



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ**

FORTALEZA

2020

RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA

Condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no município de fortaleza - ceará

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará para defesa de mestrado.

Área temática: Saúde Coletiva.

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

Co-Orientador: Prof^o. Dr. Rômulo Rocha Regis

FORTALEZA

2020

RAUL ANDERSON DOMINGUES ALVES DA SILVA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal do Ceará, para defesa de mestrado; Área de Concentração: Clínica Odontológica; Área temática: Saúde Coletiva.

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Ana Karine Macedo Teixeira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª. Dra. Maria Vieira de Lima Saintrain
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof^ª. Dra. Mariana Ramalho de Farias
Universidade Federal do Ceará – UFC

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)

S583 Silva, Raul Anderson Domingues Alves da.
Condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no município de Fortaleza - Ceará / Raul Anderson Domingues Alves da Silva. – 2020.
102 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Fortaleza, 2020.

Orientação: Profa. Dra. Ana Karine Macedo Teixeira.

Coorientação: Prof. Dr. Rômulo Rocha Regis.

1. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 2. Saúde do Idoso. 3. Saúde Bucal. I. Título.

CDD 617.6

À minha avó Maria Elza Domingues (*In memorian*), minha estrela mais brilhante do céu, por ser a personificação do carinho e do cuidado, a qual sempre me inspirou como pessoa e profissional. Ao meu avô João Sales Alves por seu exemplo de força e de integridade, e por todos os princípios morais repassados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por me conduzir durante toda essa jornada permitindo a sua conclusão com mais aprendizados e ganhos do que eu pude imaginar.

À professora e orientadora, **Ana Karine Macedo**, por fazer muito mais que me orientar, por acreditar no meu potencial e me incentivar desde o dia em que eu decidi que a Saúde Coletiva seria parte da minha vida e a docência o meu maior sonho. Por se fazer sempre disponível e presente em toda a minha trajetória, sempre me acolhendo com amizade, confiança e atenção. Pelo exemplo de ser humano e profissional que me inspira cada vez mais.

Ao professor e co-orientador, **Romulo Régis**, por sempre se fazer muito presente durante a construção deste trabalho, por toda preocupação, amizade e incentivo. Por seu exemplo de integridade e dedicação.

À professora, **Walda Viana**, por abraçar a pesquisa desde o início e ser essencial para a sua organização e sua execução. Por toda ajuda, conselhos e bons momentos compartilhados.

Aos examinadores **Mikael Mendes, Jéssica Soares e Eugénira Ferreira**, por serem meus braços e pernas durante toda a coleta. Por se fazerem presentes nessa missão sempre com muita dedicação e tornarem essa caminhada mais alegre e prazerosa.

Aos acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Federal do Ceará: **Amanda Felisberto, Anne Elouyze, Carmelita Bastos, Daniel Oppelt, Gabriel Maia, Jorge Luiz, Lara Choairy, Letícia Barbosa, Lucas Silvano, Mário Lobato, Mateus Carvalho, Matheus Vidal, Mayara Cardoso, Pedro Araújo, Rodrigo Medeiro, Samuel Bezerra, Samuel Chillavert, Thayná Menezes, Thiago Biá, Vanessa Mayara, Vithória Rocha**, e os pós-graduandos **Pedro Henrique Chaves e Ellen Lima**, que participaram da coleta de dados como anotadores. Meu agradecimento especial por toda dedicação, comprometimento e disposição.

Aos amigos do **Núcleo de Estudos em Saúde Bucal Coletiva (NESBUC) e do Projeto Sorriso Grisalho**, pelos momentos de estímulos, de contribuições e de partilhas de conhecimento.

Aos **idosos** que participaram da pesquisa, que além de contribuírem com a ciência e minha formação profissional, me trouxeram inúmeras reflexões sobre o verdadeiro sentido da vida. Por me motivarem e me mostrarem que estou no caminho certo. Pela partilha de

conhecimento e vivências que me ensinaram algo mais valioso do que conhecimento acadêmico. Por todo carinho, receptividade e por cada abraço e sorriso doados.

Aos **cuidadores e funcionários** das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) de Fortaleza que mesmo diante da correria de suas tarefas estavam sempre disponíveis para nos ajudar e repassar informações.

Aos **coordenadores, gerentes, diretores e proprietários** das ILPI de Fortaleza que me permitiram adentrar em suas instalações para a realização da mesma.

Aos amigos da Saúde Coletiva, em especial aos professores e amigos, **Mariana Farias, Eneide Almeida, Cinthia Gadelha, Jacques Cavalcante e Myrna Arcanjo**, por se fazerem presentes em todas as minhas caminhadas servindo de inspirações diárias. Por todo o conhecimento compartilhado e os conselhos doados para eu chegar até aqui.

À banca da qualificação (**Professora Eneide Almeida e Professor Rômulo Régis**) e da pré-defesa (**Professor Charlys Barbosa e Professora Eneide Almeida**) pelas inúmeras contribuições, conselhos, dicas e aprendizados que aperfeiçoaram este trabalho.

Às Professoras **Maria Vieira e Mariana Farias** por aceitarem o convite de serem banca na defesa dessa dissertação e por todas as suas contribuições.

Aos **colegas e amigos** do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, pela convivência e aprendizagem, em especial aos amigos **Luiza Firmeza, Nicolle Burgos, Ellen Lima e Felipe Dantas** por dividirem comigo todas as alegrias e angústias desse processo.

Aos **professores, funcionários e Coordenação** do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, pela dedicação e comprometimento.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** e a **Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP)**, pela concessão da bolsa de estudos.

Ao amigo **Pedro Henrique Chaves**, o qual dividi essa jornada desde a seleção desse mestrado. Por tornar essa caminhada mais fácil, leve e prazerosa. Por compartilhar todos os momentos ao meu lado, sempre me dando forças e incentivando. Por todo apoio e compartilhamento de alegrias e angústias até aqui.

Aos amigos e irmãos de alma, **Bruna Araújo e Mateus Sousa** por serem tão presentes em minha vida mesmo com toda a distância física entre nós. Por todo o aprendizado, suporte e amor que compartilhamos.

À **minha família** pelo apoio incondicional em todas as minhas caminhadas. Tudo isso sempre foi e, sempre vai ser, por vocês.

Muito obrigado!

A velhice

*Olha estas velhas árvores, mais belas
Do que as árvores moças, mais amigas,
Tanto mais belas quanto mais antigas,
Vencedoras da idade e das procelas...*

*O homem, a fera e o inseto, à sombra delas
Vivem, livres da fome e de fadigas:
E em seus galhos abrigam-se as cantigas
E os amores das aves tagarelas.*

*Não choremos, amigo, a mocidade!
Envelheçamos rindo. Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem,*

*Na glória de alegria e da bondade,
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!*

(Olavo Bilac)

RESUMO

A população institucionalizada possui um perfil de saúde marcado com a presença de diversos problemas de saúde bucal. Objetivou-se avaliar a situação de saúde bucal e os seus fatores associados em idosos residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em Fortaleza, Ceará. Tratou-se de um levantamento epidemiológico realizado nas 14 ILPI de Fortaleza, onde foram avaliados dados sociodemográficos e de saúde dessa população como: grau de cognição, capacidade funcional, mobilidade, consumo de medicamentos de uso continuado e morbidades diagnosticadas. Já para a saúde bucal, foram avaliados o autocuidado e uso dos serviços de saúde bucal, além da qualidade de vida associada a saúde bucal. Foram realizados exames intrabucais avaliando: cárie dentária; doença periodontal; edentulismo, alterações de tecidos moles e câncer bucal e funcionalidade dentária. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences*, por meio do teste qui-quadrado de *Pearson* ou o teste exato de *Fisher*, e Teste-T para amostras independentes utilizando um nível de significância de 5%. Foram encontradas uma alta prevalência de idosos com a cognição (64,2%) e mobilidade (55,4%) afetadas, assim como desordens de saúde bucal como o alto Índice de CPO-D de 29,4, alta prevalência de edentulismo (61,3%) e necessidade de reabilitação oral superior (89,1%) e inferior (91,2%). O edentulismo esteve associado com questões sociodemográficas como idade avançada ($p<0,001$); maior tempo ($p<0,001$) e motivo de institucionalização ($p=0,041$); menor escolaridade ($p<0,001$) e menor renda ($p<0,001$). A maioria dos idosos obteve uma boa autopercepção da qualidade de vida associada a saúde bucal (65,9%) que se associou com fatores relacionados a ausência de dentes como a não utilização de prótese superior ($p=0,043$); e edentulismo ($p=0,005$). Foi encontrada uma alta prevalência de idosos com baixa capacidade funcional (47,1%) associada a características sociodemográficas como sexo ($p=0,007$), idade ($p<0,001$) e renda ($p=0,003$); e de saúde geral como cognição ($p<0,001$) e mobilidade ($p<0,001$). Os idosos dependentes apresentaram piores condições de saúde bucal do que os independentes. Uma menor capacidade funcional associou-se com a falta de uso de prótese superior ($p<0,001$), necessidade de prótese inferior ($p=0,021$), e edentulismo ($p=0,042$). Conclui-se que os idosos avaliados possuem uma variabilidade de problemas de saúde que estão associados entre si e relacionados com o processo de envelhecimento e institucionalização. Uma melhor atenção à saúde deve ser prestada para garantir um envelhecimento saudável e ativo a essa população.

Palavras-chaves: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Saúde do Idoso; Saúde Bucal.

ABSTRACT

The institutionalized population has a health profile marked by the presence of various oral health problems. To evaluate the oral health situation and its associated factors in elderly residents of the long-stay institution for the elderly (LSIE) in Fortaleza, Ceará. This was an epidemiological survey conducted in the 14 LSIE of Fortaleza, where sociodemographic and health issues of this population were evaluated as: the degree of cognition, functional capacity, mobility, continued use of drugs and diagnosed morbidities. For oral health, self-care and use of oral health services were evaluated, as well as the assessment of quality of life associated with oral health, and the performance of intraoral examinations were evaluated: dental caries; periodontal disease; edentulism, soft tissue alterations and oral cancer and dental functionality. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) statistical program, using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, and T-test for independent samples using a significance level of 5%. We found a high prevalence of elderly with cognition (64.2%) and mobility (55.4%) affected, as well as oral health disorders such as a high DMFT (29.4), prevalence of edentulism (61.3 %) and need for upper (89.1%) and lower (91.2%) oral rehabilitation. Edentulism was associated with sociodemographic issues such as age ($p < 0.001$); time ($p < 0.001$) and reason for institutionalization ($p = 0.041$); education ($p < 0.001$) and income ($p < 0.001$). Most of the elderly had a good self-perception of OHRQoL (65.9%), which was associated with factors related to missing teeth such as non-use of upper dentures ($p = 0.043$); and edentulism ($p = 0.005$). It was also found a high prevalence of elderly with low functional capacity (47.1%) that was associated with sociodemographic characteristics such as gender ($p = 0.007$), age ($p < 0.001$) and income ($p = 0.003$); and general health as cognition ($p < 0.001$) and mobility ($p < 0.001$). The most dependent elderly had worse oral health conditions than the independent ones. Lower functional capacity was associated with lack of upper prosthesis ($p < 0.001$), need for lower prosthesis ($p = 0.021$), and edentulism ($p = 0.042$). It is concluded that the evaluated elderly have a range of health problems that are associated with each other and related to the aging and institutionalization process. These problems need to be worked on to improve the quality of life of these individuals, ensuring a healthy and active aging.

Key words: Homes for the Aged; Health of the Elderly; Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABNT** – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- ADC** – Arco Dentário Curto
- AVD** – Atividades de Vida Diária
- CPI** – Índice Periodontal Comunitário
- CPO-D** – Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados
- GOHAI** - Índice de Avaliação de Saúde Bucal Geriátrica
- IB** – Índice de Barthel
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ILPI** – Instituição de Longa Permanência para Idosos
- IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- MDS** – Ministério de Desenvolvimento Social
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- PNBS** – Política Nacional de Saúde Bucal
- PNI** – Política Nacional do Idoso
- PNSI** - Política Nacional da Saúde do Idoso
- PNSPI** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- QVSB** – Qualidade de Vida Associada a Saúde Bucal
- RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences
- SUAS** – Sistema Unificado de Assistência Social
- SUS** – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 A construção de políticas públicas para o envelhecimento	15
2.1.1 Políticas de nível internacional	15
2.3 A institucionalização do idoso e seu estado de saúde.....	18
2.4 A Saúde Bucal do idoso institucionalizado	20
3 OBJETIVOS.....	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivos Específicos	24
4 CAPÍTULOS	25
4.1 CAPÍTULO 1.....	26
4.2 CAPÍTULO 2.....	56
5 CONCLUSÃO GERAL	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (INTRODUÇÃO GERAL).....	80
APÊNDICES	88
APÊNDICE A - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA PESQUISA	88
APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO DO LOCAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA ...	93
APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO	94
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	95
ANEXOS	97
ANEXO 1 – SEGUIMENTO DO REGIMENTO INTERNO	97
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UFC.....	98

1 INTRODUÇÃO GERAL

O Brasil tem vivido uma realidade com crescente número de pessoas idosas, que somado às constantes quedas das taxas de fecundidade, à diminuição das taxas de mortalidade, e ao conseqüente aumento da longevidade da população, tem resultado no envelhecimento populacional no país. Esse processo tem resultado em um movimento de transição demográfica, o qual o país tem tentado adequar-se a essa nova realidade que vem exigindo cada vez mais mudanças específicas para melhorar a realidade dos idosos. Estima-se que em 2050, no Brasil, este grupo etário deverá responder por cerca de 19% da população brasileira, e será majoritariamente feminina em uma proporção de 2:1 (NASRI, 2008).

De acordo com o último censo realizado pelo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, o Brasil possuía 9.156.112 idosos (pessoas com mais de 60 anos), o Nordeste concentrava cerca de 26,6% (2.441.091 idosos) dessa parcela da população. Já no Ceará, encontravam-se 406.718 idosos, dos quais cerca de 22,9% (93.409 idosos) concentravam-se em Fortaleza (IBGE, 2010). Ainda assim, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua do IBGE, a tendência de envelhecimento da população brasileira manteve-se contínua nos últimos anos, já que desde 2012 onde a população de idosos era cerca de 25,4 milhões de idosos, obteve-se um crescimento a cerca de 4,8 milhões de idosos superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, revelando o acelerado envelhecimento populacional brasileiro (IBGE, 2017)

O envelhecimento, por ser um processo natural que se desenvolve ao longo de toda a vida do ser humano, traz através de processos fisiológicos de deterioração do corpo como: redução da massa muscular, aumento do acúmulo de gordura no corpo, diminuição do tecido ósseo, deficiências visuais e auditivas, lentidão no processo digestório, além de outras relacionadas aos sistemas endócrino, neurológico e imunológico, o declínio capacitivo do organismo como um todo (CABRERA, 2004). Por isso, o idoso passa a necessitar mais dos serviços de saúde, se tornando uma das faixas etárias com maior procura dos serviços e internações hospitalares. Além de ocuparem por um maior tempo espaços de saúde por conta de seu padrão epidemiológico de doenças crônicas e múltiplas que exigem um aumento na frequência de acompanhamentos, cuidados e exames (VERAS, 2016)

Mesmo que se tenha conseguido ampliar a longevidade das pessoas, o que trouxe uma melhoria nos parâmetros de saúde da população, é preciso fazer com que esses parâmetros estejam bem distribuídos independente dos contextos socioeconômicos dos países, entretanto isso não tem acontecido (VERAS e OLIVEIRA, 2018). Em países em desenvolvimento como

o Brasil, onde a transição demográfica foi mais tardia e apesar de ser maior do que nos países desenvolvidos, a transição não tem sido acompanhada por alterações no atendimento às necessidades de atenção à saúde dos idosos, tanto em relação à demanda por serviços, quanto em relação às instituições para o atendimento e acompanhamento integral a essa parcela da população (MOREIRA et al., 2005)

Segundo Camarano e Kanso (2010), o aumento da sobrevida das pessoas com capacidades física, mental e cognitiva reduzidas é resultante do processo de envelhecimento da população e do avanço das tecnologias de cuidado em saúde. Entretanto, é preciso que o aumento da longevidade da população seja acompanhado da garantia de uma boa qualidade de vida para esses idosos. Mas, diante da realidade brasileira que ultrapassa 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 demográfico do Brasil demonstra a necessidade de atender essas novas demandas no cuidado com o processo de envelhecimento dos brasileiros, seja nos aspectos sociais ou na área da saúde.

Camarano e Kanso (2010) afirmam ainda que essa nova realidade vem acompanhada da escassez de cuidadores na própria família, fazendo com que essa demanda e responsabilidade do cuidado com o idoso tenham de serem divididas entre o Estado, o mercado privado e a família. Contudo, diante da incipiência das políticas públicas relacionadas ao envelhecimento, surgem instituições que funcionam tanto como residência coletiva e como órgão de assistência para pessoas idosas na tentativa de suprir a demanda. Essas instituições de natureza privada (com ou sem fins lucrativos) são conhecidas como “Instituições de Longa Permanência para Idosos” ou ILPI (CAMARANO e KANSO, 2010). Além disso, a redução da capacidade funcional faz com que o idoso se torne mais dependente da família para realização de atividades cotidianas, exigindo um cuidado mais complexo e de maior atenção, e devido a problemas econômicos e psicossociais, fazem com que as famílias recorram a uma ILPI para exercer essa função (PERLINI, LEITE E FURINI, 2007).

Diante do conceito que define a saúde bucal como um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que possibilitam ao ser humano exercer suas funções de mastigação, deglutição e fonação e, com a dimensão estética, exercitar a autoestima e a relação social sem inibição ou constrangimento (ANTUNES e NARVAI, 2010) o grande desafio do envelhecimento da população brasileira, passou a ser proporcionar um envelhecer com qualidade de vida e de saúde, incluindo a saúde bucal. Dentro desta realidade, o estado de saúde bucal dos idosos por estar integrado ao da saúde geral dos indivíduos, precisa ser mantido

e seus agravos prevenidos, já que devido a essa associação o comprometimento de saúde bucal pode afetar o bem-estar físico e mental, e diminuir o prazer de uma vida social ativa (KOCH FILHO et al., 2011)

Sob o ponto de vista epidemiológico, a literatura tem mostrado que a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados tanto no Brasil como em outros países é precária. Pesquisas de caráter nacional (COLUSSI; FREITAS, 2002; SOUZA et al., 2010; SALIBA et al., 2018) e internacional (EUSTAQUIO-RAGA; MONTIEL-COMPANY; ALMERICH-SILLA, 2013; KOHLI et al., 2017) mostram as diferenças entre as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados e não-institucionalizados, constatando que os residentes em ILPI apresentam piores condições que os residentes na comunidade, evidenciando mais ainda a fragilidade desse grupo.

No Brasil ainda há muitas ILPI que funcionam com uma equipe mínima, sem, muitas vezes, um cirurgião-dentista para atender e avaliar as condições orais dos residentes (SÁ et al., 2012). Entretanto, somente o acesso à assistência odontológica não é suficiente para solucionar os problemas de saúde bucal desses idosos (MACENTEE, 2000), faz-se necessário a existência de pessoal treinado, equipamentos adequados e cuidado integral para prestar as ações de cuidado de qualidade capazes de mudar essa realidade (VANOBERGEN E VISSCHERE, 2005), o que tem se tornado um desafio.

Para isso, é imprescindível que o cirurgião-dentista tenha conhecimento das principais condições e das necessidades de saúde bucal dos idosos, principalmente da parcela descoberta pelos serviços de saúde como os que vivem em ILPI, de forma que seja possível realizar novos planejamentos de ações e políticas que melhorem o acesso e a prestação desses serviços. Diante disso, a proposta de realização de uma avaliação da situação de saúde bucal dos idosos institucionalizados do município de Fortaleza – CE tem como intuito fazer com que o conhecimento gerado sirva de embasamento para a criação de intervenções que transformem a atual condição da saúde bucal dessa população.

É importante destacar ainda que os dados epidemiológicos sobre a saúde bucal de idosos institucionalizados são pouco explorados, já em Fortaleza, poucas são as pesquisas do tipo realizadas com populações semelhantes, e que englobando apenas algumas das ILPI do município. Dessa forma, não se tem uma real noção da atual realidade das condições de saúde bucal que esses idosos institucionalizados vivem na capital cearense, havendo assim, uma lacuna do conhecimento das condições de saúde bucal dos idosos institucionalizados em

Fortaleza, impossibilitando a tomada de novas medidas. Assim, essa pesquisa pretende responder a seguinte questão: qual a condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados em Fortaleza?

O reconhecimento das reais necessidades de saúde bucal dos idosos que vivem nas ILPI de Fortaleza por meio do levantamento e rastreio das principais desordens bucais nesses pacientes será facilitador para uma nova organização de ações e planejamento nos serviços, que talvez possam ser capazes de mudar o quadro da atual realidade da saúde bucal deles, através de um melhor acesso à atenção odontológica levando ao tratamento e reabilitação das condições orais existentes, e estimulando a prevenção e promoção de saúde aos idosos. Consequentemente, a melhoria das condições de saúde geral e bucal e os impactos gerados em sua qualidade de vida poderão proporcionar uma maior elevação da autoestima e da reinserção desses idosos institucionalizados na sociedade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A construção de políticas públicas para o envelhecimento

Segundo Lima-Costa e Veras, (2003) é preciso que haja um maior processo de incorporação dos idosos em nossa sociedade, mas para que isso ocorra, antes do desenvolvimento de novas políticas públicas, precisamos modificar conceitos socioculturais há tanto tempo enrustados a respeito desse grupo etário. Assim, inicialmente é preciso se estabelecer a quebra de estigmas culturalmente estabelecidos, como o fato de os idosos serem vistos a margem da sociedade. Já a grande demanda por serviços de saúde e assistência social, por exemplo, tornam necessárias que essas políticas públicas sejam desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma melhor distribuição dos serviços de forma justa e democrática para o grupo populacional que mais cresce em nosso país.

2.1.1 Políticas de nível internacional

Políticas públicas voltadas para os idosos são discutidas há anos internacionalmente, desde o início do processo de envelhecimento populacional em países desenvolvidos. Em 1982, a Organização das Nações Unidas (ONU) por meio de uma Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, produziu o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. O documento apresentou diretrizes e princípios gerais que incluíam recomendações referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego, educação e a coleta e análise de dados de pesquisa (ONU, 1982). As recomendações se tornaram referência para a criação de leis e políticas voltadas aos idosos e serviram de base para políticas públicas em todo o mundo.

Em 1991 por meio de uma Assembleia Geral da ONU, foram aprovados os Princípios das Nações Unidas a Favor das Pessoas Idosas, através da Resolução no 46/91, que enumeraram 18 direitos das pessoas idosas relacionados à independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade, servindo assim, como fundamentos para consolidação do norteamento das políticas para idosos (ONU, 1991). Já no ano seguinte, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento deu seguimento ao Plano de Ação proposto em 1982 e adotou a Proclamação do Envelhecimento que trouxe uma reformulação na representação do idoso, visto muitas vezes como vulnerável e dependente, para uma imagem ativa e saudável.

As políticas de ação a favor do envelhecimento continuaram com a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento realizada em Madri no ano de 2002. O principal objetivo foi desenvolver para o século XXI uma política internacional para o envelhecimento por meio da adoção da Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madri. A declaração evidenciou a necessidade de mudanças, ações e políticas em todos os níveis a fim de satisfazer as demandas do envelhecimento. Além disso, deu mais prioridade às pessoas mais velhas, assim como a melhoria de sua saúde e bem-estar assegurando maior apoio aos idosos (ONU, 2002)

Baseado nas recomendações do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madri de 2002, os países da América Latina e do Caribe se comprometeram a implantar políticas e ações com enfoque no idoso. Então, em 2003 na cidade de Santiago (Chile), foi realizada a Conferência Regional da América Latina e Caribe sobre Envelhecimento, onde se estabeleceram metas, objetivos e recomendações para a ação em favor das pessoas idosas em três áreas prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento, saúde e bem-estar na velhice, e entornos propícios e favoráveis.

Já em 2007 na cidade de Brasília, foi então realizada a II Conferência sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe que resultou na “Declaração de Brasília”, onde se destacou a proposta de criação em cada país de uma convenção da pessoa idosa, para direcionamento de políticas públicas em consonância com as diretrizes internacionais (ONU, 2007). Por fim, a III Conferência Intergovernamental sobre o Envelhecimento na América Latina e no Caribe aconteceu em 2012 na cidade de San José (Costa Rica), e destacou a importância de os países contarem com uma agenda de proteção social para as pessoas idosas (ONU, 2012)

Enquanto isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), passou a tratar a política para essa faixa etária como política de “envelhecimento ativo” tendo como pilares básicos: saúde, participação e segurança. O objetivo principal é aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida da população idosa, além de estimular a ampliação da visão de gestores políticos sobre o tema. Além disso, em 2008 a OMS passa a destacar em suas publicações a necessidade de que para manterem-se prósperas, as cidades devem oferecer estruturas e serviços capazes de estimular o bem-estar de seus cidadãos, com destaque para os idosos, onde deve-se compensar as alterações físicas e sociais decorrentes do seu processo de envelhecimento e proporcionar uma vida digna (OMS, 2008).

2.2.2 Políticas de nível nacional

No Brasil, sob a influência das diretrizes e orientações internacionais, a Constituição Federal de 1988 trouxe em diversos de seus artigos os inúmeros pontos que tratam de melhorias quanto a vida dos idosos e seu processo de envelhecimento. Dessa forma, mesmo trabalhando de forma superficial sobre o tema, transforma-se na primeira das conquistas para melhorias na qualidade de vida desse grupo etário a nível nacional. A Carta Magna brasileira, traz ainda a possibilidade de atuação da sociedade no processo de construção e desenvolvimento das políticas públicas, ampliando mais ainda o cuidado e estímulo à dignidade do idoso sob essas novas perspectivas (BRASIL, 1988). Já em 1988, foi garantido direito universal e integral à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Contudo, a primeira política pública de saúde nacional voltada para o público idoso foi a Política Nacional do Idoso (PNI) lançada em 1994 por meio da Lei nº 8842, que foi a primeira a definir como idoso as pessoas com 60 anos ou mais de idade, além de considerá-los como sujeitos de direitos, e preconizar um tratamento diferenciado para esse grupo etário valorizando o ambiente familiar ao invés do asilar (BRASIL, 1994). Ainda assim, em 1996 um novo decreto foi criado para regulamentar a Lei nº 8842 e dar novas providências a respeito da PNI (BRASIL, 1996).

Entretanto, por meio Portaria nº 1395/1999 do Ministério da Saúde (MS), a PNI foi posteriormente substituída pela Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) em 1999, que definiu todas diretrizes de ações do setor da saúde para o público idoso. Além disso, objetivou-se estabelecer uma melhor qualidade de vida para os idosos por meio do estímulo à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção das principais doenças que atingem os idosos, à recuperação e reabilitação da saúde e ao estabelecimento/desenvolvimento de sua capacidade funcional garantindo uma melhor participação e inclusão na sociedade (BRASIL, 1999).

Em 2003, foi publicado o Estatuto do Idoso, sob os efeitos da II Assembleia de Madri e como resultado de anos de luta dos movimentos de aposentados e pensionistas e o Fórum Nacional do Idoso para reformulações e adequações do documento. O Estatuto representa um enorme avanço para a legislação brasileira quanto ao cuidado do idoso, e consolida os 118 artigos de leis dos níveis federais, estaduais e municipais sobre o idoso em um único documento que sintetiza o cuidado em diversos âmbitos para esse grupo etário,

objetivando-se a garantir os direitos de proteção à vida e à saúde dos idosos e punir quem os violar (BRASIL, 2003).

Finalmente, em 2006, para substituir a PNSI, foi lançada por meio da Portaria nº 2528/ GM a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em 2006 que mantém as premissas de sua antecessora, mas acrescenta a implementação das ações de nível individual e coletivo e indica as responsabilidades institucionais para o alcance de sua proposta. A PNSPI passa então a ser utilizada como estratégia norteadora dos programas e ações do SUS e inclui a saúde do idoso como um item prioritário na agenda de ações voltadas para o envelhecimento saudável e ativo no Brasil (BRASIL, 2006)

Entretanto, de acordo com Pedro et al. (2013), mesmo com os avanços garantidos pelas atuais políticas públicas de saúde ao idoso, os seus resultados não têm se mostrado eficientes e práticos, devido as suas ações isoladas, principiantes, focalizadas e seletivas, que são bem distantes da realidade dos idosos. Dessa forma, ainda falta no Brasil o desenvolvimento de políticas públicas mais diretas voltadas para proporcionar uma atenção integral a saúde dos idosos e uma melhoria na sua qualidade de vida, que sejam capazes de atender as reais necessidades desse grupo etário, sem considerar de forma superficial a atual realidade da demanda dos idosos brasileiros.

2.3 A institucionalização do idoso e seu estado de saúde

A decisão de internar o idoso numa ILPI passa a representar uma alternativa em situações como a ausência de cuidador domiciliar, estágios avançados de doenças e altos níveis de dependência. Os autores também destacam alguns fatores que predisõem à institucionalização de idosos, como o fato de morar sozinho, o suporte social precário, a dependência para a realização AVD (atividades de vida diárias), baixa ou ausência de aposentadoria, a viuvez e o aumento dos gastos com a saúde (FREIRE e TAVARES, 2006).

Segundo Giacomini e Couto (2010), as ILPI devem seguir as normas de funcionamento da Anvisa por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, atendendo seus requisitos previstos, assim como códigos, leis ou normas pertinentes das três esferas (federal, estadual e municipal), e as normas específicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Essas instituições surgem espontaneamente, para atender às necessidades da população idosa diante da ausência de políticas públicas, entretanto, elas

podem apresentar problemas na qualidade dos serviços oferecidos, afetando diretamente as condições de vida dos residentes (BORN e BOECHAT, 2006).

De acordo com um levantamento realizado pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Deputados do Brasil, a realidade encontrada na maioria das ILPI brasileiras é de abandono dos idosos, pela família e muitas vezes pela própria instituição. Assim como, a falta de privacidade e estrutura física adequada às limitações e necessidades dos longevos. Além da falta de estímulo para que idosos exerçam autonomia e autodeterminação, mesmo quando no gozo pleno de suas faculdades mentais ou independentes fisicamente (BRASIL, 2002)

Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) entre anos de 2007 e 2009 verificou a existência de 3.548 ILPI no território brasileiro, das quais 3.294 deram retorno à pesquisa e onde moravam cerca de 84.000 idosos, que representava menos de 1% da população idosa da época. Desse total de ILPI, cerca de 65,2% eram filantrópicas e apenas 6,6% públicas (CAMARANO e KANSO, 2010). Já segundo o Sistema Unificado de Assistência Social (SUAS) recenseou as ILPI em 2012, encontrando 1.227 instituições; e em 2014, 1.451. Entretanto, foram contabilizadas apenas instituições filantrópicas que possuem convênio com o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) por meio das prefeituras municipais. Ainda sobre a pesquisa realizada pelo IPEA, as ILPI contabilizadas cobrem apenas 28,9% dos municípios brasileiros, não havendo uma distribuição proporcional entre a população e as ILPI em território nacional. A pesquisa também afirma que a maior concentração de instituições está no Sudeste com 2.034 ILPI, enquanto o Nordeste concentra apenas 301 dessas instituições (CAMARANO e BARBOSA, 2016)

De acordo com a PNSPI, os idosos que residem nas ILPI são considerados indivíduos potencialmente frágeis, com maior risco de multimorbidades, polifarmácia, imobilidade e comprometimentos na capacidade cognitiva e na funcionalidade (BRASIL, 2006). Dessa forma, devido as necessidades específicas da população idosa, é responsabilidade da ILPI oferecer uma atenção à saúde voltada para seus residentes, principalmente no que tange melhora da qualidade de vida deles. Por tanto, faz-se necessário que esses idosos tenham acesso aos serviços e cuidados de saúde, por uma equipe qualificada, interdisciplinar e que atenda suas principais demandas de saúde, o que inclui a saúde bucal. Além disso, estar em uma ILPI pode gerar um ciclo vicioso que prejudica a saúde e qualidade de vida do idoso, que em situações de fragilidade (NIESTEN et al., 2013; WANG et al., 2013), dependência para AVD e

comprometimento na capacidade cognitiva (ZENTHÖFER et al., 2014), podem afetar a saúde bucal do idoso institucionalizado.

2.4 A Saúde Bucal do idoso institucionalizado

Os estudos têm mostrado que as desordens bucais podem ter efeitos consideráveis ao estado geral de saúde do idoso, como o nutricional que é afetado por problemas de mastigação devido à falta de dentes, dor odontológica e xerostomia (POUYSSÉGUR et al., 2016). Já os patógenos orais, também resultantes dessas desordens, podem predispor o desenvolvimento de doenças infecciosas como endocardite (HEITMANN E GAMBORG, 2008; TUBIANA et al., 2017) e a pneumonia (MARÍN-ZULUAGA et al., 2012; HONG et al., 2018).

O processo de deterioração da saúde bucal decorrente da má higiene oral e outras desordens têm influência direta sob a qualidade de vida do idoso (DONNELLY et al., 2016), podendo gerar também prejuízos na autoestima e nas relações interpessoais, favorecendo o isolamento social e quadros depressivos (LU et al., 2017), onde na maioria das vezes a psicoterapia não é suficiente e exige o aumento do uso de terapias farmacológicas (GONÇALVES et al., 2017). Além disso, a polifarmácia característica de idosos com multimorbidades, pode ter forte influência no desenvolvimento ou piora da halitose (SILVA et al., 2018) e xerostomia (MAILLE et al., 2017). Da mesma forma, problemas de saúde geral dos idosos também possuem forte influência na saúde bucal como: transtornos relacionados à idade e dependência que podem afetar o estado oral diretamente (SINGH e PAPAS, 2014) ou indiretamente, devido a perda de faculdades cognitivas, motoras e sensoriais impossibilitando a manutenção de uma boa higiene bucal (MACENTEE et al., 2007), o que evidencia o ciclo da correlação entre os problemas de saúde gerais e bucais.

Já pelo ponto de vista epidemiológico, a literatura tem mostrado que a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados é precária e marcada por alta prevalência de edentulismo, cárie dentária, doença periodontal, lesões nos tecidos moles, próteses inadequadas, higiene bucal deficiente e grande necessidade de tratamento odontológico, tanto em estudos realizados no Brasil (PEREIRA; SILVA; MENEGHIM, 1999; SILVA; VALSECKI JÚNIOR, 2000; CARNEIRO et al., 2005; GAIÃO; ALMEIDA; HEUKELBACH, 2005; REIS, 2005; LOPES; OLIVEIRA; FLÓRIO, 2010; PIUVEZAM; DE LIMA, 2012, 2013; MELO et al., 2016;), como também em pesquisas em outros países, como Alemanha (KNABE e KRAM,

1997), Finlândia (PELTOLA et al., 2004), Romênia (SFEATCU et al., 2011), Índia (SHAHEEN et al, 2015), Espanha (CORCHERO e CEPEDA, 2008; CORNEJO et al., 2013), Malta (SANTUCCI e ATTARD, 2015), China (ZHANG et al., 2016) e França (MAILLE et al., 2017).

No Brasil, os maiores levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados pelo Ministério da Saúde, Projetos SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004a) e SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012) demonstram em seus resultados o estado deficiente de saúde bucal dos idosos brasileiros, com alta prevalência de perdas dentárias, edentulismo, problemas periodontais e má qualidade de próteses dentárias, evidenciando o reflexo do modelo de atenção à saúde bucal do adulto e do idoso onde o serviço se organizava para eliminar sintomatologia dolorosa (MOREIRA et al., 2005). Ainda assim, embora tais levantamentos possuam abrangência nacional, eles acabaram por excluir a parcela da população idosa institucionalizada que não chegou a ser atingida pelas pesquisas.

Segundo Souza et al. (2010), a situação das precárias condições de saúde bucal dos idosos institucionalizados brasileiros é agravada pela falta de cuidados de saúde nas instituições onde a atenção odontológica, muitas vezes, é mínima, deixando o idoso à mercê de problemas bucais que podem se agravar com o tempo e comprometê-los sistemicamente. Ferreira; Schwambach e Magalhães (2011), apontam a negligência com os cuidados em saúde bucal nesses tipos de instituições à diferentes explicações, como falta de conhecimento, interesse e tempo, além de dificuldade em lidar com idosos comprometidos funcional e cognitivamente.

Além disso, de acordo com Saliba et al. (2007), não há normas específicas referentes ao cuidado à saúde bucal em instituições e têm-se observado, geralmente, ausência de protocolos de procedimento, falta de programação de atenção especializada e ausência de programas de orientação e capacitação dos cuidadores profissionais e leigos. Criando assim, um ambiente capaz de potencializar à deterioração da saúde bucal dos idosos, intensificando os problemas já existentes e estimulando o surgimento de novos. Portanto, há uma grande necessidade de tratamento e reabilitação dos problemas de saúde de idosos, o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção de seus agravos, como orientações a respeito do uso e higienização das próteses, que devem ser uma rotina diária, contudo, essa não é a realidade de algumas instituições.

Porém, Sá et al. (2012) afirmam que situação insatisfatória da saúde bucal dos idosos, como resultado da odontologia mutiladora e arcaica que vigorava no passado, é decorrente também da carência de políticas públicas preventivas voltadas para a população idosa (principalmente a parcela institucionalizada). Nesse contexto, a última política de nível nacional voltada ao público idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), não traz uma proposta específica para a abordagem e cuidado da saúde bucal desse grupo etário (BRASIL, 2006)

Contudo, com a Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB (BRASIL, 2004b) ou “Brasil Sorridente”, objetivou-se reorganizar as práticas e qualificar as ações e serviços de saúde bucal, reunindo uma série de ações voltada para os cidadãos de todas as idades, fazendo com que o acesso ao tratamento odontológico fosse ampliado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que a Odontologia ganhasse um maior destaque no campo da integralidade da atenção (BRASIL, 2004b). E mesmo não sendo uma política de focalização específica ao idoso, o PNSB, por meio da ampliação do acesso e integralidade de ações acabou por melhorar as condições de saúde bucal dos idosos brasileiros, principalmente no que tange a atenção especializada.

Segundo Alcântara et al. (2011), a prática odontológica nos serviços brasileiros priorizou por muito tempo os grupos populacionais restritos, como a população mais jovem, excluindo a população idosa das programações de saúde bucal. Dessa forma, as ações de saúde bucal voltada para idosos eram restritas à procura individual e no âmbito particular (SILVEIRA NETO et al., 2007). Entretanto, a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a própria PNSB tentam superar o modelo hegemônico biomédico de atenção à saúde, propondo o aumento aos serviços de saúde por meio das linhas de cuidado por ciclos de vida ou condições especiais através do cuidado longitudinal e centrado no indivíduo (BRASIL, 2017; BRASIL, 2004b). Ainda assim, enquanto a PNSB faz menção específica ao idoso residente em ILPI por meio do termo “asilo” e reforça desenvolvimento de ações coletivas nestes locais (BRASIL, 2004b) a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece a realização de visitas domiciliares e atendimentos à residentes de ILPI como uma das atribuições dos profissionais da atenção básica (BRASIL, 2017).

Para Mello, Erdmann e Caetano (2008) ainda há um amplo caminho a ser percorrido pelas políticas públicas em saúde para superar os problemas de acesso e falta resolutividade nos serviços públicos, que ainda não conseguem suprir as reais necessidades de saúde bucal dos

idosos. Como proposta, os autores destacam o desenvolvimento de ações em domicílios, hospitais e ILPI, como forma de levar atenção odontológica até os idosos que não podem se deslocar até as Unidades de Saúde, e complementam que idosos institucionalizados devem ser alvo de uma cobertura específica e especializada que não dependa somente das instituições e que seja articulada com o Poder Público. Diante disso, é preciso rever as estratégias utilizadas pelas atuais políticas públicas para reorganizar a atenção à saúde do idoso, melhorando o acesso do grupo geral e da parcela institucionalizada. As ações de atenção à saúde bucal do idoso, devem ser efetivamente incluídas no processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal na ESF, conforme proposto pela PNSB e PNAB.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar a situação de saúde bucal e os seus fatores associados em idosos residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em Fortaleza, Ceará.

3.2 Objetivos Específicos

- Delinear o perfil sociodemográfico de idosos institucionalizados de Fortaleza;
- Avaliar aspectos de saúde geral (grau de cognição e capacidade funcional, mobilidade, consumo de medicamentos e morbidades) de idosos residentes em ILPI em Fortaleza;
- Avaliar a qualidade de vida associada à saúde bucal dos idosos residentes em ILPI em Fortaleza;
- Analisar o autocuidado quanto a saúde bucal e uso dos serviços odontológicos pelos idosos residentes em ILPI de Fortaleza;
- Identificar a prevalência e severidade de cárie dentária; doença periodontal; edentulismo, alterações de tecidos moles e funcionalidade dentária de idosos residentes em ILPI em Fortaleza;
- Avaliar a relação entre o edentulismo e as características sociodemográficas, condições de saúde geral, autocuidado em saúde bucal de idosos residentes em ILPI em Fortaleza;
- Verificar a associação entre qualidade de vida associada à saúde bucal e a características sociodemográficas, autocuidado e condições de saúde bucal e saúde geral dos idosos residentes em ILPI em Fortaleza;
- Verificar a relação entre capacidade funcional e as características sociodemográficas, saúde geral e condições de saúde bucal de idosos residentes em ILPI em Fortaleza.

4 CAPÍTULOS

A presente dissertação será baseada no Artigo 46 do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará que regulamenta o formato alternativo para dissertações de Mestrado e teses de Doutorado e permite a inserção de artigos científicos de autoria ou coautoria do candidato (Anexo I). Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa referente aos trabalhos desenvolvido nos dois capítulos foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, tendo sido aprovado sob o número do parecer 3.009.576, em 08/11/2018 (CAAE 02019718.4.0000.5054) (Anexo II). Desta forma, a dissertação é composta por dois capítulos, conforme descrito abaixo:

Capítulo 1: SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE FORTALEZA, CEARÁ.

Capítulo 2: CAPACIDADE FUNCIONAL E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE FORTALEZA, CEARÁ.

4.1 CAPÍTULO 1

SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE FORTALEZA, CEARÁ.

Raul Anderson Domingues Alves da Silva¹; Gemakson Mikael Mendes²; Jéssica Soares de Sousa²; Walda Viana Brigido de Moura³; Rômulo Rocha Regis⁴; Ana Karine Macedo Teixeira⁴

¹ Mestrando em Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil

² Cirurgião-dentista, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil

³ Professora do Curso de Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil

⁴ Professor (a) do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil

***Autor de correspondência:** Raul Anderson Domingues Alves da Silva

Endereço do Autor Correspondente

Programa de Pós-Graduação em Odontologia da FFOE-UFC

Rua Monsenhor Furtado, 1273, Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE Brasil

CEP 60430-355

Fone-Fax- 55-85-33668232

Endereço Eletrônico

E-mail: raulanderson_alves@hotmail.com

Tel: (88) 999465378

RESUMO

O crescimento da população idosa brasileira tem influenciado no aumento da procura por institucionalização para esse público, que costuma apresentar precárias condições de saúde. A pesquisa teve como objetivo avaliar as condições de saúde geral, bucal e a qualidade de vida associada a saúde bucal (QVSB) dos idosos institucionalizados de Fortaleza, Ceará. Tratou-se de um estudo transversal realizado com 512 idosos institucionalizados onde avaliou-se o perfil sociodemográfico, condições de saúde geral, autocuidado em saúde bucal, QVSB, e condições de saúde bucal (cárie dentária; doença periodontal; edentulismo, lesões orais e funcionalidade dentária) por meio de exames clínicos, consultas a prontuários médicos e preenchimento de questionários estruturados. Os dados foram analisados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), através dos Teste qui-quadrado de *Pearson*, Teste exato de *Fisher* e Teste T para amostras independentes, utilizando um nível de significância de 5%. Foram encontradas uma alta prevalência de problemas de saúde bucal, como CPO-D (29,4), alta necessidade de reabilitação oral superior (73,6%) e inferior (56,8%). O alto percentual de edentulismo encontrado (61,3%) associou-se com idade mais avançada ($p<0,001$); tempo ($p<0,001$) e motivo de institucionalização ($p=0,041$); além de condições socioeconômicas como menor escolaridade ($p<0,001$) e menor renda ($p<0,001$). A maioria dos idosos obteve uma boa autopercepção da QVSB (65,9%) que se associou com fatores relacionados a ausência de dentes como a não utilização de prótese superior ($p=0,043$); edentulismo ($p=0,005$); e ausência de cárie radicular ($p=0,040$) e raiz exposta ($p=0,004$). Concluiu-se que diante das condições encontradas, há necessidade de uma melhor atenção à saúde bucal para os idosos avaliados, a fim de melhorar a sua qualidade de vida.

Palavras-chaves: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Saúde do Idoso; Saúde Bucal; Autoimagem.

ABSTRACT

The growth of the Brazilian elderly population has influenced the increased demand for institutionalization for this public, which usually has poor health conditions. The research aimed to evaluate the general and oral health conditions and the Oral health-related quality of life (OHRQoL) of institutionalized elderly in Fortaleza, Ceará. This was a cross-sectional study conducted with 512 institutionalized elderly who evaluated the sociodemographic profile, general health conditions, oral health self-care, OHRQoL, and oral health conditions (dental caries; periodontal disease; edentulism, oral lesions and dental functionality) through clinical examinations, medical records consultations and use of completion of structured questionnaires. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), using Pearson's chi-square test, Fisher's exact test and T-test for independent samples, using a significance level of 5%. We found a high prevalence of oral health problems, such as DMFT (29.4), high need for upper (73.6%) and lower (56.8%) oral rehabilitation. The high percentage of edentulism found (61.3%) was associated with age ($p < 0.001$); time ($p < 0.001$) and reason for institutionalization ($p = 0.041$); besides socioeconomic conditions such as education ($p < 0.001$) and income ($p < 0.001$). Most of the elderly had a good self-perception of OHRQoL (65.9%), which was associated with factors related to missing teeth such as non-use of upper dentures ($p = 0.043$); edentulism ($p = 0.005$); and absence of root caries ($p = 0.040$) and exposed root ($p = 0.004$). It was concluded that given the conditions found, there is a need for better oral health care for the evaluated elderly in order to improve their quality of life.

Key words: Homes for the Aged; Health of the Elderly; Oral Health; Self Concept.

INTRODUÇÃO:

Assim como em muitos países, a população idosa do Brasil tem crescido exponencialmente, que em conjunto ao aumento da longevidade da população e do conseqüente envelhecimento populacional no país¹⁻³, tem-se gerado uma maior demanda de atenção e serviços para esses indivíduos⁴. Essa mudança no perfil demográfico acompanhada da necessidade por novas demandas no cuidado, tornam cada vez mais indispensáveis a avaliação dos processos de envelhecimento, sejam eles relacionados a aspectos sociais ou na área da saúde.

O envelhecimento é um processo natural que se desenvolve ao longo de toda a vida do ser humano, trazido através de processos fisiológicos do próprio corpo, entretanto, a perda dental é muitas vezes encarada como algo natural desse processo⁵. Os resultados do último levantamento de saúde bucal com caráter nacional realizado no Brasil, refletem uma realidade de desigualdade e sofrimento enfrentada pelos idosos brasileiros, devido as péssimas condições bucais encontradas⁶. Isso vem como resultado da odontologia mutiladora e arcaica que vigorava no passado, e da carência de políticas públicas preventivas voltadas para a população idosa¹. Assim, um dos grandes desafios do envelhecimento da população brasileira na atualidade, tornou-se proporcionar um envelhecer com qualidade de vida e saúde, incluindo a saúde bucal, para esses indivíduos.

Mas juntos ao crescimento da população idosa e do aumento da expectativa de vida, cresce também a demanda por instituições de longa permanência para idosos (ILPI) que recebem parte desse público, aumentando significativamente a necessidade de cuidados em saúde para essa parcela institucionalizada⁷. Esse aumento de demanda e procura por instituições tem sido causado, também, pela redução do número de cuidadores familiares e suas dificuldades de desempenharem o cuidado desses idosos em seu próprio domicílio, assim, a institucionalização passa a ser a solução para dificuldades de suportes familiar, financeiro e psicológico que o idoso necessita¹.

Entretanto, essas ILPI têm trabalhado com uma equipe mínima e um quadro reduzido de funcionários, sem, muitas vezes, ter um profissional capacitado para atender e avaliar as condições orais dos residentes^{1,3}. A literatura tem mostrado que a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados é notoriamente precária e pior do que na população não institucionalizada^{3,8,9}, além de ser marcada por alta prevalência de edentulismo, cárie dentária, doença periodontal, lesões nos tecidos moles, próteses inadequadas, higiene bucal deficiente e

grande necessidade de tratamento odontológico^{1-5, 7, 10}. Além disso, a falta ou a inadequada higienização bucal, e o alto uso de medicamentos, também estão presentes na realidade desses idosos institucionalizados, podendo comprometer ainda mais a sua saúde bucal, desencadeando também impactos desfavoráveis na saúde geral^{3, 10}.

A relação bem estabelecida entre as desordens bucais e os seus efeitos consideráveis no estado de saúde geral do idoso tornam ainda mais urgente a atuação sobre esses fatores e seus possíveis impactos^{11, 12}. Por isso, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham conhecimento das principais condições e necessidades de saúde dos idosos, principalmente da parcela institucionalizada. Mas para que estratégias e novos planejamentos sejam criados para enfrentar esses problemas, é preciso se conhecer a verdadeira realidade em que esses idosos estão inseridos através da realização de estudos epidemiológicos.

Além da avaliação das condições clínicas, medir a qualidade de vida associada a saúde bucal (QVSB) mostra-se como uma ferramenta importante para avaliar como essas doenças e condições bucais podem afetar o bem-estar geral desses indivíduos, já que fatores demográficos, socioeconômicos e outros fatores locais e do indivíduo também podem influenciar esse processo de adoecimento⁹. Dentre as diferentes ferramentas utilizadas para medir o impacto do estado de saúde bucal na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, o Índice de Avaliação de Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI) tem se mostrado como uma das mais eficientes e utilizadas nessa população⁵. Assim, o uso de métodos subjetivos como este, pode trazer à luz diversos aspectos relevantes que devem ser levados em conta e analisados para se entender melhor o impacto das condições bucais no envelhecimento e na qualidade de vida desses indivíduos.

As altas taxas de perda dentária e edentulismo ainda são considerados problemas de saúde pública tanto no Brasil como no mundo, e que são agravados pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal¹³. Portanto, ainda são necessárias novas políticas públicas capazes de melhorar as condições bucais na população idosa institucionalizada¹⁰, mas para elas serem criadas, é preciso identificar os fatores determinantes no seu estado de saúde e compreender as necessidades individuais dessa população¹⁴. Tornando-se possível, assim, a criação de estratégias para melhorar o quadro de saúde e minimizando os principais agravos que atingem os idosos institucionalizados, aprimorando sua qualidade de vida⁴. Por isso, o objetivo desse estudo foi avaliar as condições de saúde geral, bucal e a qualidade de vida associada a saúde bucal (QVSB) dos idosos institucionalizados de Fortaleza, Ceará.

METODOLOGIA:

A pesquisa tratou-se de um censo, com abordagem quantitativa, transversal, do tipo levantamento epidemiológico em saúde bucal realizada com idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município de Fortaleza, Ceará. Foram avaliados as 14 ILPI do município identificadas pelo relatório de inspeção realizado pelo Ministério Público do Ceará. Já a coleta de dados, foi realizada no período de abril a junho de 2019.

Como critérios de inclusão estabeleceu-se que os indivíduos participantes da pesquisa deveriam ser residentes das ILPI avaliadas, ser idoso (possuir 60 anos ou mais), estar presente na ILPI no período das avaliações. Foram excluídos os idosos que estavam hospitalizados ou em processo de cuidados paliativos no período de coleta de dados e aqueles em estado agressivo. Já os idosos com baixa cognição foram excluídos da avaliação da qualidade de vida associada a saúde bucal (QVSB), por não conseguirem responder adequadamente o questionário aplicado.

Para coleta de dados foi realizada nas próprias instituições através de entrevistas e um exame clínico bucal executados por quatro examinadores e quatro anotadores, os mesmos participaram de um processo de capacitação e calibração realizada por meio da técnica de consenso. Houve, inicialmente, apresentação e discussão dos instrumentos de coleta de dados, de modo a esclarecer detalhes das variáveis, códigos e critérios dos índices. Em seguida, foi realizada uma calibração, onde 20 idosos participantes de um grupo de convivência foram examinados e posteriormente, reexaminados. Os índices Kappa obtidos na calibração interexaminador foram 0,80 e 1,00 e, na intraexaminador, 0,90 e 1,00 sendo considerada uma concordância excelente.

A coleta foi feita por um exame clínico bucal e entrevistas realizadas com os próprios idosos que em caso de impossibilidade de comunicação, foram respondidas pelos cuidadores e/ou por meio da consulta nos prontuários e registros oficiais da ILPI. O instrumento de coleta foi dividido em: aspectos sociodemográficos; avaliação de saúde geral; avaliação do autocuidado em saúde bucal; avaliação da qualidade de vida associada a saúde bucal (QVSB) e exames clínicos bucais.

Dentre os aspectos sociodemográficos avaliados tem-se: sexo, raça, idade, tempo e motivo de institucionalização, escolaridade, contato e forma de contato com a família, plano de saúde, aposentadoria. Já os aspectos referente à saúde geral avaliados foram: a presença e número de morbidades dos idosos, o consumo de medicamentos de uso continuado, e a

mobilidade do idoso, classificada como: acamado; cadeirante; caminha com ajuda ou caminha sem ajuda.

Os idosos foram avaliados quanto ao seu estado cognitivo por meio do Teste de Pfeiffer¹⁵, um instrumento composto por dez questões cuja pontuação varia entre 0 a 10, com base no número de erros. Assim, o estado cognitivo do idoso foi classificado em: Intacto (0-2 erros); Declínio cognitivo leve (3-4 erros); Declínio cognitivo moderado (5-7 erros); Declínio cognitivo severo (8-10 erros). Os idosos foram considerados orientados de acordo com o número de erros apresentados e um ajuste realizado pelo nível de escolaridade. Dessa forma, foram considerados desorientados os idosos com mais de 5 erros, no caso de analfabetos, e com mais de 4 erros, no caso dos alfabetizados.

Já a capacidade funcional dos idosos foi avaliada pelo Índice de Barthel¹⁶, validado no Brasil¹⁷, que considera o desempenho do idoso na execução de 11 Atividades de Vida Diárias (AVD): higiene pessoal, banho, alimentação, toalete, escadas, vestuário, deambulação, cadeira de rodas, transferência da cadeira para cama, continência urinária e fecal. Para cada uma delas, há pontuações específicas dentro de categorias que se dividem de acordo com o nível de assistência para executar essas AVD. A soma total dessas pontuações varia de 0 a 100 e é utilizada para classificá-los em: Dependência Total (0-20); Dependência Grave (21-60); Dependência Moderada (61-90); Dependência Leve (91-99) e Independência (100).

A avaliação do autocuidado em saúde bucal foi feita através de um questionário composto por oito perguntas relacionadas ao cuidado realizado pelo idoso ou pelo cuidador, à higienização dos dentes, gengivas e próteses, assim como, a retirada da prótese para dormir, seu armazenamento e método de higienização. Além disso, foram acrescentadas três questões sobre o uso de serviços odontológicos (tempo decorrente da última visita, motivo e tipo de serviço).

Também foi avaliada a QVSB através da autopercepção do idoso utilizando o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) criado por Atchison e Dolan (1990)¹⁸. O índice GOHAI consiste de um formulário de 12 questões e avalia, nos últimos três meses, se o indivíduo idoso apresentou algum problema funcional, doloroso ou psicológico devido a problemas bucais¹⁹, e como ele percebe os impactos desses aspectos na sua qualidade de vida. O mesmo já foi validado para o idioma Português do Brasil²⁰. O questionário foi direcionado apenas aos idosos que foram considerados como “orientados” cognitivamente no momento da avaliação de acordo com o Teste de Pfeiffer, devido à dificuldade que idosos desorientados

possuem de recordarem esses aspectos e perceberem os impactos em sua QVSB. O índice foi aplicado na modalidade entrevista e suas possíveis respostas foram: “nunca”; “algumas vezes”; “quase sempre/sempre” que receberam os escores 3, 2 e 1, respectivamente. A soma total dos valores pode variar de 12 a 36 pontos, onde quanto maior o valor, melhor é considerada a autopercepção da QVSB do indivíduo, foi estratificada para classifica-los em: baixo (12–30), moderado (31–33) alto (34–36)), para análise bivariada as categorias baixo e moderado foram agrupadas.

Os exames clínicos bucais foram realizados utilizando-se espelhos bucais e sondas periodontais tipo OMS, previamente esterilizados, gaze, Equipamento de Proteção Individual (máscara, gorro/touca, luva e jaleco) . Os idosos foram examinados sentados em um ambiente claro e os examinadores contaram com o auxílio de uma lanterna de cabeça do mesmo modelo para todos os examinadores. Nos casos de impossibilidade do idoso se sentar, o indivíduo foi examinado deitado, sem ocasionar desconforto.

As variáveis de exame bucal e os critérios de avaliação destas tiveram como base o modelo do Projeto SBBrazil 2010^{6,21}, que incluiu a aferição da cárie dentária por meio do índice CPO-D (indicando o número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados). A avaliação periodontal foi feita a 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, foram examinados os demais dentes remanescentes do sextante, com registro do índice mais alto verificado e, na ausência destes, o sextante foi registrado como excluído.

O edentulismo foi avaliado por meio de exames onde foram observados o uso e necessidade de prótese dentária, registrados de acordo com a utilização ou necessidade dos idosos, assim como qual o tipo de prótese estava sendo utilizada, ou não, e em qual(is) arcada(s). Já as alterações dos tecidos moles foram avaliadas por meio da visualização de possíveis lesões da mucosa oral, com o registro da condição e localização das mesmas.

Para a análise dos dados, considerou-se as seguintes variáveis para avaliar a funcionalidade dentária: presença/ausência de edentulismo (perda completa dos dentes); número de dentes funcionais presentes; número de molares presentes; presença 2º e 5º sextantes (dentes anteriores); presença de Arco Dentário Curto - ADC (presença do 2º pré-molar ao contralateral) superior e inferior. Pois são consideradas variáveis que discriminam melhor a

condição de saúde bucal de idosos com muita perda dentária, assim como a funcionalidade dos dentes remanescentes.

Os dados foram analisados através do software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows, versão 22.0. Foi realizada uma análise inferencial e descritiva para a caracterização da amostra segundo as dimensões investigadas, expressando frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas, bem como médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas. Por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher utilizando um nível de significância de 5%, foi avaliada a associação entre as variáveis independentes sobre as variáveis dependentes aferidas (Edentulismo e QVSB).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob protocolo nº 3.009.576, e foi desenvolvida mediante autorização das ILPI e idosos residentes das ILPI elencadas (ou, quando “incapazes”, os seus responsáveis legais) receberam esclarecimentos a respeito da pesquisa e deram consentimento de sua participação por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, respeitando às normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos regidas pelas Resoluções nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde²².

RESULTADOS:

Metade das ILPI de Fortaleza eram de caráter privado, enquanto 26,8% eram filantrópicas religiosas e 14,3% eram filantrópicas não religiosas, e apenas uma delas era pública. Já quanto ao público dessas instituições, 57,1% era misto, enquanto 42,9% era feminino. A média do tempo de atuação dessas 14 ILPI foi de 28,5 anos, onde a mais antiga possuía 114 anos de atuação e a mais nova possuía 3 anos. Dos 579 idosos residentes nas 14 ILPI avaliadas, 67 foram contabilizados como perda após a aplicação dos critérios de inclusão, sendo que 40 idosos (59,7%) não participaram por recusa, seguidos de 17 (25,4%) que estavam hospitalizados ou em cuidados paliativos e 10 idosos (14,9%) que não se encontravam na ILPI nos momentos de coleta. Assim, foram examinados 88,4% da população idosa institucionalizada de Fortaleza, totalizando uma amostra de 512 indivíduos.

A média de idade da amostra foi de 79,3 (\pm 9,7) anos, sendo que 49,2% dos idosos possuíam 80 anos ou mais. A maior participação foi de mulheres (69,7%), negros (50,2%), indivíduos com ensino fundamental (44,8%) e que não possuíam plano de saúde (73,7%). A maioria deles recebiam aposentadoria ou algum tipo de benefício (83,5%), de até 1 salário

mínimo (79,8%), que na maior parte da amostra era administrado pela família (52,2%). A média do tempo de internação na ILPI foi de 6,1 (\pm 8,1) anos, o principal motivo de internação foi a decisão familiar (43,9%), e 32,7% da amostra ainda mantinha contato com a família, sendo que 89,8% recebiam visita na ILPI (Tabela 1).

Quanto aos dados de saúde geral, 62,3% da amostra possui multimorbidades, enquanto 63,5% faz uso de polifarmácia. Já quanto ao estado cognitivo, a grande maioria possuía declínio cognitivo severo (46,3%), enquanto 21,7% possuía uma cognição intacta. Em relação a mobilidade, 11,9% dos idosos são acamados, e a maioria consegue caminhar sem ajuda (44,7%). O Índice de Barthel mostrou que 22,3% dos idosos são independentes (Tabela 1).

Tabela 1: Dados sociodemográficos e de saúde geral dos idosos institucionalizados. Fortaleza – CE, 2019

	n	%
Sexo		
Masculino	155	30,3
Feminino	357	69,7
Raça		
Branca	255	49,8
Negra	257	50,2
Escolaridade		
Analfabeto	139	28,1
Ensino Fundamental	222	44,8
Ensino Médio	81	16,3
Ensino Superior	53	10,8
Idade		
60 a 69 anos	90	17,6
70 a 79 anos	170	33,2
80 anos ou mais	252	49,2
Tempo de institucionalização		
Até 36 meses	283	55,3
Acima de 36 meses	229	44,7
Motivo de institucionalização		
Família	222	43,0
Decisão própria	152	30,0
Abandono	116	22,9
Maus-tratos	16	3,2
Contato com a família		
Não mantém contato	334	67,3
Mantém contato	162	32,7
Forma de contato		
Família vai à ILPI	299	89,0
Idoso vai em casa	22	6,6

Telefone	12	3,6
Plano de saúde		
Possui	132	26,3
Não Possui	369	73,7
Recebe aposentadoria		
Sim	425	83,5
Não	84	16,5
Valor da aposentadoria		
Até 1 salário mínimo	323	79,8
Acima de 1 salário mínimo	82	20,2
Quem retém o aposentadoria		
Família	217	52,2
Idoso	109	26,2
ILPI	90	21,6
Multiborbidade		
Não	193	37,7
Sim	319	62,3
Polifarmácia		
Não	325	63,5
Sim	187	36,5
Cognição		
Intacta	111	21,7
Declínio Cognitivo Leve	73	14,2
Declínio Cognitivo Moderado	91	17,8
Declínio Cognitivo Severo	237	46,3
Mobilidade		
Acamado	61	11,9
Cadeirante	90	17,7
Caminha com ajuda	132	25,7
Caminha sem ajuda	229	44,7
Funcionalidade		
Dependência Total	114	22,3
Dependência Grave	92	18,0
Dependência Moderada	113	22,1
Dependência Leve	79	15,4
Independente	114	22,3

ILPI - Instituição de longa permanência para idosos

De acordo com a tabela 2, o valor médio de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) foi de 29,4 (\pm 4,7), onde o componente de dentes perdidos correspondeu a uma média de 27,7 (\pm 6,9) dentes. Os idosos apresentavam em média de 2,2 (\pm 4,1) dentes hígidos na boca, mas a média do número de molares presentes foi de 0,7 (\pm 1,6). Já em relação as raízes, os idosos apresentaram cerca de 2,1 (\pm 3,9) raízes expostas, das quais 0,6 (\pm 0,6) estavam cariadas. Para doença periodontal, foram encontrados uma média de 0,6 (\pm 1,2) sextantes com cálculo e de 0,7 (\pm 1,4) com sangramento gengival. Em relação a presença de bolsa periodontal, a média

por sextante foi de 0,3 (\pm 0,7) para bolsas rasas e 0,1 (\pm 0,4) para bolsas profundas, já para sextantes excluídos foi de 5,1 (\pm 1,6).

Tabela 2: Média, desvio padrão, mínimo e máximo de condições de cárie e doença periodontal dos idosos institucionalizados. Fortaleza – CE, 2019.

	Média / DP	Mínimo	Máximo
CPO-D (coroa)	29,4 \pm 4,7	5,0	32,0
Nº de dentes perdidos	27,7 \pm 6,9	4,9	32,0
Nº de dentes hígidos	2,2 \pm 4,1	0	21,0
Nº de molares presentes	0,7 \pm 1,6	0	8,0
Nº de raízes cariadas	0,6 \pm 1,7	0	15,0
Nº de raízes expostas	2,1 \pm 3,9	0	26,0
Sextante com cálculo dentário	0,6 \pm 1,2	0	6,0
Sextante com sangramento gengival	0,7 \pm 1,4	0	6,0
Sextante com bolsa rasa	0,3 \pm 0,7	0	4,0
Sextante com bolsa profunda	0,1 \pm 0,4	0	4,0
Sextante excluído	5,1 \pm 1,6	0	6,0

No que se refere ao uso de prótese dentária, 56,8% não usava prótese superior e 78,1% não usava prótese inferior. Em relação à necessidade de prótese dentária, 73,6% dos idosos necessitavam de prótese total superior e 66,2% de prótese total inferior. Já quanto a funcionalidade dentária, apenas 5,5% dos idosos possuíam 20 dentes ou mais presentes na boca, 61,3% eram totalmente edêntulos, 92,6% não possuíam o 2º e 5º sextante presentes, 77,9% não possuíam mais nenhum molar, e 93,6% não possuíam arco dentário curto completo presente. Apenas 9% dos idosos apresentaram algum tipo de lesão oral (Tabela 3).

Tabela 3: Número e percentual das condições de uso e necessidade de prótese, e, índices de funcionalidade dentária dos idosos institucionalizados. Fortaleza – CE, 2019.

	n	%
Uso de prótese superior		
Não usa	291	56,8
PPR/ Prótese Fixa	39	7,6
Prótese Total	182	35,6
Uso de prótese inferior		
Não usa	400	78,1
PPR/ Prótese Fixa	38	7,4
Prótese Total	74	14,5
Necessidade de prótese superior		
Sem necessidade	56	10,9
Reabilitação oral parcial	79	15,5
Reabilitação oral total	377	73,6
Necessidade de prótese inferior		
Sem necessidade	45	8,8

Reabilitação oral parcial	128	25,0
Reabilitação oral total	339	66,2
Lesão oral		
Ausente	466	91,0
Presente	46	9,0
Nº de dentes funcionais presentes		
Até 19 dentes	484	94,5
20 dentes ou mais	28	5,5
Edentulismo		
Não edêntulo	198	38,7
Edêntulo	314	61,3
Presença dos 2º e 5º sextantes		
Ambos ausentes	474	92,6
Pelo menos um presente	38	7,4
Presença de molares		
Nenhum	309	77,9
Pelo menos um	113	22,1
Presença de arco dentário curto		
Ausente	478	93,4
Presente em pelo menos 1 arcada	34	6,6

PPR - Prótese parcial removível

Em relação ao autocuidado em saúde bucal 50,4% realizavam a escovação dos dentes e gengivas sozinhos, entretanto, 12,5% dos idosos entrevistados não realizavam nenhum tipo de escovação. Quanto à frequência de escovação, entre aqueles que escovavam os dentes e gengiva, 67,6% escovavam duas vezes ao dia. Já quanto ao uso de próteses dentárias, 60,2% não faziam uso de nenhum tipo, 20,5% deles usavam próteses em pelo menos uma arcada. E a higienização das mesmas, dos idosos que faziam uso de próteses dentárias, 72,5% as higienizavam sozinhos. A frequência de higienização das próteses dentárias foi maior em “duas vezes ao dia” de acordo com 52,0% da amostra dos que usavam prótese. A respeito da retirada das próteses dentárias para dormir, 52,0% afirmaram não retirarem (Tabela 4).

Já quanto ao uso de serviços odontológicos, 53,3% da amostra realizou sua última visita ao dentista há menos de um ano, tendo como principal motivo da visita a prevenção para 46,6% deles, enquanto 39,1% afirmaram ter ido ao dentista pela última vez na própria ILPI (Tabela 4).

Tabela 4: Autocuidado em saúde bucal e uso dos serviços de saúde bucal dos idosos institucionalizados de Fortaleza – CE, 2019.

	n	%
Autonomia para escovação de dentes e gengivas		
Sim	258	50,4

Não	190	37,1
Não escova	64	12,5
Frequência de escovação de dentes e gengivas		
1 vez ao dia	145	32,4
2 vezes ao dia ou mais	303	67,6
Uso de prótese dentária		
Nas duas arcadas	99	19,3
Em pelo menos uma das arcadas	105	20,5
Não usa	308	60,2
Autonomia para higienização da prótese		
Sim	148	72,5
Não	56	27,5
Frequência de higienização da prótese		
1 vez ao dia	33	16,2
2 vezes ao dia ou mais	171	83,8
Retirada da prótese para dormir		
Sempre / às vezes	98	48,0
Nunca	106	52,0
Última visita ao dentista		
Há mais de 1 ano	147	46,5
Há menos de 1 ano	169	53,5
Motivo da visita ao dentista		
Prevenção	129	46,6
Necessidade de Tratamento	117	42,2
Dor	39	11,2
Onde foi a última visita ao dentista		
Particular	99	31,7
Público	91	29,2
ILPI	122	39,1

A tabela 5 apresenta o cruzamento das características sociodemográficas com a variável de edentulismo. Observou-se que o edentulismo esteve associado com menor nível de escolaridade (analfabetismo) ($p < 0,001$); idosos com 80 anos ou mais ($p < 0,001$); maior tempo de institucionalização ($p < 0,001$); internação por abandono/maus tratos ($p = 0,041$); ausência de plano de saúde ($p = 0,005$); recebimento de aposentadoria/benefício de até 1 salário mínimo ($p < 0,001$); aposentadoria retida/administrada família ($p = 0,036$) ou pela ILPI ($p = 0,038$).

Tabela 5: Relação do Edentulismo e as condições sociodemográficas dos idosos institucionalizados. Fortaleza – CE, 2019.

	<i>Não Edêntulo</i>		<i>Edêntulo</i>		p	RP
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	62	40,0	93	60,0	0,684	1,05 (0,83 - 1,32)
Feminino	136	38,1	221	61,9		
Raça						

Branca	103	40,4	152	59,6	0,426	0,91 (0,73 - 1,13)
Negra	95	37,0	162	63,0		
Escolaridade						
Analfabeto	40	28,8	99	71,2	0,465 <0,001	0,88 (0,64 - 1,22) 0,47 (0,35 - 0,63)
Ensino Fundamental	72	32,4	150	67,6		
Ensino Médio/ Superior	82	61,2	52	38,8		
Idade						
Até 79 anos	124	47,7	136	52,3	<0,001	1,62 (1,29 - 2,04)
80 anos ou mais	74	29,4	178	70,6		
Tempo de institucionalização						
Até 36 meses	129	45,6	154	54,4	<0,001	1,51 (1,19 - 1,91)
Acima de 36 meses	69	30,1	160	69,9		
Motivo de institucionalização						
Abandono / Maus-tratos	45	34,1	87	65,9	0,041 0,711	0,74 (0,55 - 0,99) 0,94 (0,70 - 1,27)
Decisão própria	70	46,1	82	53,9		
Família	80	36,0	142	64,0		
Contato com a família						
Não mantém contato	130	38,9	204	61,1	0,901	0,98 (0,78 - 1,27)
Mantém contato	64	39,5	98	60,5		
Forma de Contato						
Idoso vai em casa	9	40,9	13	59,1	0,771 0,151*	0,92 (0,54 - 1,55) 1,63 (0,85 - 3,09)
Família vai à ILPI	113	37,8	186	62,2		
Telefone	8	66,7	4	33,3		
Plano de Saúde						
Possui	65	49,2	67	50,8	0,005	1,39 (1,12 - 1,74)
Não Possui	130	35,2	239	64,8		
Recebe aposentadoria						
Sim	174	40,9	251	59,1	0,034	1,43 (1,00 - 2,04)
Não	24	28,6	60	71,4		
Valor da aposentadoria						
Até 1 salário mínimo	120	37,2	203	62,8	<0,001	0,63 (0,50 - 0,79)
Acima de 1 salário mínimo	48	58,5	34	41,5		
Quem retém a aposentadoria						
Idoso	56	51,4	53	48,6	0,036 0,038	1,31 (1,02 - 1,67) 1,40 (1,01 - 1,94)
Família	85	39,2	132	60,8		
ILPI	33	36,7	57	63,3		

ILPI - Instituição de longa permanência para idosos

*Teste exato de Fisher

A respeito da QVSB, apenas 185 idosos eram orientados e apresentaram cognição para responder o questionário, assim, a média do GOHAI encontrada nessa amostra foi de 33,3 (\pm 3,4), e quando estratificados 34,1% desses idosos apresentaram uma QVSB baixa/moderada e 65,9% alta. Não foram encontradas associações entre GOHAI e as variáveis sociodemográficas. Entretanto, observou-se que a melhor QVSB estava associada com o não uso de prótese superior ($p=0,043$); ausência de raízes expostas ($0,004$), edentulismo ($p=0,005$) e ausência de cárie de raiz ($p=0,040$), como pode ser observado na tabela 6.

Tabela 6: Associação da qualidade de vida associada a saúde bucal (GOHAI) e as condições de uso e necessidade de prótese, cárie, funcionalidade dentária, doença periodontal de idosos institucionalizados. Fortaleza – CE, 2019.

	<i>Baixo / Moderado</i>		<i>Alto</i>		p	RP
	n	%	n	%		
Uso de prótese superior						
Não usa	24	34,8	45	65,2		
PPR/ Prótese Fixa	12	60,0	8	40,0	0,043	0,58 (0,35 - 0,93)
Prótese Total	27	28,1	69	71,9	0,361	1,23 (0,78 - 1,94)
Uso de Prótese Inferior						
Não usa	40	33,9	78	66,1		
PPR/ Prótese Fixa	12	48,0	13	52,0	0,183	0,70 (0,43 - 1,14)
Prótese Total	11	26,2	31	73,8	0,357	1,29 (0,73 - 2,28)
Necessidade de prótese superior						
Sem necessidade	8	25,8	23	74,2		
Reabilitação oral parcial	15	50,0	15	50,0	0,051	0,51 (0,25 - 1,03)
Reabilitação oral total	40	32,3	84	67,7	0,487	0,80 (0,41 - 1,53)
Necessidade de prótese inferior						
Sem necessidade	6	24,0	19	76,0		
Reabilitação oral parcial	25	46,3	29	53,7	0,059	0,59 (0,24 - 1,10)
Reabilitação oral total	32	30,2	74	69,8	0,540	0,79 (0,37 - 1,69)
Lesão oral						
Ausente	55	32,4	115	67,6		
Presente	8	53,3	7	46,7	0,100	0,60 (0,36 - 1,02)
Nº de dentes presente						
Até 19 dentes	61	35,5	111	64,5		
20 dentes ou mais	2	15,4	11	84,6	0,141*	2,23 (0,64 - 8,38)
Edentulismo						
Não edêntulo	38	44,7	47	55,3		
Edêntulo	25	25,0	75	75,5	0,005	1,78 (1,18 - 2,70)
Presença de 2º e 5º Sextante						
Ambos ausentes	57	34,1	110	65,9		
Pelo menos um presente	6	33,3	12	66,7	0,946	1,02 (0,51 - 2,03)
Presença de molares						
Nenhum	41	31,3	91	68,9		
Pelo menos um	22	41,5	31	58,5	0,175	0,74 (0,49 - 1,12)
Presença de Arco Dentário Curto						
Ausente	59	35,3	108	64,7		
Presente em pelo menos 1 arcada	4	22,2	14	77,8	0,265*	1,59 (0,65 - 3,86)
Cárie de raiz						
Ausente	41	30,0	98	70,0		
Presente	21	46,7	24	53,3	0,040	0,54 (0,43 - 0,96)
Raiz exposta						
Ausente	27	25,5	79	74,5		
Presente	36	45,6	43	54,4	0,004	0,55 (0,37 - 0,83)
Sextante com sangramento						
Ausente	38	29,7	90	70,3		
Presente	25	43,9	32	56,1	0,060	0,67 (0,45 - 1,00)
Sextante com cálculo						
Ausente	39	29,8	92	70,2	0,056	0,67 (0,45 - 0,99)

Presente	24	44,4	30	55,6		
Sextante com bolsa						
Ausente	45	31,3	90	68,8	0,131	0,71 (0,46 - 1,08)
Presente	18	43,9	23	56,1		

PPR - Prótese parcial removível

*Teste exato de Fisher

Ao cruzar o GOHAI com as variáveis de autocuidado em saúde bucal (Tabela 7), observou-se a associação de uma melhor QVSB apenas com a maior frequência de escovação dos dentes e gengivas ($p=0,041$).

Tabela 7: Relação da qualidade de vida associada a saúde bucal (GOHAI) com o autocuidado em saúde bucal e uso dos serviços de saúde bucal dos idosos institucionalizados. Fortaleza – CE, 2019.

	<i>Baixo / Moderado</i>		<i>Alto</i>		p	RP
	n	%	n	%		
Autonomia para escovação de dentes e gengivas						
Sim	56	33,5	111	66,5	0,718	0,87 (0,42 - 1,79)
Não	5	38,5	8	61,5		
Não escova	2	40,0	3	60,0		
Frequência de escovação de dentes e gengivas						
1 vez ao dia	22	45,8	26	54,2	0,041	1,51 (1,03 - 2,32)
2 vezes ao dia ou mais	29	29,5	93	70,5		
Uso de prótese dentária						
Nas duas arcadas	18	29,5	43	70,5	0,610	0,89 (0,50 - 1,49)
Em pelo menos uma das arcadas	18	34,0	35	66,0		
Autonomia para higienização da prótese						
Sim	33	30,3	76	69,7	0,324*	0,50 (0,23 - 1,09)
Não	3	60,0	2	40,0		
Frequência de higienização da prótese						
1 vez ao dia	11	45,8	13	54,2	0,091	1,65 (0,95 - 2,85)
2 vezes ao dia ou mais	25	27,8	65	72,2		
Retirada da prótese para dormir						
Sempre / às vezes	23	37,1	39	62,2	0,166	1,48 (0,83 - 2,62)
Nunca	13	25,0	39	75,0		
Última visita ao dentista						
Há mais de 1 ano	15	32,6	31	67,4	0,615	0,88 (0,53 - 1,44)
Há menos de 1 ano	34	37,0	50	63,0		
Motivo da visita ao dentista						
Prevenção	7	22,6	24	77,4	0,102	0,57 (0,28 - 1,17)
Necessidade de Tratamento	29	39,2	45	60,8		
Dor	6	37,5	10	62,5		
Onde foi a última visita ao dentista						
Particular	22	36,7	38	63,3		

Público	24	38,2	34	61,8	0,867	0,98 (0,59 - 1,54)
ILPI	7	33,3	14	66,7	0,784	1,10 (0,58 - 2,19)

ILPI - Instituição de longa permanência para idosos *Teste exato de Fisher

DISCUSSÃO:

O presente estudo investigou a população institucionalizada de Fortaleza, considerando condições de saúde bucal e geral, e QVSB. Observou-se um cenário onde a grande maioria dos idosos avaliados apresentaram uso de polifarmácia, limitações de cognição, mobilidade e capacidade funcional. Quanto a saúde bucal, foi observado um quadro clínico, de edentulismo, baixo uso de próteses dentárias, grande necessidade de reabilitação. Dessa forma, foi identificado um estado de saúde bucal mais grave do que em indivíduos não institucionalizados no Brasil, na Região Nordeste e Fortaleza, quando comparados com os dados do SBBrasil 2010⁶.

A média de CPO-D encontrada foi de 29,4 (\pm 4,7), sendo superior aos valores mencionados em outros estudos com populações institucionalizadas realizados em países desenvolvidos variando entre 15,2 e 26,3^{5, 9, 23, 24}, entretanto foi semelhante a estudos similares desenvolvidos no Brasil que variaram entre 27,9 e 30,6^{2, 13, 25, 26}, isso evidencia um pior estado de saúde bucal entre os idosos institucionalizados de países em desenvolvimento como o Brasil. Além disso, esse achado somado a maior expressão do componente perdido (27,7) no CPO-D e uma menor média de dentes hígidos (2,2) e molares presentes (0,7) podem ser encarados como reflexos da antiga realidade em que a saúde bucal não era uma prioridade no âmbito na saúde pública no nosso país²⁷, e dos modelos de atenção à saúde bucal curativistas e mutiladores que pouco desenvolviam ações preventivas e educativas no passado.

O grande número de desdentados na população estudada acabou por refletir também na avaliação da doença periodontal, onde foi verificado uma média de 5,1 sextantes excluídos, mas, apesar disso, a maior parte dos sextantes remanescentes encontravam-se afetados pela doença periodontal em seus diversos graus de progressão. Ainda assim, a literatura é insuficiente quanto à extensão e prevalência da periodontite entre idosos²⁸, seja pela dificuldade de se realizar comparações devido aos diversos índices usados para aferir a doença ou pelas limitações causadas pelo edentulismo nessa população.

O edentulismo foi detectado em 61,3% dos idosos, valor semelhante ao encontrado em outras regiões do Brasil que variam ente 43,1 - 69,2%^{1, 7, 27, 29}. O alto percentual de edentulismo

encontrado pode ter sido influenciado, principalmente, pela grande porcentagem de idosos longevos avaliados e sua associação com o aumento da idade, já que a perda dentária tende a progredir com o avançar dela^{13, 30}. Além disso, verifica-se que o edentulismo é ainda um dos grandes problemas de saúde pública enfrentados pela população estudada e por outras populações semelhantes no país^{1, 7, 27, 29}.

Já outros indicadores de funcionalidade dentária também se apresentaram com piores condições, afetados essencialmente pelo alto percentual de edentulismo. O número de idosos com a presença de pelo menos vinte dentes funcionais (5,5%), com a presença do 2ª ou 5ª sextante completo (7,4%) e de ADC em pelo menos uma arcada (6,6%) foi muito baixo. Metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estimavam que até o ano 2000 pelo menos 50% dos indivíduos com idade entre 65 e 79 anos deveriam possuir vinte ou mais dentes funcionais na cavidade bucal³¹. Entretanto, os achados estão longe de atingirem essa meta e mostram-se piores do que outras pesquisas desenvolvidas no Brasil que variaram entre 6-10% (1,2,25,29) e da estimativa nacional (11,5%) para idosos⁶.

Os índices relacionados com reabilitação oral também se encontraram inadequados, considerando que a maioria não usava próteses superiores nem inferiores, e boa parte dos idosos necessitavam de reabilitação oral por meio de próteses totais superiores e inferiores. Os dados são semelhantes aos valores nacionais onde a prevalência do uso e de necessidade de prótese atingiu o percentual de 78,2% e de 68,7%, respectivamente. Segundo os achados para a região Nordeste, a prevalência de uso de prótese foi de 71,3%, correspondendo à menor das cinco macrorregiões brasileiras. Enquanto à necessidade de prótese, a mesma região registrou a maior prevalência (82,9%)⁶.

Dessa forma, a ausência de dentes funcionais presente na cavidade bucal, bem como, uma alta necessidade de reabilitação oral possuem impactos negativos nas funções mastigatórias e fonética dos idosos, alterando sua capacidade de alimentar-se e sociabilizar-se, o que implica diretamente no estado nutricional e bem-estar desses indivíduos²⁹. Além disso, de acordo com o referencial teórico de bucalidade, as funções sociais da boca e a sua subjetividade como o erotismo, autoestima e as relações sociais, por exemplo, possuem influência direta sobre a qualidade de vida do ser humano³². Assim, torna-se necessário que haja a manutenção da saúde bucal desses idosos, respeitando o papel que a boca e os dentes representam, não só como parte do corpo humano, mas também do simbolismo de sua inserção sociocultural.

Mesmo diante de um modelo de atenção à saúde bucal hegemônico que promove a cultura do protesismo³³, os achados do presente estudo acabam por refletir a presença de algum tipo de espaço desdentado que não foi reabilitado ou que se encontra reabilitado de maneira insatisfatória em boa parte da população estudada. Apesar da expansão de serviços especializados no serviço público de saúde no Brasil, o que inclui os de reabilitação oral, e consequente a redução da necessidade reabilitação oral para na população idosa brasileira⁶, essas ações reabilitadoras ofertadas pelo serviço público parecem não alcançar a população institucionalizada de forma adequada, fazendo com que eles ainda apresentem uma alta necessidade de reabilitação oral.

Acredita-se que muitos são os fatores que possam estar contribuindo para essa dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal na população estudada como: a ausência de profissionais de saúde bucal nessas instituições que realizem os corretos cuidados, diagnósticos e encaminhamentos; a pouca procura dessa população causada pela ausência de sintomatologia dolorosa; a baixa renda e/ou sua administração pela família/ILPI que podem não priorizar esse tipo de cuidado; a ausência de profissionais do serviço público fazendo busca ativa desses indivíduos e devidos os encaminhando para os diferentes níveis do serviço de acordo com a necessidade; e a dificuldade de locomoção e transporte dos idosos para os locais de atendimento. Ainda assim, esses resultados encontrados evidenciam a necessidade de novas ações e políticas públicas de saúde bucal que sejam capazes de transformar essa realidade de idosos institucionalizados.

Já quanto a presença de lesões orais, alguns autores afirmam que a queilite angular e estomatite associada ao uso de próteses dentária e maus hábitos de higiene oral são as lesões bucais mais prevalentes em idosos institucionalizados³⁴⁻³⁶. Entretanto, verificou-se uma baixa prevalência de lesões bucais (9%) nos achados da pesquisa, o que foi semelhante a um estudo realizado no Brasil que obteve prevalência de 13,4%⁷ e outro de Israel com 14,0%¹¹. Uma possível explicação para isso seria a menor porcentagem de idosos que usam próteses na amostra, o que pode estar relacionado a menos casos de estomatite, ainda assim, esses achados precisam ser melhor investigados em futuros estudos. Além disso, ainda são escassos os dados na literatura passíveis de comparação, já que são poucos os estudos que aferem essa condição e apresentam dados sobre a prevalência dessas alterações.

Os resultados também mostraram que os idosos institucionalizados edêntulos apresentaram associação com piores condições socioeconômicas como os menores níveis de escolaridade, ausência do plano de saúde e menores faixas de renda. Pertencer a classes sociais

menos favorecidas, com menor escolaridade, renda e falta de plano de saúde são determinantes na decisão de exodontia³⁷, o que explicaria a associação encontrada na amostra. Outro ponto que pode estar relacionado a esses achados é o fato da exodontia ser um procedimento considerado mais barato do que outros tratamentos mais conservadores na Odontologia, o que faz com que indivíduos com piores condições socioeconômicas passem a procurar mais esse tipo de assistência. Além disso, há também a dificuldade de acesso que esses idosos possuem aos serviços públicos de saúde bucal, onde eles poderiam estar realizando procedimentos mais conservadores. Entretanto, como discutido anteriormente, diversos fatores parecem estar influenciando na maior dificuldade que essa população tem enfrentado para o acesso a esse tipo de serviço.

Associações com maiores taxas de edentulismo também foram encontradas com o maior tempo de albergamento, a institucionalização por abandono/maus-tratos, e quando a renda do idoso era administrada pela família ou pela ILPI. A carência de dentes muitas vezes pode passar a ser interpretada como uma situação mais desejável pela ausência de intercorrências que os problemas dentários podem causar³⁸, isso possivelmente explicaria essa situação, onde estar sem dentes facilitaria o cuidado desses idosos na ILPI, principalmente aqueles mais dependentes. Além disso, provavelmente por não administrarem suas escolhas e sua renda, esses indivíduos podem também não estar determinando como são feitos os seus gastos com saúde.

As condições de saúde bucal encontradas no presente estudo não condizem com a boa QVSB relatada pelos idosos. Esses achados corroboram com a maior parte da literatura^{13, 25, 38-41} onde parece ser comum que haja uma predominância de alta QVSB mesmo em condições bucais precárias, apesar de alguns outros autores terem encontrado o contrário^{3, 5, 8, 39, 42}. Isso pode ser explicado por fatores socioculturais, aspectos individuais, e tipo de serviço e tratamento odontológico que esses indivíduos tem e tiveram acesso ao longo da sua vida⁴¹, na forma como eles percebem sua saúde bucal e o impacto dela na sua qualidade de vida. Assim, outros eventos da vida, valores sociais e culturalmente derivados podem afetar essa percepção⁵. Dessa forma, a sua experiência ou curso de vida interfere na percepção do idoso sobre a sua saúde bucal.

A qualidade de vida é um termo generalista e abrangente que remete ao bem-estar físico, psicológico e social de um indivíduo⁴⁰. Já a autopercepção do estado de saúde é a interpretação que o indivíduo também sobre sua saúde e os impactos nas experiências da vida diária³⁸. Assim, a qualidade de vida passa a ser tida, também, como a percepção do indivíduo sobre sua posição

na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive⁸. Além disso, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVSB) deve ser considerada parte da qualidade de vida geral relacionada à saúde e dependente da percepção, experiências e expectativas do indivíduo⁴⁰. A identificação de como os indivíduos percebem sua saúde bucal é um requisito importante para aumentar a adesão aos comportamentos saudáveis²⁵.

Assim, considerando determinados contextos, idosos institucionalizados que vivem sob condições bucais precárias, como reflexo de um modelo de atenção à saúde bucal com acesso desigual e assistência muitas vezes mutiladora, por exemplo, podem acabar passando por um processo de resignação dos seus problemas de saúde bucal^{5, 13}. Dessa forma, os idosos acabam desenvolvendo estratégias comportamentais compensatórias para se acostumarem com determinadas situações devido a suas más condições de saúde bucal⁴². Por isso, essa percepção do que é problemático passa a ser dificultada quando eles estão inseridos em determinados contextos. Ainda assim, uma QVSB negativa pode estar associada a piores condições de saúde bucal quando esses fatores são avaliados em contextos onde o estereótipo do idoso desdentado é desvalorizado e há uma maior ênfase na saúde bucal como parte do envelhecimento saudável⁴². Enquanto uma boa autopercepção da QVSB também pode estar diretamente associada ao cuidado e conforto que os residentes institucionalizados recebem³⁹.

Além disso, ausência de associações entre a QVSB com as condições sociodemográficas pode ser explicada pelo que a literatura chama de “secundarização dos problemas bucais”^{25, 38} onde o idoso minimiza os seus problemas de saúde bucal frente aos outros problemas de sua vida que passam a ser considerados mais importantes e mais merecedores de preocupação, independente da condição socioeconômica. Assim, a autopercepção da saúde bucal pode se apresentar positiva mesmo em condições clínicas e sociodemográficas desfavoráveis²⁵ como encontrado nesse estudo.

Em relação as condições de saúde bucal avaliadas, houve associação com uma melhor QVSB apenas com idosos que não usavam nenhum tipo de prótese superior comparados com quem usa PPR/Protese fixa, edêntulos, e que tinham ausência de cárie de raiz ou raízes expostas. O uso de prótese quando mal adaptadas podem estar relacionadas ao maior incomodo na sua saúde bucal e conseqüentemente menor sua QVSB, além disso, o cuidado diário dispendido no uso dessas próteses também poderia estar associado com a menor qualidade de vida quando comparado com os que não usam. A ausência de cárie de raiz e raiz exposta é algo específico dessa pesquisa, isso mostra que por não possuírem dentes e, conseqüentemente, os possíveis problemas relacionados a eles, esses os idosos apresentaram uma boa QVSB. Isso pode ser

explicado pelo fato do idoso referir-se mal a sua qualidade de vida apenas quando experimenta manifestações bucais dolorosas ou limitantes²⁵ em vez dos processos crônicos e irreversíveis como a perda dentária³⁸.

Outro fator que deve ser considerado é o fato do processo de adoecimento e perda dentária poder ser considerado natural e parte do envelhecimento por esses indivíduos^{8,25}, dessa forma o idoso pode passar a considerar a sua má condição de saúde bucal como parte do processo natural da vida humana. Esse processo de naturalização da perda dentária passa a contribuir ainda mais com a imagem estigmatizada do idoso desdentado, fazendo com que a ausência de dentes fortifique a sua imagem de exclusão social, e de perdas afetiva e socioculturais. Ainda assim, o idoso pode não perceber o impacto negativo causado sobre a sua qualidade de vida, por acreditar que isso faz parte do envelhecimento. Além do mais, essa naturalização pode, muitas vezes, acabar velando o impacto causado pela falta de políticas públicas no campo da saúde bucal para a população adulta, que deveriam ser destinadas para manutenção e/ou reabilitação dos dentes até idades mais avançadas⁴³.

Considerando que índices subjetivos têm como finalidade avaliar experiências humanas relacionadas à saúde, é preciso também considerar a capacidade dos índices objetivos de medirem doenças que podem ser assintomáticas, desconhecidas ou não valorizadas pelas pessoas⁵. Os achados da presente pesquisa refletem o fato de as condições de saúde bucal serem fracamente associadas à QVSB quando comparadas com resultados de indicadores objetivos que foram usados para medir a doença utilizando os dentes como referência em populações muito desdentadas³⁸. Ainda assim, corroboramos com a ideia de que um levantamento epidemiológico deve ser complementado por dados de qualidade de vida, e que isso é necessário para uma boa avaliação da população idosa institucionalizada³⁸, afim de que seja possível identificar os principais fatores determinantes para o estado em que esses indivíduos se encontram e suas nuances. Além disso, estudos qualitativos também são importantes para compreender melhor a qualidade de vida associada a saúde bucal de idosos.

Já a respeito do autocuidado em saúde bucal, os achados mostraram que a maior parte dos idosos possui autonomia para realizá-lo, o que se torna importante já que a cárie dentária, doença periodontal e outras doenças relacionadas a presença e acúmulo de placa bacteriana podem ser prevenidas pela eliminação e controle da placa com a execução de uma boa higienização². Entretanto, foi constatado que uma parcela da amostra (12,5%) não realiza nenhum tipo de higienização de dentes e gengivas. O grande número de edêntulos da amostra

talvez tenha influenciado esses achados, já que a ausência de dentes pode ter feito com que esses idosos tenham encarado a higienização oral como algo desnecessário.

Outra parcela considerável dessa população também se mostrou sem autonomia para a realização da higienização dos dentes e gengivas (37,1%) e das próteses dentárias (27,5%). Uma das explicações para esse achado são as grandes taxas de idosos com problemas de mobilidade, cognitivos e dependência funcional encontrados na população avaliada. Diversos estudos afirmam uma associação positiva e significativa entre a higiene oral e condições de saúde bucal com essas limitações^{2, 4, 10, 42, 44}.

O papel do cuidador também merece destaque quando se trata dos cuidados de saúde bucal dos idosos institucionalizados. A negligência com a higiene bucal também pode ser apontada pela falta de cuidados adequados com o idoso institucionalizado¹⁰ como resultado da falta de conhecimento suficiente, organização e planejamento para o trabalho⁴⁴ e tempo para executá-lo^{1, 44}. É possível que idosos com maiores limitações, as diversas funções acumuladas pelos cuidadores e pelo quadro reduzido de funcionários nas ILPI estejam relacionados com a negligência na higiene bucal. Já em outros, não existiam nenhum cuidado em saúde bucal específico realizado pelos cuidadores. Portanto, é possível que isso possa ter influenciado na forma como esse cuidado foi executado, tanto na autonomia quanto na frequência de escovação.

Por isso, corrobora-se com alguns autores que apontam que a melhoria dos cuidados de saúde bucal prestados pelos cuidadores das ILPI depende do desenvolvimento de estratégias de educação e organização para capacitá-los^{2, 42, 44}, assim como melhores condições de trabalho e mais tempo para executar as tarefas de cuidados bucais⁴⁴. Além disso, introduzir uma continuidade de cuidado e vigilância dessas condições pode facilitar, quando necessário, a intervenção do cirurgião-dentista na prevenção dos principais agravos que podem acometer esses idosos⁴², assim como contribuir no controle da influência que os agravos de saúde bucal podem causar na saúde geral deles^{2, 12}.

A respeito da frequência de escovação, observou-se que a maioria dos idosos avaliados escovam seus dentes e gengivas (67,6%) e próteses (83,8%) pelo menos 2 ou mais vezes ao dia. Mas apesar desses percentuais, é preciso ter cautela quanto à adequada realização da higiene oral e os impactos na saúde bucal desses indivíduos. Um estudo realizado na Polônia encontrou em sua amostra 26% de idosos que realizavam a higienização de forma independente pelo menos duas vezes por dia, entretanto, os mesmos apresentaram um nível insuficiente de higiene bucal, que também foi encontrado em quase metade (45,8%) dos idosos que recebiam ajuda

para executar essa ação⁴⁴. Dessa forma, ainda é preciso compreender melhor como se dá o impacto da higiene oral na saúde bucal desses idosos. Ainda assim, a maior frequência de escovação foi o único fator de autocuidado que se associou com uma melhor autopercepção da QVSB nos idosos avaliada. Acredita-se que, por estarem cuidando mais de sua saúde bucal, esses idosos tiveram uma melhor autopercepção dela.

Já quanto ao uso dos serviços odontológicos, observou-se que pouco mais da metade dos idosos compareceram ao dentista há menos de 1 ano, a maioria deles tendo como principal motivo a prevenção, e sendo essa visita ao dentista realizada na ILPI. Acredita-se que esses achados se devem ao fato de uma das maiores instituições avaliadas ser pública e disponibilizar cirurgião-dentista na sua equipe que realiza atendimento odontológico. Além disso, boa parte das ILPI avaliadas recebem grupos de extensão de cursos de graduação em Odontologia que realizam ações de prevenção em saúde bucal com os residentes.

Ainda assim, mesmo quando há programas específicos para idosos institucionalizados, alguns pontos são apontados por alguns autores como barreiras para o uso de serviços odontológicos como: a falha em perceber a necessidade de atendimento odontológico^{5, 24}; baixos níveis de escolaridade e renda^{13, 24}; escassa disponibilidade de serviços públicos de saúde bucal¹³; e dificuldades organizacionais como transporte dos idosos ao local de atendimento⁴⁴. Além disso, outros autores sugerem uma associação entre a sensibilidade à dor e autopercepção negativa da saúde bucal onde os indivíduos procuram mais o serviço odontológico por conta de experiência dolorosa ou desconfortável³⁸; além de mostrarem que aqueles que não comparecem ao cirurgião-dentista exibem uma necessidade de reabilitação, histórico de doenças e falta de dentes duas vezes maior¹³.

Uma das limitações do presente estudo se dá ao desenho transversal que não permite uma identificação direta de fatores causais ou como progrediram as condições bucais encontradas. Dessa forma, não há como determinar se as altas taxas de edentulismo ou as péssimas condições de saúde bucal observadas neste estudo são decorrentes de fatores anteriores ou se foram desenvolvidas e/ou agravadas após a institucionalização dos idosos avaliados. Ainda assim, os achados servem de ponto de partida para um melhor entendimento dessas condições e como elas afetam a qualidade de vida desses idosos.

Outra limitação deste estudo é o pequeno número de pessoas que responderam ao GOHAI devido ao grande número de idosos com cognição afetada na amostra. Além disso, por se tratar de um estudo transversal, também não é possível acompanhar as alterações da

autopercepção com o avançar da idade e outros fatores relacionados pela impossibilidade de se estabelecer causas e feitos. Além do mais, assim como em outros estudos que dependem da recordação dos pacientes, este estudo também está sujeito ao viés de memória dos entrevistados. Contudo, alguns achados evidenciam que certos aspectos subjetivos possuem relação com o estado de saúde bucal percebidos nas condições clínicas avaliadas. Portanto, uma avaliação completa e multiprofissional das principais queixas desses pacientes idosos deve ser preconizada, levando em conta suas situações de cognição, dependência e comorbidades, assim como seus fatores subjetivos para o planejamento e tratamento adequados para essa população.

Os resultados apresentados nesse trabalho retratam um processo irreversível e cumulativo, o qual é enfrentado pelos idosos institucionalizados avaliados. Assim, os resultados evidenciam a necessidade de desenvolvimento e fortalecimento de políticas públicas que gerem uma reformulação da atenção odontológica prestada aos idosos institucionalizados.

CONCLUSÃO:

Um alto grau de edentulismo associado a piores características sociodemográficas foi verificado no presente estudo, evidenciando a fragilidade social e as péssimas condições de saúde bucal dos idosos avaliados. Além disso, a boa QVSB observada apresentou relação inversa com a saúde bucal apresentada. Por fim, os achados revelam a necessidade de desenvolvimento de uma melhor atenção à saúde bucal para a população institucionalizada avaliada afim de criar estratégias para melhorar a sua condição de saúde bucal e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS:

1. Sá IPC, Almeida Júnior LR de, Corvino MPF, Sá SPC. Condições de saúde bucal de idosos da instituição de longa permanência Lar Samaritano no município de São Gonçalo-RJ. *Cien Saude Colet*. 2012;17(5):1259–65.
2. Lopes MC, Oliveira VMB de, Flório FM. Condição bucal, hábitos e necessidade de tratamento em idosos institucionalizados de Araras (SP, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2010;15(6):2949–54.
3. Souza EHA de, Barbosa MBCB, Oliveira PAP de, Espíndola J, Gonçalves KJ. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2010;15(6):2955–64.
4. de Medeiros AKB, Barbosa FP, Piuvezam G, Carreiro A da FP, Lima KC. Prevalence and factors associated with alterations of the temporomandibular joint in institutionalized elderly. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(1):159–68.
5. Cornejo M, Pérez G, de Lima KC, Casals-Pedro E, Borrell C. Oral health-related quality of life in institutionalized elderly in (Spain) Barcelona. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(2):285–92.
6. Brasil. SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
7. Reis SCGB. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia- GO, 2003. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(1):67–73.
8. Costa EH da M, Saintrain MVL de, Vieira APGF. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Cienc e Saude Coletiva*. 2010;15(6):2925–30.
9. Kohli R, Sehgal HS, Nelson S, Schwarz E. Oral health needs, dental care utilization, and quality of life perceptions among Oregonian seniors. *Spec Care Dent*. 2017;37(2):85–92.
10. Silva BLA, Bonini JA, Bringel FDA. Oral health status of institutionalized elderly in Araguaína / TO. *Braz J Periodontol*. 2015;25(01):7–13.
11. Bilder L, Yavnai N, Zini A. Oral health status among long-term hospitalized adults: A

- cross sectional study. *PeerJ*. 2014;20(1):1–12.
12. Hong CHL, Aung MM, Kanagasabai K, Lim CA, Liang S, Tan KS. The association between oral health status and respiratory pathogen colonization with pneumonia risk in institutionalized adults. *Int J Dent Hyg*. 2018;16(2):96–102.
 13. Piuvezam G, De Lima KC. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalised population. *Gerodontology*. 2013;30(2):141–9.
 14. Silva SRC, Valsecki Júnior A. Evaluation of oral health conditions among the elderly in a Brazilian city. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;8(4):268–71.
 15. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Geriatr Soc*. 1975;23(10):433–41.
 16. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61–5.
 17. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MA de C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):218–23.
 18. Atchinson KA, Dolab TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990;54(11):680–7.
 19. Silva SRC da. Auto percepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Universidade de São Paulo, 1999.
 20. Souza RF de, Terada ASSD, Vecchia MP Della, Regis RR, Zanini AP, Compagnoni MA. Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects. *Gerodontology*. 2012;29(2):88–95.
 21. Brasil. Projeto SB 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2010. Manual do Coordenador Municipal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
 22. Brasil. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2012.

23. Zhang Q, Jing Q, Gerritsen AE, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Dental status of an institutionalized elderly population of 60 years and over in Qingdao, China. *Clin Oral Investig*. 2016;20(5):1021–8.
24. Miremadi SR, Cosyn J, Janssens B, De Bruyn H, Vanobbergen J, De Visschere L. A pilot assessment tool of the need for oral health care and cost prediction in institutionalized elderly people. *Int J Dent Hyg*. 2017;15(4):306–12.
25. Melo LA de, Sousa M de M, Medeiros AKB de, Carreiro A da FP, Lima KC de. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados. *Cien Saude Colet*. 2016;21(11):3339–46.
26. Alcântara CM, Dias CA, Rodrigues SM, dos Reis FA. Estudo comparativo da condição de saúde bucal de idosos não institucionalizados de Governador Valadares-MG, com a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para 2010. *Physis*. 2011;21(3):1023–44.
27. Gaião LR, Almeida MEL de, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(3):316–23.
28. Thomson WM. Epidemiology of oral health conditions in older people. *Gerodontology*. 2014;31:9–16.
29. Carneiro RM do V, Silva DD da, Sousa M da LR de, Wada RS. Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1709–16.
30. Corchero AMI, Cepeda JRG. Oral Health in people over 64 years of age, institutionalized in Centres for the Aged in the Vigo Health District Spain, 2005. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(8):523–8.
31. World Health Organization. Recent advances in oral health. Vol. Geneva, WHO Technical Report Series. 1992.
32. Botazzo C. Sobre a bucalidade: Notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Cienc e Saude Coletiva*. 2006;11(1):7–17.
33. Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLGC da. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol da UNESP*. 2015;44(2):74–9.

34. Simunkovic SK, Boras VV, Panduric J, Zilic AI. Oral health among institutionalised elderly in Zagreb, Croatia. *Gerodontology*. 2005;22(4):238–41.
35. Rabiei M, Kasemnezhad E, Masoudi Rad H, Shakiba M, Pourkay H. Prevalence of oral and dental disorders in institutionalised elderly people in Rasht, Iran. *Gerodontology*. 2010;27(3):174–7.
36. Peltola P, Vehkalahti MM, Wuolijoki-Saaristo K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly. *Gerodontology*. 2004;21(2):93–9.
37. Thorstensson H, Johansson B. Why do some people lose teeth across their lifespan whereas others retain a functional dentition into very old age? *Gerodontology*. 2010;27(1):19–25.
38. Piuvezam G, de Lima KC. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(1):5–11.
39. Costa MJF, de Almeida Lins CA, de Macedo LPV, de Sousa VPS, Duque JA, de Souza MC. Clinical and self-perceived oral health assessment of elderly residents in urban, rural, and institutionalized communities. *Clinics*. 2019;74:1–5.
40. Zenthöfer A, Rammelsberg P, Cabrera T, Schröder J, Hassel AJ. Determinants of oral health-related quality of life of the institutionalized elderly. *Psychogeriatrics*. 2014;14(4):247–54.
41. McMillan AS, Wong MCM, Lo ECM, Allen PF. The impact of oral disease among the institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. *J Oral Rehabil*. 2003;30(1):46–54.
42. Chiesi F, Grazzini M, Innocenti M, Giammarco B, Simoncini E, Garamella G, et al. Older People Living in Nursing Homes: An Oral Health Screening Survey in Florence, Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(18):3492.
43. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Cienc e Saude Coletiva*. 2007;12(4):1051–6.
44. Gaszynska E, Szatko F, Godala M, Gaszynski T. Oral health status, Dental treatment needs, And barriers to dental care of elderly care home residents in Lodz, Poland. *Clin Interv Aging*. 2014;9:1637–44.

4.2 CAPÍTULO 2

CAPACIDADE FUNCIONAL E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE FORTALEZA, CEARÁ.

Raul Anderson Domingues Alves da Silva¹; Eugenira Ferreira da Silva²; Jorge Luiz Moreira Freire Júnior²; Walda Viana Brigido de Moura³; Rômulo Rocha Regis⁴; Ana Karine Macedo Teixeira⁴

¹ Mestrando em Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil

² Graduandos em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil

³ Professora do Curso de Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil

⁴ Professor (a) do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil

***Autor de correspondência:** Raul Anderson Domingues Alves da Silva

Endereço do Autor Correspondente

Programa de Pós-Graduação em Odontologia da FFOE-UFC
Rua Monsenhor Furtado, 1273, Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE Brasil
CEP 60430-355

Fone-Fax- 55-85-33668232

Endereço Eletrônico

E-mail: raulanderson_alves@hotmail.com

Tel: (88) 999465378

RESUMO

A população institucionalizada compõe grande parte das pessoas com algum grau de dependência funcional. A pesquisa teve como objetivo avaliar a capacidade funcional e seus fatores associados em idosos institucionalizados de Fortaleza, Ceará. Tratou-se de um estudo transversal realizado com 512 idosos institucionalizados. Foram avaliados o perfil sociodemográfico; condições de saúde geral; autocuidado em saúde bucal, uso de serviços odontológicos e condições de saúde bucal. A capacidade funcional foi avaliada por meio do Índice de Barthel. Realizou-se um levantamento epidemiológico em saúde bucal, consultas a prontuários médicos e preenchimento de questionários estruturados. Os dados foram analisados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), através dos Teste qui-quadrado de *Pearson*, Teste exato de *Fisher* e Teste T para amostras independentes, utilizando um nível de significância de 5%. Foi encontrada uma alta prevalência de idosos dependentes (47,1%). Uma menor capacidade funcional associou-se com características sociodemográficas como sexo feminino ($p=0,007$), idade de 80 anos ou mais ($p<0,001$) e maior renda ($p=0,003$). Quanto a saúde geral, houve associação da capacidade funcional com piores condições de cognição ($p<0,001$) e mobilidade ($p<0,001$). A capacidade funcional associou-se também com a falta de autonomia para escovar dentes, gengivas e próteses ($p<0,001$) e a não retirada da prótese para dormir. Os idosos mais dependentes apresentaram piores condições de saúde bucal do que os independentes. Além disso, uma menor capacidade funcional associou-se com a falta de uso de prótese superior ($p<0,001$), necessidade de prótese inferior ($p=0,021$), e edentulismo ($p=0,042$). Concluiu-se que diante das condições encontradas, os idosos avaliados apresentam baixa capacidade funcional que está relacionada a diversos aspectos de sua vida que precisam ser considerados afim de melhorar sua qualidade de vida.

Palavras-chaves: Idoso, Instituições de longa permanência para idosos, Idoso frágil; Funcionalidade; Qualidade de vida.

ABSTRACT

The institutionalized population usually has poor health conditions that tend to worsen over time, such as decreased functional capacity. The research aimed to evaluate the functional capacity and its associated factors in institutionalized elderly of Fortaleza, Ceará. This was a cross-sectional study conducted with 512 institutionalized elderly. The sociodemographic profile was evaluated; general health conditions; self-care, use of services and oral health conditions. Through clinical examinations, consultations with medical records and completion of structured questionnaires. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), using Pearson's chi-square test, Fisher's exact test and T-test for independent samples, using a significance level of 5%. It was found a high prevalence of dependent elderly (47.1%). Lower functional capacity associated with sociodemographic characteristics such as female gender ($p=0.007$), 80 years or older ($p<0.001$) and higher income ($p=0.003$). Regarding general health, there was an association of functional capacity with cognition ($p<0.001$) and mobility ($p<0.001$). The functional capacity was also associated with lack of autonomy to brush teeth, gums and prostheses ($p<0.001$) and not removing the prosthesis to sleep. The most dependent elderly had worse oral health conditions than the independent ones. In addition, lower functional capacity was associated with lack of upper prosthesis ($p<0.001$), need for lower prosthesis ($p=0.021$), and edentulism ($p=0.042$). It was concluded that in view of the conditions found, the elderly evaluated have low functional capacity that is related to various aspects of their life that need to be better worked in order to improve their quality of life.

Key words: Aged; Nursing home; Frail elderly; Functionality; Life quality.

INTRODUÇÃO:

A redução das taxas de fecundidade e mortalidade, juntamente aos avanços científicos e tecnológicos, permitiram o aumento da expectativa de vida¹. Isso fez com que a população idosa aumentasse rapidamente em todo o mundo². Globalmente, a população com 60 anos ou mais é a que mais cresce, e espera-se que dobre até 2050 e triplique até 2100³. O impacto desse envelhecimento da população tem sido maior em países em desenvolvimento, onde nos últimos anos esse processo ocorreu mais rapidamente do que em países desenvolvido⁴.

O envelhecimento em si é um processo comum da fisiologia humana, mas, em geral, está associado a um maior risco de comorbidades, fragilidade e dependência de cuidados³. Assim, devido ao rápido crescimento dessa população e o conseqüente envelhecimento populacional, a sociedade tem precisado enfrentar uma maior necessidade de cuidado e atenção para o idoso. Entretanto, tem-se observado um despreparo da sociedade e dos familiares para encararem os desafios dessa nova realidade. A dificuldade de cuidado e atenção a ser exercida para essa parcela da população, tem contribuído com o crescimento da demanda por Instituições de longa permanência para idosos (ILPI)⁵.

Os idosos que residem em ILPI parecem ter um perfil comum marcado por fragilidade⁶, presença de multimorbidades e polifarmácia⁷, dificuldades de mobilidade⁸, comprometimento da capacidade cognitiva⁹ e da capacidade funcional⁵. Além disso, sabe-se que quando comparados com idosos da comunidade, os idosos institucionalizados apresentam maior prejuízo de saúde⁶. Isso faz com que um dos grandes desafios do cuidado para com esses indivíduos seja proporcionar um envelhecer ativo e com qualidade de vida. Por isso, ressalta-se a importância de intervenções que visem uma melhoria do estado de saúde do idoso institucionalizado, estimulando uma melhor manutenção da sua capacidade funcional, bem como de sua qualidade de vida, abrangendo seus aspectos sociais, físicos e emocionais⁷.

A diminuição da capacidade funcional do idoso institucionalizado é traduzida na dificuldade de executar suas atividades de vida diária (AVD) e em uma maior dificuldade de exercer o seu cuidado, estando diretamente ligada ao processo de institucionalização⁴. Com o envelhecimento, as mudanças na capacidade de executar as AVD passam a ser um importante indicador do avanço da incapacidade em idosos¹⁰. Alguns fatores relacionados à saúde, como número de doenças crônicas, status cognitivo e sintomas depressivos, são considerados fatores de risco significativos para a deterioração das AVD, assim como algumas características demográficas como idade, sexo e renda². A dependência funcional do idoso institucionalizado

tem implicações diretas na sua autoestima e autopercepção, influenciando diretamente na qualidade de vida desses indivíduos^{2,4}.

A capacidade funcional também exerce um papel importante na saúde bucal de idosos institucionalizados. A dependência de cuidados e a falta de uma atenção à saúde bucal adequada, situações comuns na realidade dessa população, são fatores que contribuem para a deterioração da saúde bucal e altas necessidades de tratamento³. Ainda assim, a saúde bucal é negligenciada em parte porque os idosos dependentes de cuidados precisam que esse cuidado seja realizado em diversos níveis, fazendo com que a saúde bucal seja tomada com menor importância¹¹. Assim, níveis menores de capacidade funcional podem estar associados a piores condições de saúde bucal, afetando mais ainda o quadro de saúde do idoso institucionalizado.

A capacidade funcional desses idosos tende a deteriorar-se consideravelmente rápido¹ tornando importante entender como ocorre esse processo e quais os fatores associados a ele, sendo isso fundamental para enfrentar os seus agravos. Assim, o melhor conhecimento dos fatores que influenciam a perda da capacidade funcional em idosos institucionalizados permite que sejam programadas ações capazes de prevenir a perda de autonomia e que estimulem a recuperação de funções perdidas¹². Dessa forma, é possível garantir a manutenção da qualidade de vida e da autonomia nessa população.

No futuro, a proporção de idosos irá aumentar ainda mais, assim como a necessidade de cuidados e atenção a essa população. Por isso, novos programas preventivos deverão ser desenvolvidos para que a atual realidade seja melhor conhecida e modificada¹³. Desta forma, conhecer o perfil do idoso institucionalizado pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas e melhores práticas profissionais, tornando essencial o desenvolvimento de pesquisas que englobem o idoso em condição de institucionalização⁵. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi avaliar a capacidade funcional e seus fatores associados em idosos institucionalizados de Fortaleza, Ceará.

METODOLOGIA:

O presente estudo teve uma abordagem descritiva, quantitativa e transversal, sendo realizado nas 14 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município de Fortaleza, Ceará. O público-alvo foi a população de 579 idosos que viviam nessas instituições no período de realização da pesquisa, entre abril a junho de 2019.

Foram incluídos como participantes da pesquisa os residentes das ILPI elencadas, com idade de 60 anos ou mais e que se encontravam nas instituições no período da coleta. Foram excluídos idosos que se encontravam hospitalizados ou em processo de cuidados paliativos, assim como os que se encontravam em estado agressivo e desorientado não permitindo a realização da coleta.

A coleta dos dados ocorreu nas próprias instituições e foi realizada por 4 examinadores e 4 anotadores que passaram por um processo de capacitação e calibração realizado através da técnica de consenso. Após a calibração, os índices Kappa obtidos foram de 0,80 e 1,00 para interexaminadores, e 0,90 e 1,00 para intraexaminadores, o que é considerada uma concordância excelente.

Na coleta de dados, em caso de impossibilidade de comunicação, as entrevistas foram realizadas com os cuidadores e/ou por meio de consulta nos prontuários. O instrumento de coleta de dados foi dividido nas seguintes partes:

Aspectos sociodemográficos onde foram avaliados como parâmetros: sexo, raça, idade, tempo e motivo de albergamento, escolaridade, plano de saúde e aposentadoria (valor e administração).

A avaliação de Saúde Geral foi feita através de dados de saúde geral dos idosos como consumo de medicamentos de uso continuado, morbidades diagnosticadas, mobilidade, cognição e funcionalidade. Quanto à mobilidade, os idosos foram classificados como: acamado; cadeirante; caminha com ajuda e caminha sem ajuda. Já o estado cognitivo foi avaliado a partir do Teste de Pfeiffer¹⁴, composto por 10 questões e com pontuação variante entre 0 a 10, com base no número de erros. Assim, quanto maior a pontuação, mais preservada a cognição do idoso.

Já a avaliação da capacidade funcional dos idosos foi realizada através do Índice de Barthel (IB) o qual avalia o potencial funcional do indivíduo e verifica o grau de assistência exigido para execução de dez atividades de vida diária (AVD): higiene pessoal, alimentação, banho, uso do vaso sanitário, uso de escadas, vestuário, eliminações vesicais, eliminações intestinais, deambulação ou uso de cadeira de rodas, e passagem entre cadeira e cama¹⁵. As respostas são dadas de acordo com o grau de assistência para executar essas AVDs, recebendo um valor onde ao final são somadas para formar um escore que corresponde à soma de todos os pontos obtidos, podendo variar de 0 a 100. Optou-se pelo uso da classificação do IB modificado onde 0-25 indica dependência total; 26-50 dependência severa; 51-75 dependência

moderada; 76-99 dependência leve; 100 independência. Para efeitos de análise, as categorias foram agrupadas e a amostra foi reclassificada em duas categorias: independência/dependência leve e dependência total/severa/moderada.

Por fim, a avaliação de saúde bucal foi realizada através de um questionário composto por 8 questões referentes ao autocuidado em saúde bucal que avaliaram os seguintes fatores: autonomia e frequência de escovação dos dentes e gengiva; uso de prótese dentária; autonomia para higienização, frequência e método de higienização de próteses dentárias; frequência de retirada e local de armazenamento da prótese para dormir. Também foram realizadas perguntas a respeito do uso de serviços odontológicos (última vez de uso, tipo de serviço e motivo da procura). Já os exames bucais foram realizados com base nos critérios estabelecidos no modelo da Organização Mundial da Saúde¹⁶, onde foram aferidos a cárie dentária por meio do índice CPO-D, a doença periodontal a partir do Índice Periodontal Comunitário (CPI), o edentulismo também foi avaliado através do uso e necessidade de prótese dentária e, por fim, as alterações dos tecidos moles por meio da visualização de possíveis lesões da mucosa oral, com o registro da condição e localização das lesões. Já para aferir a funcionalidade dentária considerou-se a presença/ausência de edentulismo; número de dentes funcionais presentes; número de molares presentes; presença 2º e 5º sextantes; e presença de arco dentário curto (ADC) superior e inferior.

Os dados foram analisados através do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows, versão 22.0, onde foi feita uma análise inferencial e descritiva para a caracterização da amostra utilizando os teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher e Teste - T para amostras independentes, utilizando um nível de significância de 5%, avaliando a associação das variáveis independentes com as variáveis dependentes aferidas utilizando intervalo de confiança 95%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob protocolo nº 3.009.576. A mesma foi desenvolvida mediante a autorização das instituições e anuência para checagem dos prontuários. Já os idosos investigados ou seus responsáveis legais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa.

RESULTADOS:

No período da coleta, 50% das ILPI de Fortaleza eram de caráter privado, enquanto 26,8% eram filantrópicas religiosas e 14,3% eram filantrópicas não religiosas, e apenas uma

delas era pública. Já quanto ao público dessas instituições, 57,1% era misto, enquanto 42,9% era feminino. A média do tempo de atuação dessas 14 ILPI foi de 28,5 anos, onde a mais antiga possuía 114 anos de atuação e a mais nova possuía 3 anos. De um total de 579 idosos, foram avaliados 512 indivíduos, o que corresponde a 88,4% da população das 14 ILPI. Assim, 67 idosos foram contabilizados como perda após a aplicação dos critérios de inclusão, onde 40 idosos (59,7%) não participaram por recusa, 17 (25,4%) estavam hospitalizados ou em cuidados paliativos e 10 idosos (14,9%) não se encontravam na ILPI nos momentos de coleta.

A idade dos idosos variou entre 60 e 110 anos e teve como média 79,3 anos ($\pm 9,7$). Amostra foi composta principalmente por: mulheres (69,7%), negros (50,2%), indivíduos com ensino fundamental (44,8%). O tempo de institucionalização foi em média de 6,1 anos ($\pm 8,1$) e quase metade dos idosos foram internados por decisão familiar (43,9%). A maioria deles não mantém mais contato com a família (67,3%), mas 89,8% dos que ainda mantém algum tipo de contato, recebem visita da família na ILPI. Boa parte dos idosos da amostra não possuem plano de saúde (73,7%), a maioria recebe aposentadoria ou algum tipo de benefício (83,5%), e 79,8% desses recebem um valor de até 1 salário mínimo.

A média do Índice de Barthel foi de 62,3 ($\pm 37,7$) e entre 512 participantes idosos 24,4% apresentavam dependência total, 12,3% encontravam-se com dependência severa, 10,4% com dependência moderada, 30,6% com dependência leve e 22,3% foram classificadas como independentes. Após a categorização, 52,9% encontraram-se com independência/dependência leve, enquanto 47,1% estavam com dependência total/severa/moderada.

A tabela 1 traz a associação entre a capacidade funcional e as variáveis sociodemográficas. É possível observar que uma menor capacidade funcional foi associada com sexo feminino ($p=0,007$); com idade acima de 80 anos ($p<0,001$); institucionalizados por decisão da família ($p=0,015$) seguido de abandono/maus tratos ($p<0,001$); que mantinham contato com a família ($p=0,002$); que recebiam mais de 1 salário mínimo de aposentadoria/benefício ($p=0,003$); e que a administração da renda era feita pela família ($p<0,001$) ou pela ILPI ($p<0,001$).

Tabela 1: Capacidade funcional segundo as condições sociodemográficas dos idosos institucionalizados. Fortaleza – CE, 2019.

	<i>Independente</i>		<i>Dependente</i>		p	RP
	<i>/ Dependente Leve</i>		<i>Moderado / Severo / Total</i>			
	n	%	N	%		

Sexo						
Masculino	96	61,9	59	38,1	0,007	1,26 (1,07 - 1,48)
Feminino	175	49,0	182	51,0		
Raça						
Branca	139	54,5	116	45,5	0,476	0,94 (0,80 - 1,11)
Negra	132	51,4	125	48,6		
Escolaridade						
Analfabeto	68	48,9	71	51,1	0,124	0,85 (0,69 - 1,04)
Ens. Fundamental	127	57,2	95	42,8		
Ens. Médio/ Superior	73	54,5	61	45,5	0,358	0,89 (0,71 - 1,13)
Idade						
Até 79 anos	160	61,5	100	38,5	<0,001	1,39 (1,18 - 1,65)
80 anos ou mais	111	44,0	141	56,0		
Tempo de institucionalização						
Até 36 meses	153	54,1	141	45,9	0,568	1,04 (0,88 - 1,23)
Acima de 36 meses	118	51,5	51	48,5		
Motivo de institucionalização						
Abandono / Maus-tratos	68	51,5	64	48,5	<0,001	0,69 (0,57 - 0,84)
Decisão Própria	112	73,7	40	26,3		
Família	85	38,3	137	61,7	0,015	1,34 (1,06 - 1,70)
Contato com a família						
Não mantém contato	102	63,0	60	37,0	0,002	1,40 (1,12 - 1,76)
Mantém contato	160	47,9	174	52,1		
Forma de Contato						
Idoso vai em casa	16	72,7	6	27,3	0,011	2,02 (1,05 - 4,03)
Família vai à ILPI	134	44,8	165	55,2		
Telefone	9	75,0	3	25,5	0,886	1,03 (0,68 - 1,56)
Plano de saúde						
Possui	65	49,2	67	50,8	0,232	0,89 (0,73 - 1,08)
Não Possui	204	55,3	165	44,7		
Recebe aposentadoria						
Sim	223	52,5	202	47,5	0,701	0,95 (0,77 - 1,13)
Não	46	54,8	38	45,2		
Valor da aposentadoria						
Até 1 salário mínimo	182	56,3	141	43,7	0,003	1,49 (1,11 - 1,99)
Acima de 1 salário mínimo	31	37,8	51	62,2		
Quem retém a aposentadoria						
Idoso	95	87,2	14	12,8	<0,001	1,04 (0,85 - 1,26)
Família	88	40,6	129	59,4		
ILPI	36	40,0	54	60,0	<0,001	1,54 (1,22 - 1,95)

ILPI - Instituição de longa permanência para idosos

Quanto aos dados de saúde geral, 62,3% dos idosos avaliados apresentavam multimorbidade e 63,5% deles faziam uso de polifarmácia. Já a relação a cognição, 46,3% possuía declínio cognitivo severo, 17,8% declínio cognitivo moderado, 14,2% declínio cognitivo leve e 21,7% cognição intacta. Já quanto a mobilidade, 11,9% dos idosos eram acamados, 17,6% cadeirantes, 25,6% caminham com ajuda e 44,7% conseguia caminhar sem

ajuda. A tabela 2 mostra que a menor capacidade funcional nos idosos estava associada com piores níveis de cognição ($p<0,000$) e piores condições de mobilidade ($p<0,000$).

Tabela 2: Capacidade funcional segundo as condições de saúde geral dos idosos institucionalizados. Fortaleza – CE, 2019.

	<i>Independente / Dependente Leve</i>		<i>Dependente Moderado / Severo / Total</i>		p	RP
	n	%	N	%		
Multimorbidade						
Não	107	55,4	86	44,6	0,376	1,07 (0,91 - 1,27)
Sim	164	51,4	155	48,6		
Polifarmácia						
Não	177	54,5	148	45,5	0,360	1,08 (0,91 - 1,28)
Sim	94	50,3	93	49,7		
Cognição						
Intacta / Declínio Leve	154	83,7	30	16,3	<0,001	2,34 (2,00 - 2,75)
Declínio Moderado / Severo	117	35,7	211	64,3		
Mobilidade						
Acamado / Cadeirante	6	4,0	145	96,0	<0,001	0,05 (0,02 - 0,11)
Caminha	265	73,4	96	26,6		

Já na tabela 3 é possível observar a relação da capacidade funcional com as variáveis de autocuidado em saúde bucal e uso dos serviços odontológicos. Observou-se que a autonomia para escovação dos dentes e gengivas ($p<0,001$) e para a higienização das próteses ($p<0,001$); maior frequência de escovação ($p=0,008$); retirada da prótese para dormir ($p=0,001$) associaram-se com menores níveis de dependência. Já em relação ao uso dos serviços odontológicos, verificou-se que uma melhor capacidade funcional foi observada em idosos que foram ao dentista há mais de um ano ($p=0,012$); que procuraram pelo serviço por necessidade de tratamento ($p<0,001$) ou por dor ($p=0,023$); e que foram atendidos em um serviço particular ($p<0,001$).

Tabela 3: Capacidade funcional segundo o autocuidado em saúde bucal e uso dos serviços de saúde bucal dos idosos institucionalizados. Fortaleza – CE, 2019.

	<i>Independente / Dependente Leve</i>		<i>Dependente Moderado / Severo / Total</i>		P	RP
	n	%	n	%		
Autonomia para escovação de dentes e gengivas						
Sim	206	79,8	52	20,2	<0,001	5,23 (3,72 - 7,35)
Não	29	15,3	161	84,7		
Não escova	36	56,3	28	43,7	<0,001	2,17 (1,50 - 3,13)

Frequência de escovação de dentes e gengivas						
1 vez ao dia	63	43,4	82	56,6	0,008	1,30 (1,07 - 1,58)
2 vezes ao dia ou mais	172	56,8	131	43,2		
Uso de prótese dentária						
Nas duas arcadas	67	67,7	32	32,3	0,470	1,07 (0,88 - 1,31)
Em pelo menos uma arcada	66	62,9	39	37,1		
Autonomia para higienização da prótese						
Sim	124	83,8	24	16,2	<0,001	5,21 (2,85 - 9,52)
Não	9	16,1	47	83,9		
Frequência de higienização da prótese						
1 vez ao dia	20	60,6	13	39,4	0,555	0,91 (0,68 - 1,23)
2 vezes ao dia ou mais	113	66,1	58	33,9		
Retirada da prótese para dormir						
Sempre / às vezes	75	76,5	23	23,5	0,001	1,39 (1,13 - 1,71)
Nunca	58	54,7	48	45,3		
Última visita ao dentista						
Há mais de 1 ano	111	65,7	58	34,3	0,012	1,40 (1,07 - 1,83)
Há menos de 1 ano	76	51,7	71	48,3		
Motivo da visita ao dentista						
Prevenção	58	45,0	71	55,0	<0,001	0,61 (0,49 - 0,76)
Necessidade de Tratamento	86	73,5	31	26,5		
Dor	21	67,7	10	32,3	0,023	0,58 (0,34 - 0,99)
Onde foi a última visita ao dentista						
Particular	69	69,7	30	30,3	0,693	1,04 (0,85 - 1,26)
Público	61	67,0	30	33,0		
ILPI	55	45,1	67	54,9	<0,001	1,54 (1,22 - 1,95)

ILPI - Instituição de longa permanência para idosos

A tabela 4 mostra a comparação entre as médias cárie e doença periodontal dos idosos com a sua capacidade funcional. Verificou-se que os idosos com menor capacidade funcional apresentaram piores condições de saúde bucal como: maior índice de CPO-D ($p=0,004$); maior número de dentes perdidos ($p=0,009$); menor número de dentes hígidos ($p=0,005$); número de molares ($p=0,019$); e maior número de sextantes excluídos ($p=0,015$) e menor número de raízes expostas ($p=0,037$).

Tabela 4: Capacidade funcional segundo a média e desvio padrão das condições de cárie e doença periodontal dos idosos institucionalizados. Fortaleza – CE, 2019.

	<i>Independente / Dependente Leve</i>		<i>Dependente Moderado / Severo / Total</i>		p
	Média	DP	Média	DP	
CPO-D (coroa)	28,9	5,2	30,1	3,9	0,004

Nº de dentes perdidos	26,9	7,5	28,5	6,0	0,009
Nº de dentes hígidos	2,7	4,6	1,6	3,5	0,005
Nº de molares	0,9	1,7	0,5	1,4	0,019
Nº de raízes cariadas	0,6	1,7	0,5	1,6	0,897
Nº de raízes expostas	2,5	4,3	1,7	3,4	0,037
Sextantes com cálculo dentário	0,6	1,3	0,5	1,2	0,185
Sextantes com sangramento gengival	0,8	1,4	0,6	1,4	0,174
Sextantes com bolsa rasa	0,3	0,8	0,2	0,7	0,230
Sextantes com bolsa profunda	0,1	0,4	0,1	0,3	0,820
Sextante excluído	4,9	1,7	5,3	1,5	0,015

Identificou-se, ainda, uma associação entre pior capacidade funcional com o não uso de prótese superior ($p < 0,001$) e inferior ($p = 0,011$; $p = 0,045$); e necessidade de reabilitação oral por meio de prótese total inferior ($p = 0,021$). Já quanto a funcionalidade dentária, uma pior capacidade funcional também se associou com a presença de até 19 dentes na boca ($p = 0,042$); edentulismo ($p = 0,017$); e ausência do arco dentário curto (ADC) em pelo menos uma arcada ($p = 0,013$) (Tabela 5).

Tabela 5: Capacidade funcional segundo as condições de uso de prótese, necessidade de prótese, lesões orais e funcionalidade dentária de idosos institucionalizados. Fortaleza – CE, 2019.

	Independente / Dependente Leve		Dependente Moderado / Severo / Total		p	RP
	n	%	n	%		
Uso de prótese superior						
Não usa	134	46,0	157	54,0		
PPR/ Prótese Fixa	23	59,0	16	41,0	0,129	0,78 (0,58 - 1,04)
Prótese Total	114	62,6	68	37,4	<0,001	0,73 (0,62 - 0,89)
Uso de prótese inferior						
Não usa	198	49,5	202	50,5		
PPR/ Prótese Fixa	27	71,1	11	28,9	0,011	0,69 (0,55 - 0,87)
Prótese Total	46	62,2	28	37,8	0,045	0,79 (0,65 - 0,97)
Necessidade de prótese superior						
Sem necessidade	35	62,5	21	37,5		
Reabilitação Oral Parcial	46	58,2	33	41,8	0,618	1,07 (0,81 - 1,41)
Reabilitação Oral Total	190	50,4	187	49,6	0,091	1,24 (0,98 - 1,55)
Necessidade de prótese inferior						
Sem necessidade	30	66,7	15	33,3		
Reabilitação Oral Parcial	77	60,2	51	39,8	0,439	1,10 (0,86 - 1,42)
Reabilitação Oral Total	164	48,4	175	51,6	0,021	1,37 (1,09 - 1,74)
Lesão oral						
Ausente	246	52,8	220	47,2		
Presente	25	54,3	21	45,7	0,840	0,97 (0,73 - 1,28)

Nº de dentes presente						
Até 19 dentes	251	51,9	233	48,1	0,044	0,72 (0,56 - 0,93)
20 dentes ou mais	20	71,4	8	28,6		
Edentulismo						
Não edêntulo	116	58,6	82	41,4	0,042	1,18 (1,00 - 1,39)
Edêntulo	155	49,4	159	50,6		
Presença de 2º e 5º Sextante						
Ambos ausentes	249	52,5	225	47,5	0,524	0,90 (0,68 - 1,20)
Pelo menos um presente	22	57,9	16	42,1		
Presença de arco dental curto (ADC)						
Ausente	246	51,5	232	48,5	0,013	0,70 (0,56 - 0,87)
Presente em pelo menos 1 arcada	25	73,5	9	26,5		

PPR - Prótese parcial removível

DISCUSSÃO:

A média do Índice de Barthel encontrada foi de 62,3, porém, esse valor parece ser bastante variável na literatura podendo estar entre 20,9 - 80,0^{2, 6, 9, 13, 17}. Já quando se trata do percentual de dependência o valor encontrado foi de 47,1%, valor esse que também se mostra bastante variável na literatura, estando entre 10,4 - 66,0%^{1, 4, 9, 13, 18-20}. Acredita-se que essas variações encontradas se devem, principalmente, as características sociodemográficas dos próprios idosos da amostra. Além disso, é preciso destacar a influência do perfil da instituição no processo de domínio físico pelo próprio idoso, já que essa influência estrutural da instituição se mostra relevante à qualidade de vida devido ao estímulo à independência deles²¹.

Observou-se ainda uma predominância do sexo feminino no presente estudo, fato que acabou se associando com um maior grau de dependência na amostra. A literatura é concisa em afirmar que a maior parte da população idosa institucionalizada é feminina^{5, 6, 10, 22}, como o encontrado nesse estudo, e isso pode ser explicado pela maior longevidade da mulher⁶. Assim, por viverem mais, as mulheres se tornam mais dependentes de cuidados com o passar do tempo, o que pode resultar na sua institucionalização devido essa necessidade maior de cuidados. Por isso, acreditamos que esse maior número de mulheres na amostra possa ter influenciado esses achados.

Outro fato que se associou com uma menor capacidade funcional foi a idade avançada. Entretanto, a idade em si, não é um fator determinante para a diminuição da capacidade funcional, e sim condições de saúde pioradas pelo avançar dela²³. Estudos longitudinais explicam que isso se deve ao fato da idade avançada ser um fator significativo na deterioração

do funcionamento físico², além de ser crucial para o aumento da dificuldade na execução de AVD²⁴. Assim, os níveis de atividade das pessoas podem se deteriorar com a idade, fazendo com que a sua capacidade funcional também diminua.

O fato da vontade familiar ser motivo que mais se associou com uma menor capacidade funcional pode ser explicado pela dificuldade que a família enfrenta de exercer o cuidado do idoso devido a redução do número de cuidadores familiares⁵. Outro motivo que pode estar relacionado a isso é a deterioração causada pelo próprio processo do envelhecimento que acaba por diminuir a capacidade funcional, cognitiva e psíquica do idoso levando-o a necessitar de maiores cuidados e atenção⁶. Assim, a maior necessidade de cuidados quando somada a dificuldade enfrentada pela família de exercer um cuidado adequado, aumenta as chances do idoso ser institucionalizado.

Outro achado interessante foi o fato de os idosos ainda manterem contato com a família associar-se com uma menor capacidade funcional. Isso demonstra que mesmo após a institucionalização, a família ainda se preocupa e valoriza o contato com o idoso. O que merece ser destacado, tendo em vista a descaracterização do abandono do idoso na ILPI, e o estímulo à manutenção de sua rede afetiva, que pode contribuir para melhores condições de saúde, adaptação e qualidade de vida para essa população⁵.

Em contraste a isso, a maioria dos idosos avaliados que se institucionalizaram por decisão própria são mais independentes, mostrando que, em grande parte desses casos, a capacidade funcional talvez não tenha influenciado na decisão de se institucionalizar. De maneira geral, isso pode ser explicado pela existência de uma importante relação entre autonomia e independência do idoso¹², que faz com que quanto mais independente ele esteja, mais ele possa exercer sua autonomia e decidir por si. Além disso, mesmo quando possuem uma rede afetiva, alguns idosos optam por viverem em instituições devido à solidão experimentada e o medo de enfrentarem o processo de envelhecimento sozinhos⁶, dessa forma, a institucionalização acaba por suprir a sua necessidade por cuidados e companhia.

Quanto a renda, houve associação entre o valor recebido pelo idoso e a capacidade funcional, onde os idosos com maior renda possuíam um maior nível de dependência. O grande número de ILPI avaliadas de caráter privado pode ter influenciado esses achados, que também podem indicar a institucionalização como uma saída para a dificuldade de cuidado e maior necessidade de atenção especializada para esses idosos que podem arcar com esse serviço. Já a retenção e administração dessa renda também teve a mesma associação, explicada pela

dificuldade de idosos com menor capacidade funcional de administrarem sua renda e gastos, fazendo com que essa tarefa fique por responsabilidade da instituição ou da família.

A diminuição do estado cognitivo, é apontada como um fator de risco significativo para uma piora na capacidade funcional do idoso institucionalizado^{1, 2}, assim, ela tende a se deteriorar em idosos com uma piora na cognição. Cabe ressaltar que aproximadamente 64,1% de nossa amostra apresentou comprometimento cognitivo moderado a severo, e isso associou-se com um maior comprometimento da capacidade funcional. A alta prevalência de idosos com déficit cognitivo em ILPI deve-se ao fato dessa condição demandar uma maior necessidade de atenção e cuidado⁵, fazendo com que a maioria desses idosos sejam institucionalizados. Por isso, essa alta prevalência de idosos com a cognição afetada que encontramos, acabou refletindo numa maior dificuldade de execução das AVD desses idosos, que por sua vez, fez com que cognição e a capacidade funcional mostrassem-se fortemente associadas em nossos achados.

Já as piores condições de mobilidade também se associaram com maiores níveis de dependência na amostra. Estar com a mobilidade comprometida pode afetar a execução de certas atividades, devido à perda do condicionamento físico, atrofia muscular, déficit de equilíbrio e dependência para a execução dessas atividades¹⁸. O fato de 66% da população estudada possuir alguma limitação de mobilidade explica a forte associação entre essas restrições e um maior nível de dependência para executar as AVD. Ainda assim, o declínio da mobilidade, pode representar uma proteção às quedas visto que, uma vez acamado ou cadeirante, o indivíduo passa a deambular menos e apresenta uma menor probabilidade de cair¹⁸. Isso, de certa forma, também poderia influenciar numa piora da capacidade funcional. Além do mais, a fragilidade também se mostra como um importante marcador de saúde para o idoso por influenciar diretamente na diminuição de sua capacidade funcional⁶.

Contudo, um estilo de vida sedentário e a falta de atividade física regular são comuns na realidade de idosos que vivem em ILPI, devendo ser evitados por estarem relacionados à deterioração da capacidade funcional². Assim, torna-se importante o estímulo ao desenvolvimento de uma boa aptidão física para o idoso institucionalizado afim de desencadear uma boa capacidade funcional, já que bons níveis de coordenação motora, força e agilidade estão associados à uma melhor capacidade funcional⁸. Por isso, manutenção de um estilo de vida ativo é fundamental para que o idoso institucionalizado possa viver bem, evitando o processo de incapacidade e proporcionando benefícios para a sua saúde.

A capacidade funcional também esteve associada a higiene bucal, onde a falta de escovação ou de autonomia para realizá-la estava ligado a um maior nível de dependência. O que explicaria isso seria o fato desses idosos uma vez que não possuem autonomia para realizar as suas AVD, acabem por não conseguirem cuidar de sua própria saúde bucal²⁵. Assim, a existência da importante relação entre autonomia e uma melhor capacidade funcional dessa população deve ser levada em conta, principalmente devido a sua deterioração pela sua institucionalização¹². É necessário também destacar que o uso das escovas de dentes e para próteses pode ser um verdadeiro desafio para idosos que realizam seu próprio autocuidado de higiene bucal²², fazendo com que seu uso seja dificultado em situações mais incapacitantes, sendo as escovas elétricas uma boa saída para esses casos¹³.

Assim, devido sua capacidade funcional comprometida e a impossibilidade de gerenciar corretamente a sua própria higiene oral, esse papel acaba recaindo sobre o cuidador. Entretanto, a higienização oral é considerada uma atividade problemática para eles devido a idosos não cooperantes, a dificuldade de lidar com a rotina e as tarefas a serem executadas²⁶, assim como a falta de material de higiene bucal e de conhecimento para executá-la¹⁷. O fato de uma menor frequência de escovação e a não retirada da prótese dentária para dormir também terem sido associadas com uma menor capacidade funcional em nosso estudo, pode ser explicado por essa dificuldade enfrentada pelos cuidadores de executar esse tipo de cuidado. Isso sugere que a falta de higiene e cuidado com a saúde bucal entre os idosos é um problema comum nas instituições avaliadas, e que precisa ser enfrentado. Os cuidadores possuem um papel crítico nisso e são os principais atores na melhoria da assistência à saúde bucal desses idosos, podendo promover melhores resultados para essa população¹⁷. Estudos que avaliaram a melhoria dos cuidados em saúde bucal de idosos institucionalizados após a realização de capacitação com os cuidadores comprovaram que, os idosos apresentaram um melhor cuidado com as próteses durante a noite, um maior percentual de escovação com frequência de duas vezes ao dia¹³ e uma melhora nos parâmetros de higiene bucal avaliados²².

Piores condições de saúde bucal foram avaliadas em idosos com menor capacidade funcional, fato esse, confirmado por outros estudos na literatura^{13, 19, 25, 26}. Além disso, a incapacidade de cuidar de sua higiene oral e de resistir ao tratamento dentário são apontados como os principais motivos do aumento do risco de desenvolvimento das doenças bucais e a perda dentária em idosos institucionalizados com menor capacidade funcional^{25, 26}, o que agrava mais ainda o seu quadro.

Além disso, é preciso destacar que todas as condições bucais que foram associadas com uma menor capacidade funcional estão relacionadas ao edentulismo, como um número maior de dentes perdidos e sextantes excluídos, e um número menor de dentes hígidos, molares e raízes expostas. Assim como indicadores de funcionalidade dentária onde a presença de até 19 dentes funcionais na boca, do arco dentário curto e do próprio edentulismo, também se relacionaram com uma menor capacidade funcional. Assim, é perceptível que houve uma estreita relação entre a perda dental e uma menor capacidade funcional, evidenciando que um pior quadro de saúde bucal ocorre em idosos com a menor capacidade de se cuidarem. Além da, já comprovada, relação entre as condições de saúde bucal e os níveis de dependência, um estudo finlandês encontrou forte relação entre a qualidade de vida associada a saúde bucal de idosos dependentes com o número total de dentes²⁷, mostrando que a perda dentária também possui um impacto negativo na qualidade de vida desses indivíduos. Ainda assim, acreditamos que alguns fatores específicos da própria amostra também contribuíram para essa pior condição apresentada em indivíduos mais dependentes como o nível de cognição comprometido^{13, 26} e a faixa etária avançada²⁶.

O fato de os idosos não utilizarem próteses também esteve associado à uma pior capacidade funcional. Isso pode ser explicado pela possibilidade dos idosos com melhor capacidade funcional usarem próteses, realizarem seus próprios cuidados de higiene bucal e terem consciência de sua condição de saúde bucal¹⁹. Outra explicação para isso é a possibilidade dessas próteses terem sido removidas dos idosos dependentes pelos cuidadores para reduzir os cuidados em saúde bucal prestados a esses indivíduos¹⁹, ou pelos próprios idosos com o diminuir da capacidade funcional, pela sua maior dificuldade do uso em comparação com próteses suportadas por dentes ou implantes²⁶.

Um maior nível de dependência associou-se também a necessidade de prótese total inferior, e pode ser explicado pela dificuldade de adaptabilidade ao uso desse tipo de prótese por parte do idoso, podendo ser mais dificultado em casos de idosos mais dependentes. É preciso destacar também que as necessidades de tratamento de pacientes com menor capacidade funcional não são atendidas com o mesmo padrão da população em geral, principalmente pela dificuldade desses indivíduos de expressarem a necessidade de tratamento²⁶, já que eles possuem uma menor consciência de sua condição bucal¹⁹, que faz com que eles procurem menos o serviço odontológico.

Os idosos com melhor capacidade funcional utilizaram o serviço odontológico há mais tempo e, principalmente, por motivos de necessidade de tratamento ou dor. O fato de possuírem

uma maior autonomia, escolherem quando querem ir ao dentista, assim como perceberem melhor as suas necessidades de saúde bucal em caso de dor e de possuírem mais dentes pode ter influenciado esses achados. Além disso, idosos com menor capacidade funcional possuem mais dificuldade de perceberem seus problemas bucais, e costumam procurar um serviço de saúde apenas quando confrontados com algum problema de saúde²⁸. Entretanto, encontrou-se associação entre uma pior capacidade funcional e o último contato com o dentista ter sido realizado na própria ILPI, por motivos de prevenção e menor tempo. Acreditamos que esse achado se deu por conta do grande número de ILPI avaliadas que possuem parcerias com universidades e cursos de odontologia, e que acabam por receber alunos que desenvolvem atividades de promoção e prevenção de saúde bucal com esses idosos. Vale destacar também, que uma das instituições que detém um dos maiores públicos da amostra, possui um consultório odontológico e uma equipe de saúde bucal que realiza procedimentos dentro da própria instituição. Outra hipótese é de que a atenção ao idoso mais dependente pode ser priorizada em detrimento daqueles que são mais independentes nesses casos.

O levantamento das condições de saúde bucal em idosos institucionalizados quando associado com a sua capacidade funcional, representam um importante papel na compreensão dos fatores relacionados ao cuidado odontológico desses indivíduos²⁰. Mas mesmo diante das péssimas condições de saúde bucal encontradas, o desenho do nosso estudo não nos permite afirmar se essas condições de saúde bucal são prévias ou se foram exacerbadas pelo processo de institucionalização. Ainda assim, as necessidades de saúde bucal desses idosos são visíveis e devem ser atendidas urgentemente, tendo em vista que, se não forem, sua saúde bucal continuará ruim e provavelmente se deteriorará ainda mais com o processo de institucionalização, devido ao aumento da dependência de cuidados e ao comum subsequente descaso quanto a saúde bucal¹⁷.

Alguns estudos encontrados na literatura comprovam a relação existente entre o declínio da capacidade funcional e o processo de institucionalização através de seus achados, como um avanço progressivo e exponencial desse processo após serem institucionalizados; e a probabilidade dos idosos mais independentes não sofrerem esse declínio cai para apenas 44% após 24 meses de institucionalização¹; além da prevalência de dependência para AVD nessa população ser maior do que a observada na comunidade⁶, podendo chegar a ser 6,4 vezes maior²⁹. Já outros autores também evidenciam uma clara relação entre a institucionalização, a autonomia e qualidade de vida desses indivíduos que podem diminuir após alguns meses de

internação^{12, 30}. Assim, a dimensão e a severidade dos problemas aqui encontrados constituem um desafio a ser enfrentado para se executar um cuidado adequado dessa população.

Algumas limitações foram identificadas neste estudo, tais como o possível viés de memória dos entrevistados, assim como a dificuldade da coleta de informações nos prontuários e das instituições devido as diferenças e/ou falta de registros. Já utilização do teste de Pfeiffer para avaliação da capacidade cognitiva, devido à sua rápida e fácil aplicação pode ter subestimado alguns casos de cognição afetada devido à baixa complexidade das perguntas. Outra limitação que deve ser levantada é o desenho do estudo que, por se tratar de um corte transversal, não pode determinar a causalidade, ainda assim, modelagens conjuntas com análise longitudinal e análise de sobrevivência ainda são de interesse e podem ser utilizadas em futuros estudos. Apesar disso, a pesquisa possui importância pelo olhar aprofundado aos fatores relacionados a uma condição recorrente nessas populações e cujos resultados foram bastante consistentes. O fato de ter contemplado a quase totalidade da população das ILPI de Fortaleza aumenta a confiabilidade e validade externa dos achados devido à representatividade de idosos institucionalizados. Ainda assim, certas generalizações devem ser vistas com cautela para se evitar equívocos.

Quanto aos resultados aqui encontrados, também deve-se levar em consideração a influência de características regionais, culturais e do próprio idoso, assim, a saúde do idoso institucionalizado é um vasto campo a ser desbravado para que se possa produzir conhecimento a respeito da situação em que essa população se encontra. Acredita-se que os resultados possam ser utilizados para melhor compreendê-la, além de poderem ser usados para desenvolver ações que possam contribuir na criação e reformulação das políticas públicas de saúde voltadas a essa população, e das as práticas dos profissionais nessas instituições.

CONCLUSÃO:

O presente estudo refletiu um cenário onde a maioria dos idosos das instituições avaliadas apresentaram algum tipo de limitação na sua capacidade funcional. A maior limitação para AVDs esteve associada a fatores socioeconômicos como sexo feminino, idade avançada, institucionalização por decisão familiar, manutenção de contato com a família e maior renda; além de saúde geral como a menor cognição e dificuldades de mobilidade; e de saúde bucal como o menor autocuidado, uso de serviços odontológicos e piores condições de saúde bucal. Diante destes achados, sugere-se o desenvolvimento de uma melhor atenção à saúde através do

estímulo a uma vida mais ativa e capacitação dos cuidadores, para que sejam reduzidos os agravos do próprio processo de institucionalização e o impacto negativo desses fatores na dificuldade de executar suas atividades de vida diárias na qualidade de vida desses idosos.

REFERÊNCIAS:

1. Jerez-Roig J, De Brito LMMF, De Araújo JRT, Lima KC. Functional decline in nursing home residents: A prognostic study. *PLoS One*. 2017;12(5):1–14.
2. Kuo HT, Lin KC, Lan CF, Li IC. Activities of daily living trajectories among institutionalised older adults: A prospective study. *J Clin Nurs*. 2017;26(23–24):4756–67.
3. Janssens B, Vanobbergen J, Petrovic M, Jacquet W, Schols JMGA, Visschere LD. The oral health condition and treatment needs of nursing home residents in Flanders (Belgium). *Community Dent Health*. 2017;34:143–51.
4. Pinillos-Patiño Y, Prieto-Suárez E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2012;14(3):438–47.
5. Güths JF da S, Jacob MHVM, Santos AMPV dos, Arossi GA, Béria JU. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2017;20(2):175–85.
6. Fluetti MT, Fhon JRS, Oliveira AP de, Chiquito LMO, Marques S. The frailty syndrome in institutionalized elderly persons. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2018;21(1):60–9.
7. Barros TVP, Santos ADB, Gonzaga JDM, Lisboa MGDC, Brand C. Capacidade funcional de idosos institucionalizados: revisão integrativa. *ABCS Heal Sci*. 2016;41(3):176–80.
8. Gonçalves LHT, da Silva AH, Mazo GZ, Bertoldo Benedetti TR, dos Santos SMA, Marques S, et al. O idoso institucionalizado: Avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad Saude Publica*. 2010;26(9):1738–46.
9. Converso ME, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(4):267–72.
10. Demura S, Sato S, Minami M, Kasuga K. Gender and age differences in basic ADL ability on the elderly: Comparison between the independent and the dependent elderly. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci*. 2003;22(1):19–27.

11. Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A, Visser A. Oral health status and need for oral care of care-dependent indwelling elderly: from admission to death. *Clin Oral Investig*. 2017;21(7):2189–96.
12. Cobo CMS. The influence of institutionalization on the perception of autonomy and quality of life in old people. *Rev da Esc Enferm*. 2014;48(6):1011–7.
13. Nihtilä A, Tuuliainen E, Komulainen K, Autonen-Honkonen K, Nykänen I, Hartikainen S, et al. Preventive oral health intervention among older home care clients. *Age Ageing*. 2017;46(5):846–51.
14. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Geriatr Soc*. 1975;23(10):433–41.
15. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965 Feb;14:61–5.
16. World Health Organization. *Oral Health Surveys: Basic Methods*. WHO. Geneva. 1998.
17. Khanagar S, Naganandini S, Rajanna V, Naik S, Rao R, Madhuniranjanswamy MS. Oral hygiene status of institutionalised dependent elderly in India - A cross-sectional survey. *Can Geriatr J*. 2015;18(2):51–6.
18. Ferreira LM de BM, Ribeiro KMOB de F, Jerez-Roig J, Araújo JRT, de Lima KC. Recurrent falls and risk factors among institutionalized older people. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(1):67–75.
19. de Medeiros AKB, Barbosa FP, Piuvezam G, Carreiro A da FP, Lima KC. Prevalence and factors associated with alterations of the temporomandibular joint in institutionalized elderly. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(1):159–68.
20. Freitas YN, Lima KC, da Silva DA. Condições de saúde bucal e capacidade funcional em idosos: Um estudo longitudinal de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(3):670–4.
21. Oliveira JR de, Júnior PRR. Avaliação da qualidade de vida e capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Rev Kairós Gerontol*. 2014;1(3):343–53.
22. Portella FF, Rocha AW, Haddad DC, Fortes CBB, Hugo FN, Padilha DMP, et al. Oral hygiene caregivers' educational programme improves oral health conditions in

- institutionalised independent and functional elderly. *Gerodontology*. 2015;32(1):28–34.
23. Vivian A de S, Argimon II de L. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad Saude Publica*. 2009;25(2):436–44.
 24. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. Functional trajectories in older persons admitted to a nursing home with disability after an acute hospitalization. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(2):195–201.
 25. Chiesi F, Grazzini M, Innocenti M, Giammarco B, Simoncini E, Garamella G, et al. Older People Living in Nursing Homes: An Oral Health Screening Survey in Florence, Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(18):3492.
 26. Lantto A, Lundqvist R, Wårdh I. Oral Status and Prosthetic Treatment Needs in Functionally Impaired and Elderly Individuals. *Int J Prosthodont*. 2018;31(5):494–501.
 27. Strömberg E, Holmèn A, Hagman-Gustafsson ML, Gabre P, Wardh I. Oral health-related quality-of-life in homebound elderly dependent on moderate and substantial supportive care for daily living. *Acta Odontol Scand*. 2013;71(3–4):771–7.
 28. Montal S, Tramini P, Triay JA, Valcarcel J. Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly. *Gerodontology*. 2006;23(2):67–72.
 29. Oliveira PH de, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2012;21(3):395–406.
 30. Castro-Monteiro E, Forjaz MJ, Ayala A, Rodriguez-Blazquez C, Fernandez-Mayoralas G, Diaz-Redondo A, et al. Change and predictors of quality of life in institutionalized older adults with dementia. *Qual Life Res*. 2014;23(9):2595–601.

5 CONCLUSÃO GERAL

Concluiu-se que os idosos institucionalizados se encontram em baixas condições socioeconômicas, e condições de saúde geral marcadas por uma alta prevalência de multimorbidades, cognição afetada, mobilidade limitada e capacidade funcional reduzida.

Quanto ao quadro de saúde bucal, os idosos apresentaram graves condições de saúde bucal como uma alta prevalência de edentulismo e de necessidade de reabilitação oral, apesar da boa autopercepção de sua qualidade de vida associada em saúde bucal, e da autonomia para executar sua higiene oral apresentadas.

O perfil encontrado parece comum, porém mais grave do que em outras populações semelhantes. Além disso, as associações observadas indicam a influência desses fatores socioeconômicos, de saúde e do próprio processo de institucionalização relacionados como edentulismo e a capacidade funcional.

Diante dos nossos achados, é urgente a necessidade de uma melhor atenção à saúde prestada a essa população avaliada. Mudanças precisam ser feitas em seu processo de cuidado por parte das instituições e de seus profissionais, assim como o desempenho das novas políticas públicas que sejam capazes de garantir uma melhoria nesse quadro encontrado.

Finalmente, a saúde bucal precisa ser melhor valorizada diante da estreita relação que possui com a saúde geral desses idosos. É preciso desenvolver um envelhecimento saudável e ativo para esses idosos, que garanta o seu bem-estar e qualidade de vida, incluindo também, motivos e a possibilidade de sorrir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (INTRODUÇÃO GERAL)

ALCÂNTARA, C. M. et al. Estudo comparativo da condição de saúde bucal de idosos não institucionalizados de Governador Valadares-MG, com a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para 2010. **Physis**, v. 21, n. 3, p. 1023–1044, 2011.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saude Publica**, v. 44, n. 2, p. 360–365, 2010.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. *In*: **FREITAS, E. V. et al. (Org.). Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1131–1141, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília (DF): Senado, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990.

_____. **Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 de janeiro de 1994.

_____. **Decreto no 1.948, de 03/07/1996.** Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

_____. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 13 dez. 1999. nº 237-E, Seção I, p.20-24, 1999.

_____. **V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade de abrigos e asilos de idosos do Brasil.** Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos. Brasília: Comissão de Direitos Humanos, v.5, 2002.

_____. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 de outubro de 2003.

____. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 – 2003.** Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

____. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

____. **Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

____. **SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais.** Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

____. **Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Reformula a Política Nacional de Atenção Básica e dá outras providências. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

CABRERA, M. A. S. Aspectos biológicos do envelhecimento: bases biológicas, fisiológicas e imunológicas. *In: CAMPOSTRINI, E. (Ed.). Odontogeriatria.* Rio de Janeiro: Revinter, p. 16–20, 2004.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? *In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões.* Rio de Janeiro: Ipea, p. 479–514, 2016.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p. 232–235, 2010.

CARNEIRO, R. M. DO V. et al. Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1709–1716, 2005.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. DE. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1313–1320, 2002.

CORCHERO, A. M. I.; CEPEDA, J. R. G. Oral Health in people over 64 years of age, institutionalized in Centres for the Aged in the Vigo Health District Spain, 2005. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 13, n. 8, p. 523–528, 2008.

CORNEJO, M. *et al.* Oral health-related quality of life in institutionalized elderly in (Spain)

Barcelona. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 18, n. 2, p. 285–92, 2013.

DONNELLY, L. R. et al. The impact of oral health on body image and social interactions among elders in long-term care. **Gerodontology**, v. 33, n. 4, p. 480–489, 2016.

EUSTAQUIO-RAGA, M. V.; MONTIEL-COMPANY, J. M.; ALMERICH-SILLA, J. M. Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain). **Gaceta Sanitaria**, v. 27, n. 2, p. 123–127, 2013.

FERREIRA, C.; SCHWAMBACH, W.; MAGALHÃES, S. DE. Atenção odontológica e práticas de higiene bucal em instituições de longa permanência geriátricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2323–2333, 2011.

FREIRE, J. R. C.; TAVARES, M. F. L. A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 9, n. 1, p. 83–92, 2006.

GAIÃO, L. R.; ALMEIDA, M. E. L. DE; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 316–323, 2005.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. A fiscalização das ILPIs: o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da vigilância sanitária. *In*: CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

GONÇALVES, A. I. et al. Consumo de Benzodiazepinas no idoso deprimido. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 5, n. 5, p. 107–111, 2017.

GOTTLIEB, M. G. V. et al. 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.

HEITMANN, B. L.; GAMBORG, M. Remaining teeth, cardiovascular morbidity and death among adult Danes. **Preventive Medicine**, v. 47, n. 2, p. 156–160, 2008.

HONG, C. H. L. et al. The association between oral health status and respiratory pathogen

colonization with pneumonia risk in institutionalized adults. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 16, n. 2, p. 96–102, 2018.

IBGE. **Censo Demográfico 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010.

_____. **Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios – PNAD. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2017.

KNABE, C.; KRAM, P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. **Journal of oral rehabilitation**, v. 24, n. 12, p. 909–912, 1997.

KOCH FILHO, H. R. et al. Uma década da Odontogeriatría brasileira. **Archives of Oral Research**, v. 7, n. 3, p. 295–310, 2011.

KOHLI, R. et al. Oral health needs, dental care utilization, and quality of life perceptions among Oregonian seniors. **Special Care in Dentistry**, v. 37, n. 2, p. 85–92, 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 700–701, 2003.

LOPES, M. C.; OLIVEIRA, V. M. B. DE; FLÓRIO, F. M. Condição bucal, hábitos e necessidade de tratamento em idosos institucionalizados de Araras (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2949–2954, 2010.

LU, H. X. et al. Oral health impact of halitosis in Chinese adults. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 15, n. 4, p. e85–e92, 2017.

MACENTEE, M. I. Oral care for successful aging in long-term care. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 60, n. 4, p. 326–329, 2000.

_____. Quality of Life as an Indicator of Oral Health in Older People. **The Journal of the American Dental Association**, v. 138, n. September, p. S47–S52, 2007.

MAILLE, G. et al. Use of care and the oral health status of people aged 60 years and older in France: Results from the National Health and Disability Survey. **Clinical Interventions in Aging**, v. 12, p. 1159–1166, 2017.

MARÍN-ZULUAGA, D. J. et al. Oral health and mortality risk in the institutionalised elderly. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 17, n. 4, 2012.

MELLO, A. L. S. F. DE; ERDMANN, A. L.; CAETANO, J. C. Saúde Bucal Do Idoso : Por Uma Política Inclusiva Elderly Oral Health Care : Towards an Inclusive Policy. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 696–704, 2008.

MELO, L. A. DE et al. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3339–3346, 2016.

MOREIRA, R. D. S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1665–1675, 2005.

MOURA, M. V. B. **Meios de resgatar a saúde bucal e autoestima de idosos**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Natal, 2011.

NASRI, F. Demografia e epidemiologia do envelhecimento: O Envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n. 2, p. 4–6, 2008.

NIESTEN, D.; MOURIK, K. VAN; SANDEN, W. VAN DER. The impact of frailty on oral care behavior of older people: A qualitative study. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 1, 2013.

OMS. **Guia Global Cidade Amiga do Idoso**. Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2008.

ONU. **Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento**. Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Organização das Nações Unidas, Viena, , 1982.

_____. **Resolución 46/91Ejecución del Plano de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas**.1991.

_____. **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002**.Comisaria del Comité Organizador Español de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madri, , 2002.

_____. **Envelhecimento e desenvolvimento em uma sociedade para todas as idades**. 2007.

_____. **Envelhecimento, solidariedade e proteção social: a hora de avançar para a igualdade**. Terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe. San José, 2012.

PEDRO, M. S. B. et al. **Políticas públicas para o envelhecimento ativo**. Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas: aproximando agendas e agentes, 2013.

PELTOLA, P.; VEHKALAHTI, M. M.; WUOLIJOKI-SAARISTO, K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly. **Gerodontology**, v. 21, n. 2, p. 93–99, 2004.

PEREIRA, A.; SILVA, F.; MENEGHIM, M. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada cidade de Piracicaba-SP. **Robrac**, v. 8, n. 6, p. 17–21, 1999.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: Motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 41, n. 2, p. 229–236, 2007.

PIUVEZAM, G.; LIMA, K. C. DE. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 1, p. 5–11, 2012.

PIUVEZAM, G.; LIMA, K. C. DE. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalised population. **Gerodontology**, v. 30, n. 2, p. 141–149, 2013.

POUYSSSEGUR, V.; PRECHEUR, I.; SABOT, J. G. Maladies bucco-dentaires: cofacteurs de morbidité des personnes âgées. **Rev Geriatr**, 2016.

REIS, S. C. G. B. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia- GO, 2003. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, p. 67–73, 2005.

SÁ, I. P. C. et al. Condições de saúde bucal de idosos da instituição de longa permanência Lar Samaritano no município de São Gonçalo-RJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1259–1265, 2012.

SALIBA, N. A. et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 11, n. 21, p. 39–50, 2007.

SALIBA, T. A. et al. Influence of oral health on the quality of life of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. **Dental research journal**, v. 15, n. 4, p. 256–263, 2018.

- SANTUCCI, D.; ATTARD, N. The Oral Health-Related Quality of Life in State Institutionalized Older Adults in Malta. **Int. J. Prosthodont**, v. 28, n. 4, p. 402–11, 2015.
- SFEATCU, R. et al. Aspects of oral and general health among a community center for the underserved. **Journal of medicine and life**, v. 4, n. 2, p. 168–171, 2011.
- SHAHEEN, S. S. Oral health status and treatment need among institutionalized elderly in India. **Indian J. Dent. Res**, v. 26, n. 5, p. 493–9, 2015.
- SILVA, M. F. et al. Estimated prevalence of halitosis: a systematic review and meta-regression analysis. **Clinical Oral Investigations**, v. 22, n. 1, p. 47–55, 2018.
- SILVA, S. R. C.; VALSECKI JÚNIOR, A. Evaluation of oral health conditions among the elderly in a Brazilian city. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 8, n. 4, p. 268–271, 2000.
- SILVEIRA NETO, N. et al. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. **RBCEH**, v. 4, n. 1, p. 48–56, 2007.
- SINGH, M. L.; PAPAS, A. Oral implications of polypharmacy in the elderly. **Dental Clinics of North America**, v. 58, n. 4, p. 783–796, 2014.
- SOUZA, E. H. A. DE et al. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2955–2964, 2010.
- TUBIANA, S. et al. Dental procedures, antibiotic prophylaxis, and endocarditis among people with prosthetic heart valves: Nationwide population based cohort and a case crossover study. **BMJ (Online)**, v. 358, p. 1–9, 2017.
- VANOBBERGEN, J. N.; VISSCHERE, L. M. DE. Factors contributing to the variation in oral hygiene practices and facilities in long-term care institutions for the elderly. **Community Dental Health**, v. 22, n. 4, p. 260–265, 2005.
- VERAS, R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 887–905, 2016.
- VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, 2018.

WANG, S. Y. et al. Not just specific diseases: Systematic review of the association of geriatric syndromes with hospitalization or nursing home admission. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 57, n. 1, p. 16–26, 2013.

ZENTHÖFER, A. et al. Increasing dependency of older people in nursing homes is associated with need for dental treatments. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 10, p. 2285–2290, 2014.

ZHANG, Q. et al. Dental status of an institutionalized elderly population of 60 years and over in Qingdao, China. **Clinical Oral Investigations**, v. 20, n. 5, p. 1021–1028, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA PESQUISA

1 – Questionário Sociodemográfico:

Número: _____ 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 (autodeclaração): 1.Negra () 2.Branca () 3.Amarela () 4.Parda () 5.Indígena () 6.Não informado

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 ()

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

4. Outro: _____

08 – Tempo na ILPI: _____ (anos/meses)

09- Mantém contato com familiares? 1. Sim () 2. Não ().

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

4. Outro: _____

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

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

13- Valor – 1. < 1 salário () 2. 1 salário 3. 2 salários () 4. 3 ou mais salários ()

14. Quem retém a aposentadoria/renda? 1. Idoso () 2. Família () 3.ILPI () 4. Idoso e Família () 5. Idoso e ILPI () 6. Família e ILPI () Idoso, Família e ILPI ()

15 - . Quando foi sua última visita ao dentista?

1 . Há menos de um ano () 2. Há mais de um ano () 3. Não lembro ()

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

1. Particular () 2. Público () 3. Na ILPI ()

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

1. Dor () 2. Prevenção () 3. Necessidade de tratamento

2 – Ficha de Avaliação de Saúde Geral:

Doenças sistêmicas:

Medicamentos de uso continuado:

Teste de Pfeiffer (Estado Cognitivo)

PERGUNTAS	ACERTOS	ERROS
Que dia é hoje? (dia/mês/ano)		
Qual é o dia da semana?		
Onde nós 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		

MOBILIDADE – Observar ou perguntar ao cuidador/responsável

- () 1 - Acamado
 () 2- Cadeira de rodas
 () 3- Caminha com ajuda
 () 4 -Caminha sem ajuda

OBS: Para 2, 3, e 4: Marcar mesmo que não fizer uso o dia todo e se precisar em algum momento.

ÍNDICE DE BARTHEL

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

1. 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, às 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 cateter.
- 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 esfíncteres.
- 2. Incontinência, mas ajuda no posicionamento e uso de dispositivos
- 5. Frequentemente tem evacuações acidentais.
- 8. Evacuações acidentais ocasionais.
- 10. Total controle de esfíncteres.

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 distâncias 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 – Questionários de Saúde Bucal**AVALIAÇÃO DE AUTOCUIDADO BUCAL****1. Você escova seus dentes e gengiva sozinho(a)?**

- 1. Sim () 2. Não, preciso de auxílio () 0. Não escova

2. Com que frequência seus dentes e gengiva são escovados?

- (1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes (4) Mais de 3 vezes

3. Você possui dentadura?

- (1) Sim – Superior e Inferior (2) Sim – Apenas superior (3) Sim – Apenas inferior (4) Não possui

4. Você usa sua dentadura?

- (1) Sim – Superior e Inferior (2) Sim – Apenas superior (3) Sim – Apenas inferior (4) Não usa (0) Não tem

5. Se sim, utiliza sua prótese diariamente? 1. Sim () 2. Não ()

Se não, explique o motivo:

6. Você higieniza sua dentadura sozinho(a)?

- 1. Sim () 2. Não, preciso de auxílio () 0. Não usa ()

7. Com que frequência sua dentadura é higienizada?

- (1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes (4) Mais de 3 vezes (5) Não é higienizada

8. Você retira sua dentadura/sua dentadura é retirada quando você vai dormir?

- 1. Sempre () 2. Às vezes () 3. Nunca () 0. Não usa ()

9. Como é feita a higienização da dentadura?

- 1. Escova e creme dental () 2. Escova e detergente neutro () 3. Escova e sabão () 4. Escova e água sanitária () 5. Somente escova () 6. Somente água () 7. Outro:

10. Como a dentadura é armazenada ao ser retirada para dormir?

- 1. Ao ar livre () 2. Recipiente fechado e vazio () 3. Recipiente com água () 4. Recipiente com água e alguma outra substância () 0. Não retira para dormir ()

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 sentir-se 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 _____

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.																

CONDIÇÃO PERIODONTAL

USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE:

CPI	17/16		17/16		17/16	
	11		11		11	
	26/27		26/27		26/27	
	36/37		36/37		36/37	
	31		31		31	
	46/47		46/47		46/47	
	CÁLCULO DENTÁRIO		BOLSA PERIODONTAL		SANGRAMENTO GENGIVAL	

Uso de prótese

Sup	Inf

Necessidade de Prótese

Sup	Inf

PRESENÇA DE LESÃO BUCAL:

Condição	Localização			

APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO DO LOCAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Nós, Raul Anderson Domingues Alves da Silva, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará e Ana Karine Macedo Teixeira, Professora do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa “CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ”, que tem como objetivo avaliar as condições de saúde/doença dos idosos institucionalizados da cidade do Fortaleza/CE, especificamente em relação à saúde bucal.

Esclarecemos que essa pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ, telefone (85)3366-8344/46. O protocolo da mesma faz necessário a realização de um exame odontológico, para avaliar as condições de saúde bucal, seguido de uma entrevista às condições sociais, de saúde geral e de saúde bucal dos idosos residentes na presente instituição. Os idosos ou os responsáveis legais assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e terão o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

Não se espera que idosos tenham 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 clínico visual da boca e um questionário-entrevista que não tomarão muito seu tempo. Os mesmos terão como 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 idoso, sua família e a instituição possam tomar as medidas necessárias para manter a sua saúde bucal. Podendo 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 na Coordenadoria de Desenvolvimento Familiar ou nas Clínicas da Faculdade de Odontologia da UFC pelos membros do projeto de extensão universitária intitulado “Sorriso Grisalho”.

Solicitamos a autorização de V.S. ^a tornar esse trabalho exequível e executar a pesquisa nesta instituição a qual é responsável. Desde já agradecemos e nos colocamos a disposição para tirar quaisquer dúvidas.

ENDEREÇO DO PRESQUISADOR 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

AUTORIZAÇÃO

Eu, **NOME DO RESPONSÁVEL PELA ILPI**, responsável pelo **NOME DA ILPI**, localizada no endereço **ENDEREÇO DA ILPI**, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, autorizo a realização do trabalho acima proposto pela pesquisa “CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ” junto aos idosos residentes nesta instituição a ser realizada pelo pesquisador Raul Anderson Domingues Alves da Silva.

Fortaleza, _____ de _____ de 2018.

(NOME DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO)

APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
(NOME DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANENCIA PARA IDOSOS)

DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, (NOME DO RESPONSÁVEL PELO SETOR), chefe do (COLOCA O NOME DO LOCAL DA INSTITUIÇÃO QUE VAI AUTORIZAR), fiel depositário dos prontuários médicos dos pacientes, autorizo o pesquisador Raul Anderson Domingues Alves da Silva a colher dados dos prontuários para fins de seu estudo "**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ**".

Fortaleza, _____ de _____ de 2018.

ASSINAR

(NOME DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO)

APÊNDICE D - 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 (ILPIs) 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 na 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 PRESQUISADOR 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

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.

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador principal	Data	Assinatura
Nome do Responsável legal/testemunha (se aplicável)	Data	Assinatura
Nome do profissional aplicou o TCLE	Data	Assinatura que

ANEXOS

ANEXO 1 – SEGUIMENTO DO REGIMENTO INTERNO

Art. 46 – As dissertações e as teses apresentadas ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará poderão ser produzidas em formato alternativo ou tradicional. O formato

9

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM

alternativo estabelece: a critério do orientador e com a aprovação da Coordenação do Programa, que os capítulos poderão conter cópias de artigos e/ou relatórios de patentes de autoria ou coautoria do candidato, publicados ou submetidos para publicação em revistas científicas, escritos no idioma exigido pelo veículo de divulgação.

§1º - O orientador e o candidato deverão verificar junto às editoras a possibilidade de inclusão dos artigos na dissertação ou tese, em atendimento à legislação que rege o direito autoral, obtendo, se necessária, a competente autorização, deverão assinar declaração de que não estão infringindo o direito autoral transferido à editora.

§2º - A dissertação e a tese em formatos tradicionais ou formatos alternativos deverão seguir as normas preconizadas pelo Guia para Normalização de Trabalhos Acadêmicos da Biblioteca Universitária disponível no sítio <http://www.biblioteca.ufc.br>. As partes específicas do formato alternativo deverão ser feitas em concordância com o *Manual de Normalização para Defesa de dissertação de Mestrado e tese de Doutorado no formato Alternativo do PPGO*, disponível no sítio <http://www.ppggo.ufc.br>.

§3º - As dissertações defendidas no formato alternativo deverão constar de, no mínimo, 01(um) capítulo, enquanto que as teses no mesmo formato deverão constar de, no mínimo, 02 (dois) capítulos.

§4º - Admite-se que a dissertação ou a tese sejam escritas e/ou defendidas em língua estrangeira seguindo as diretrizes definidas no regimento interno do Programa;

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UFC

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

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



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

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



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

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



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