva como participante da pesquisa intitulada “CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CEARÁ”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os passos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Essa pesquisa visa avaliar as condições de saúde/doença dos idosos que vivem em instituições (lares de amparo e abrigos para idosos) na cidade do Fortaleza/CE, principalmente quanto à saúde bucal. O motivo que nos leva a fazer esse estudo é a necessidade de realizar um diagnóstico, ou seja, de entender como se encontram as condições de saúde bucal desses idosos, para propor melhorias na qualidade de vida dessas pessoas.

Caso decida aceitar o convite, o senhor(a) será submetido(a) a um exame clínico odontológico onde serão examinados sua boca e dentes com auxílio de um espelho bucal, para avaliar suas condições de saúde bucal, seguido de uma consulta aos dados registrados em seus prontuários e de uma entrevista sobre suas condições sociais, de saúde geral e de saúde bucal, com duração de cerca de 30 minutos. O(a) senhor(a) tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Não se espera que o senhor(a) tenha problema algum devido à realização das atividades da pesquisa, porque os riscos serão mínimos, considerando-se que os dados serão obtidos através de um exame da boca e dentes, consulta nos prontuários da instituição onde você mora e um questionário-entrevista que não tomarão muito seu tempo. Entretanto, mesmo sendo mínimos, esses riscos podem se fazer presentes durante a participação da pesquisa. Algum desconforto ou cansaço poderão ser sentidos durante a realização do exame da boca e dentes, podendo ser interrompido ou encerrado caso o participante solicite. A perda de sigilo devido a utilização os dados contidos nos registros de prontuários e aqueles colhidos pela entrevista, serão minimizadas pela divulgação desses dados apenas para fins de estudo, preservando o anonimato dos participantes da pesquisa. Quanto às entrevistas os riscos existentes se referem a possibilidade de constrangimento e/ou desconforto com algum questionamento, que será minimizado a partir do direito de não responder ou ainda pela desistência da participação na pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao participante.

A pesquisa trará como benefícios o reconhecimento das reais necessidades de saúde bucal dos idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) de Fortaleza, podendo facilitar e melhorar as ações e serviços de saúde prestados a essa população. Já o(a) senhor(a) terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: caso se detecte algum problema durante a realização do exame de sua boca, será emitido um laudo descrevendo a situação, para que o senhor(a), sua família e a instituição possam tomar as medidas necessárias para manter a sua saúde bucal. Com o laudo em mãos, o Sr. (a) pode optar em (1) procurar o dentista que já o acompanha; (2) acessar a unidade de saúde da área de cobertura da instituição; ou (3) ser atendido, sem custos no Coordenadoria de Desenvolvimento Familiar ou nas Clínicas da Faculdade de Odontologia da UFC pelos membros do projeto de extensão universitária intitulado “Sorriso Grisalho”.

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. A qualquer momento o(a) senhor(a) poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelos telefones/endereço a seguir:

ENDEREÇO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELA PESQUISA:

Nome: Raul Anderson Domingues Alves da Silva

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Endereço: Rua Monsenhor Furtado, 1273 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE

Telefones para contato: 088-999465378

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

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

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi

explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador principal

Assinatura