



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIESP
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ORAIS DE IDOSOS EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR

VHERÔNICA MARYLAND DA SILVA BARBOSA

**Cabedelo – PB
2020**

VHERÔNICA MARYLAND DA SILVA BARBOSA

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ORAIS DE IDOSOS EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de TCC III, do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário UNIESP, como requisito obrigatório para obtenção do grau em Odontologia. Linha de pesquisa Geriatria
Orientadora: Jordana Medeiros Lira Decker

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Padre Joaquim Colaço Dourado

B238a

Barbosa, Vherônica Maryland da Silva.

Avaliação das condições orais de idosos em internação domiciliar [recurso eletrônico]
/ Vherônica Maryland da Silva Barbosa. – Cabedelo, PB: [s.n.], 2020.

43 p.

Orientador: Prof.^a Ma. Jordana Medeiros Lira Decker. Monografia
(Graduação em Odontologia) – UNIESP Centro Universitário.

1. Odontogeriatrics. 2. Prótese dentária. 3. Saúde bucal - Idoso. 4. Idoso
– Internação domiciliar. I. Título.

CDU: 616.314-053.9

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ORAIS DE IDOSOS EM INTERNAÇÃO
DOMICILIAR

VHERÔNICA MARYLAND DA SILVA BARBOSA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à disciplina de TCC III, do
Curso de Graduação em Odontologia do
Centro Universitário UNIESP, como
requisito obrigatório para obtenção do
grau em Odontologia.

Aprovado em ____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Ms. Jordana Medeiros Lira Decker
Examinador 1 – Presidente da Banca

Prof. Esp. André Parente de Sá Barreto Vieira
Examinador 2

Prof. Esp. Rodolfo Freitas Dantas
Examinador 3

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente a Deus, foi Ele que me ajudou a realizar este grande sonho, se hoje estou profundamente feliz devo tudo a ele.

Agradeço aos meus pais Maria de Lurdes da silva Barbosa e Severino Ramos souza Barbosa por me prestarem todo apoio que precisei e por respeitarem minhas decisões além de serem um exemplo de pessoas que me inspira. A pessoa em que me tornei hoje é resultado de todo os esforços dos meus pais para que nada me faltasse. Aos meus irmãos Jacqueline Virgínia, Jandeilza Vicência, Dyanne Cristina Vheris Richard respeito e compreensão.

Agradeço a minha orientadora Prof^ª Dr^ª Jordana Medeiros pela oportunidade da realização do trabalho, pela paciência e disposição durante o desenvolvimento do trabalho e por todos os ensinamentos, conselhos e prestatividade.

Agradeço a todo corpo docentes e profissionais que diretamente ou indiretamente fizeram parte da graduação. Pelos esforços de cada professor para passar seus conhecimentos, pela motivação com os estudos e pela competência. Tenho certeza que cada um contribuiu, à sua maneira, para o meu amadurecimento como pessoa e estudante/profissional.

Quero agradecer à minha universidade por disponibilizar todos os recursos que necessitei para me tornar mais capaz.

Agradeço meus amigos Carlos Fábio, Rafaela Pereira e Nathalia Ferraro que sempre estiveram comigo.

Meu esforço valeu a pena, mas não seria possível se não fosse pelas pessoas que estiveram ao meu lado. Eu agradeço de coração quem me apoiou, me incentivou e tornou esta conquista possível.

.

Á todos a minha eterna gratidão.

RESUMO

No Brasil, ocorre uma tendência de envelhecimento da população. O Estatuto do Idoso diz que o idoso deve permanecer em ambiente domiciliar na maioria dos casos, porém em casos que a família não apresente condições para dar um suporte mínimo é indicado ao atendimento em casas de longa permanência. Este trabalho é uma pesquisa de campo aplicada, explicativa e transversal com abordagem quantitativa com objetivo de avaliar a cavidade bucal dos pacientes idosos sem internação domiciliar. O presente estudo apresenta resultados com 50 idosos em internação domiciliar de ambos os sexos com idade variando entre 60 a 80 anos. Os exames foram realizados por um único examinador, com o paciente sentado, em cadeiras comuns, cadeira de rodas ou camas, sob luz natural, utilizando-se apenas de espelho bucal, sonda periodontal tipo OMS e secagem prévia das superfícies dentais com gaze estéril e aplicação de questionário especialmente desenvolvido para este estudo. Os dados coletados obtidos, foram expostos em planilhas no programa Excel do Windows 7. Nos resultados parciais obtidos que a odontologia domiciliar é essencial para melhorar a qualidade de vida do idoso e estimular os cuidados com a saúde bucal.

Palavras-chaves: Odontogeriatrics, prótese dentária, saúde bucal

ABSTRACT

In Brazil, there is a population aging trend. The Elderly Statute says that the elderly must remain in the home environment in most cases, but in cases where a family not indicated in the conditions to provide minimum support is indicated for care in long-stay homes. This work is an applied, explanatory and transversal field research with a quantitative approach with the objective of evaluating the oral cavity of elderly patients without home care. The present study shows results with 50 elderly people in home care of both sexes, with ages ranging from 60 to 80 years. The examinations were performed by a single examiner, with the patient seated, in common chairs, wheelchair or beds, under natural light, using only a mouth mirror, a WHO-type periodontal probe and prior drying of the dental surfaces with a sterile look and Application of a questionnaire specially developed for this study. The collected data obtained were exposed in spreadsheets in the Windows 7 Excel program. The partial results obtained that home dentistry is essential to improve the quality of life of the elderly and stimulate oral health care.

Key Words: Odontogeriatrics, dental prosthesis, oral health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 METODOLOGIA	11
2.1 Caracterização da Pesquisa.....	11
2.2 Universo e Amostra.....	11
2.3 Forma de realização dos exames	11
2.4 Forma de análise dos resultados	11
2.5 Critérios de inclusão.....	12
2.6 Critérios de exclusão	12
3 RESULTADOS	13
3.1 Banco de Dados.....	13
3.2 Análise descritiva e exploratória	14
3.3 Teste associação	14
3.4 Análise dos dados	16
Tabela 1: Perfil demográfico dos indivíduos	16
Tabela 3: Uso de Prótese Dentária	18
3.5 Condições orais e fatores associativos	18
Tabela 5: Presença de Resto Radicular por Responsável pela Higiene Bucal.....	19
Tabela 6: Biofilme Visível e Presença de Tártaro	19
4 DISCUSSÃO.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
6 REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	29
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	29
Natureza e objetivos do estudo	29
Procedimentos do estudo	29
Riscos e benefícios	30

PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	31
APENDICE B: FICHA CLINICA.....	32
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	32
DADOS SOCIOECONÔMICOS.....	32
ANAMNESE.....	32
DADOS ODONTOLÓGICOS.....	33
ANEXO A : PARECER DO COMITE DE ÉTICA.....	34

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, ocorre uma tendência de envelhecimento da população e isso é observado pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em suas estimativas sobre a população brasileira em 2060 cerca de 25,49% dos brasileiro serão idosos, o que se contrapõe aos 9,52% em 2019 (BRASIL, 2019).

A organização Mundial da Saúde considera um país envelhecido quando este já possui 7% ou mais da sua população composta por cidadãos com 60 anos ou mais (SILVA, GALERA, MORENO, 2007). Em relação ao Brasil, a maioria dos idosos brasileiros é do sexo feminino, possuem nível socioeconômico baixo, possuem pelo menos uma doença crônica, e esses habitantes estão em uma condição de vulnerabilidade devido as suas condições patológicas (PRESA *et al.*,2014).

O Estatuto do Idoso diz que o idoso deve permanecer em ambiente domiciliar na maioria dos casos, porém em casos que a família não apresente condições para dar um suporte mínimo é indicado o atendimento em casas de longa permanência. E, nessas casas de longa permanência os moradores vivem internos, sendo por um tempo pré-estabelecido ou não em ambientes pagos ou gratuitos (CHAIMOWICZ, GRECO, 1999; BORN, BOECHAT, 2002;BRASIL,2003).

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso, o atendimento na atenção básica domiciliar deve garantir a integridade em conjunto com os demais níveis de atenção; além de garantir a integralidade por meio da aplicação de modalidades que atenda más necessidades dessa população, a partir de condutas multidisciplinares, sempre que possível (BRASIL,2006).

O direito ao atendimento domiciliar é previsto na Constituição Brasileira, que enfatiza que a família, a sociedade e o Estado têm dever de amparar as pessoas idosas, garantindo a participação na comunidade, defendendo a dignidade, bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988). Esse tipo de atendimento constitui um conjunto de ações direcionadas ao atendimento individual, familiar e da comunidade; sendo considerada uma estratégia educativa, assistencial e principalmente de saúde, com a fidelidade subsidiar a intervenção no processo de saúde e doença de indivíduos vulneráveis no planejamento de ações coletivas (BARROS, 2006).

A necessidade do atendimento odontológico domiciliar tem mostrado muita efetividade, pois devolve o bem-estar e a confiança na qualidade do trabalho exercido pelo profissional qualificado que procura estabelecer uma melhora na saúde do paciente (BRASIL, 2007; ALMEIDA, FERREIRA, 2008). Essas intervenções proporcionam maior humanização ao atendimento, pois, na maioria das vezes, o idoso é impossibilitado de se deslocar para o

consultório, por inúmeros motivos, tais quais fraqueza e dependência, fazendo com que o profissional se desloque ao seu encontro (KARSCH, 2003; SILVEIRA; CALDAS, CARNEIRO, 2006).

Os idosos semidependentes e dependentes são pessoas que dependem de ajuda de outros para a realização das atividades diárias como alimentação e manutenção de uma satisfatória higienização bucal (ALMEIDA, FERREIRA, 2008). Geralmente, esses idosos são acometidos por doenças de ordens diversas que necessitam diretamente do suporte do cuidador e do familiar, devendo o plano de tratamento odontológico ser apresentar de forma multidisciplinar de maneira a preservar a saúde bucal sem prejudicar a saúde sistêmica desses indivíduos (MARQUES, FREITAS, 2009; MIRANDA, MONTENEGRO, 2009). O cuidado da pessoa idosa que possui necessidades especiais pode ser dividido de acordo com seu estado físico, mental e social (SOUZA, CALDAS, 2008).

Em decorrência do avanço da idade a cavidade bucal apresenta diversas mudanças, que podem estar relacionadas com o estado físico e psicológico do idoso. Ocorrem diversas mudanças no aparelho estomagnático como: mucosas mais frágeis e sensíveis, gengivas retraídas, coloração escurecida dos dentes, perda de vários elementos dentários (edentulismo) problemas periodontais consequentes de perda de estrutura ósseas; além de cárie e diminuição do fluxo salivar (hipossalivação) devido principalmente, ao uso constante de medicamentos (BARROS, 2006).

Entende-se que a saúde bucal insatisfatória é uma condição que leva a um aumento do risco de contaminação e isso pode promover uma maior deglutição de fluidos contendo patógenos que se fazem presente na cavidade bucal, estando este fator ligado aos fatos de que esses pacientes possuem uma dificuldade de deglutição levando a promoção da contaminação das vias respiratórias inferiores (DORO *et al.*, 2001).

A perda dos elementos dentários no paciente idoso acarreta diversas alterações a esse paciente, dificulta o processo de alimentação, estética e fonação (MORIGUCHI, 1992). Entende-se que pode se minimizar esses fatores através do uso de prótese dentária e segundo Rosa *et al* (1992) em pacientes geriátricos residentes em seus próprios domicílios a necessidade de uso de prótese foi menor quando comparados aos residentes em lares de longa permanência. Segundo Saliba *et al* (2007) a condição bucal influencia na forma de cuidado destinado ao idoso, e isso depende ainda de que o cuidador seja motivado a prestar assistência e cuidados a saúde bucal desse paciente. Outro fato observado foi que nas instituições que foram analisadas muitos desses profissionais não eram capacitados, gerando uma carência de cuidados nessa faixa etária. Além disso pacientes que encontram nessa faixa etária e

que são acometidos de inúmeras alterações sistêmicas podem ser usuários de diversas medicações e essas por sua vez apresentam diversos efeitos colaterais na cavidade bucal, pois o consumo desses medicamentos altera a questão metabólica e promove sensibilidade as medicações (PRESA et al., 2014).

A diretriz nacional de saúde bucal direciona a uma organização em relação ao desenvolvimento de atividades que aumentem o acesso aos idosos a serviços que facilitem e melhorem a qualidade de vida deles e para isso é necessário que sejam traçados estratégias para o acesso dessa classe da população à assistência odontológica (PRESA et al.,2014).

De acordo com Carneiro et al (2005) a condição bucal de idosos institucionalizado é considerada insatisfatória, pois os mesmos apresentam números elevados de elementos dentários ausentes, e grande parte desses são totalmente edêntulos, não apresentando uso de aparelho protético total, sendo a questão social dos mesmos a principal razão. Resultados semelhantes foram encontrados por Beloti (2011) que concluiu que 57,3% dos idosos estudados eram edêntulos, e que 72,4% apresentavam prótese com condição irregular. E esse fato é corroborado por Leitão (2012) que relatou que apesar do alto índice de perda dentária muitos desses idosos não faziam uso de prótese tendo eles uma auto percepção que a saúde oral se enquadrava de ruim a média. Em um estudo com idosos em internação domiciliar observou-se uma relação entre a perda dentaria total e usuários que não eram usuários de prótese com o estado de peso baixo [OR = 3,94; IC95%: 1,14-13,64] e também o excesso de peso [OR = 2,88; IC95%: 1,12-7,40] e isso foi sendo associado a uma situação oral insatisfatória (NASCIMENTO et al., 2012).

Nas visitas domiciliares desenvolvidas pela saúde pública objetivam a promoção e prevenção onde são realizadas orientações a esses pacientes, e também incentivar alteração de hábitos e rotinas indesejáveis com exame clínico dos tecidos dentais e da mucosa bucal. Além disso, o cirurgião dentista também promove a criação de vínculos com a família e assim consegue um tratamento de forma mais humanizada (BIZERRIL, *et al.*,2015).

Cardoso et al. (2011) realizou um estudo com idosos residentes na cidade de Manaus e o principal dado observado na amostra foi o edentulismo, e isso resultando na elevada necessidade de uso de próteses, o índice de CPO-D foi de 28,9. Um estudo feito por Colussi et al (2004) apresentou um índice de CPO-D semelhante, e observou que presença de cárie radicular em 24% dos pacientes analisados, os autores relatam que essas características demonstram o estado de precariedade de saúde oral nesses pacientes.

No estudo de Vieira et al. (2016) realizado com pacientes geriátricos atendidos pelo Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar do Hospital Naval Marcílio Dias verificou um

alto índice de necessidade de exodontias tendo parte da amostra analisada apresenta-se em condição edentula, porém a maior parte dos pacientes avaliados apresentavam dentes na boca, no entanto os mesmo necessitavam de intervenção.

Diante disso, sabendo que a condição socioeconômica interfere diretamente na condição oral, este estudo trará informações relevantes sobre idosos de instituição e internação domiciliar, para que haja melhor planejamento e intervenções na qualidade dos cuidados com a saúde bucal desses pacientes. Dessa forma, objetivo do estudo é avaliar a cavidade oral de idosos em internação domiciliar fazendo um levantamento do perfil socioeconômico dos pacientes e avaliação da condição de saúde sistêmica e da saúde oral destes idosos.

2 METODOLOGIA

2.1 Caracterização da Pesquisa

De acordo com os objetivos desse estudo do ponto de vista da abordagem, elegeu-se realizar uma pesquisa de campo aplicada, explicativa e transversal com abordagem quantitativa, com intenção de pesquisar a cavidade bucal dos pacientes idosos que se encontram em internação domiciliar.

2.2 Universo e Amostra

Este estudo foi realizado com 52 indivíduos que se encontram em internação domiciliar, de ambos os sexos e idade variando entre 60 a 80 anos. Não foram incluídas na amostra as pessoas que apresentavam: dentista particular fixo, recusa ao exame, não assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e idosos com faixa etária com menos de 60 anos de idade.

2.3 Forma de realização dos exames

Os exames foram realizados por um único examinador, com o paciente sentado, em cadeiras comuns, cadeira de rodas ou camas, sob luz natural, utilizando espelho bucal, sonda exploradora nº 5, sonda periodontal tipo OMS e secagem prévia das superfícies dentais com gaze estéril. Não foram realizadas radiografias. Os resultados foram tabelados em fichas especialmente desenvolvidas para este estudo.

2.4 Forma de análise dos resultados

Os dados coletados foram expostos em planilhas no programa Excel do Windows 7 e posteriormente analisados por software SPSS (Statistical Package of Social Sciences). Os dados coletados foram analisados descritivamente e apresentados os dados absolutos (frequências) e relativos (percentual), medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão), tabelas de contingência, distribuição de frequência e gráficos.

2.5 Critérios de inclusão

Foram incluídos neste presente estudo todos os pacientes que aceitaram participar do estudo por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

2.6 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo pacientes que não tenham idade mínima de 60 anos ou que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido

3 RESULTADOS

O objetivo do estudo é observar o perfil demográfico, de saúde e de cuidados de higiene bucal de pacientes idosos submetidos a atendimento odontológico em ambiente domiciliar.

Os dados foram coletados a partir de um formulário semiestruturado, no qual foram preenchidos com dados dos pacientes atendidos e as condições de vida e saúde física e oral.

Para atingir os objetivos propostos, serão empregadas as técnicas de Análise Descritiva e Exploratória de Dados, para o resumo estatístico dos dados, e do Teste de Associação Exato de Fisher para medir o grau de correlação existente entre as variáveis envolvidas no estudo. Uma explicação mais detalhada dessas ferramentas será discutida posteriormente. A seguir será apresentada a estrutura do banco de dados considerado nesse trabalho.

3.1 Banco de Dados

O banco de dados que será empregado nesse trabalho refere-se a um conjunto dos dados de 52 (cinquenta e dois) pacientes coletados em campo, durante os atendimentos realizados, possuindo 19 (dezenove) variáveis:

- a) Sexo;
- b) Faixa Etária;
- c) Tipo de Moradia;
- d) Renda Familiar;
- e) Pressão Arterial;
- f) Problema Cardíaco;
- g) Diabetes;
- h) Presença de Biofilme visível;
- i) Presença de Tártaro;
- j) Presença de Resto Radicular;
- k) Alteração dolorosa na ATM;
- l) Problemas periodontais;
- m) Outras alterações orais;
- n) Quem realiza a higiene bucal;

- o) Faz uso de Prótese dentária;
- p) Caso positivo, qual tipo;
- q) Faz higiene da prótese;
- r) Caso positivo, qual.

3.2 Análise descritiva e exploratória

Análise Descritiva e Exploratória de Dados é utilizada, de um modo geral, para se extrair resultados preliminares e superficiais de um determinado banco de dados (VIEIRA, 1999). Tais resultados se referem, essencialmente, às construções de tabelas e gráficos. Portanto, como o próprio nome já diz, a ideia principal é apenas descrever e explorar os dados, sem nenhuma pretensão de inferir conclusões científicas (MURTEIRA; BLACK, 1983). A Análise Descritiva e Exploratória de Dados se baseia, sobretudo, na construção de gráficos e tabelas de frequências simples ou cruzadas quando as variáveis de interesse são qualitativas; e se calcula médias, mínimos, máximos e desvios padrão quando as variáveis de interesse são quantitativas. Nesse relatório apenas variáveis qualitativas foram avaliadas (BUSSAB, MORETTIN, 2006).

3.3 Teste associação

Em estudos epidemiológicos é comum o pesquisador desejar saber quais são as características físicas, pessoais, clínicas, sociais, econômicas e ambientais que afetam ou estão relacionadas com a ocorrência ou prevalência de determinado fenômeno ou doença. Muitas vezes essa relação de interferência é mensurada a partir de medidas de associação, dentre elas está o teste de associação de qui-quadrado.

O teste de qui-quadrado de associação é muito aplicado em várias áreas de conhecimento, especialmente na área médica. Apesar de ser considerado como um procedimento não-paramétrico, ou seja, uma técnica estatística que não depende da especificação de qualquer estrutura de probabilidade em relação aos dados, o teste de qui-quadrado tem como um dos seus principais “entraves” as exigências em relação às frequências observadas e esperadas das células que compõem a tabela de contingência que é utilizada para a construção do teste de associação, entre elas estão:

- A tabela não deve conter frequências observadas nulas;

- Mais de 80% de todas as frequências observadas da tabela devem ser maiores que 5;
- As frequências esperadas para a tabela devem ser maiores que 5;

Para estudos de grande porte, em que as amostras examinadas são superiores a 200, 300 ou 500 registros, a chance de ocorrer violação de qualquer das condições acima é muito pequena. No entanto, para experimentos científicos mais simples e realistas, em que as amostras são pequenas ou para os quais as amostras obtidas para o estudo de grupos específicos são reduzidas, com muita frequência encontram-se situações nas quais os testes de qui-quadrados apresentaram resultados significativos, mas, infelizmente, o pesquisador não poderá utilizá-los porque uma ou mais condições de validade e aplicabilidade do teste não foram atendidas.

Para essas situações é necessário se buscar procedimentos alternativos que não exijam tantas condições de aplicabilidade. Um desses procedimentos é o Teste Exato de Fisher. O teste de significância de Fisher é utilizado para analisar tabelas de contingência. Apesar de não sendo empregado na prática para o estudo de pequenas amostras ($n < 20$), o teste exato de Fisher é válido para todos os tamanhos de amostras. O teste é dito ser “exato” porque os cálculos das probabilidades, provenientes das tabelas de contingências, são realizados a partir de suas distribuições exatas e, portanto, não dependendo de aproximações para distribuições de probabilidade quando o tamanho da amostra cresce para o infinito, ou seja, quando é muito grande (FISHER, 1934).

O teste é, portanto, útil para examinar a significância de associação em tabelas de contingência do tipo 2×2 (duas linhas e duas colunas), independentemente se as suas frequências observadas e/ou esperadas são menores que 5 ou se a amostra é pequena, que representam justamente os “entraves” exigidos pelo teste de qui-quadrado (FISHER, 1935a).

Por outro lado, no início comentava-se que uma limitação do teste exato de Fisher era a sua aplicação somente de tabelas de contingência do tipo 2×2 . Felizmente Freeman e Halton (1951) propuseram uma generalização do teste exato de Fisher, no sentido de expandir a sua aplicação para tabelas de contingência do tipo $R \times C$ (R linhas e C colunas). O princípio do teste de Freeman-Halton, ou também chamado de Teste de Fisher Generalizado, é o mesmo do teste exato de Fisher, em que os totais marginais da tabela de contingência observada são considerados fixos e todas as subtabelas com contagens (frequências) iguais ou mais extremas que as da tabela original são consideradas na composição do Valor-p (significância) do teste.

Com essa versão generalizada do teste exato de Fisher, os testes associação de qui-quadrado que foram inviabilizados devido às violações de suas condições de aplicabilidade podem, agora, serem refeitos a partir do teste exato de Fisher generalizado que não tem restrições e, além disso, é baseado em uma distribuição de probabilidade exata.

Para a execução das análises estatísticas foi utilizado o aplicativo R-Studio.

3.4 Análise dos dados

A pesquisa observou 52 (cinquenta e dois) pacientes com mais de 60 anos submetidos a atendimento odontológico em ambiente domiciliar. Destes, apenas 5 (9,62%) possuíam idade entre 60 e 69 anos, 22 (42,31%) entre 70 e 79 anos, e 25 (48,08%) com 80 anos ou mais, sendo 32 (61,54%) pacientes do sexo feminino.

Apenas 5 (9,62%) residiam em casa geriátrica, sendo que 23 (44,23%) e 24 (46,15%) residiam, respectivamente, em apartamento e casa própria, sendo que 29 (55,77%) pacientes possuíam renda familiar superior a três salários-mínimos.

Sobre as comorbidades apenas 15 (28,85%) pacientes encontravam-se com pressão arterial alta, 6 (12,24%) possuíam problemas cardíacos preexistentes, e 9 (18,37%) eram diabéticos. Por fim, 33 (63,46%) pacientes não apresentavam qualquer comorbidade (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil demográfico dos indivíduos

	60-69 anos		70-79 anos		80 +		Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pacientes	5	9,62	22	42,31	25	48,08	52	100
Sexo								
Feminino	4	80	12	54,55	16	64	32	61,54
Masculino	1	20	10	45,45	9	36	20	38,46
Moradia								
Apartamento			9	40,91	14	56	23	44,23
Casa geriátrica			3	13,64	2	8	5	9,62
Casa própria	5	100	10	45,45	9	36	24	46,15
Renda								
2 salários mínimos ou menos	5	100	7	31,82	11	44	23	44,23
3 salários mínimos ou mais			15	68,18	14	56	29	55,77
Comorbidades								
Sim	3	60	8	38,1	7	28	19	36,54%
Não	2	40	13	61,9	18	72	33	63,46%
Pressão Arterial								

Normal	2	40	14	63,64	21	84	37	71,15%
Alta	3	60	8	36,36	4	16	15	28,85%
Problema Cardíaco								
Sim			3	13,64	3	12	6	12,24%
Não	5	100	19	86,36	22	88	43	87,76%
Diabetes								
Sim	1	20	7	31,82	2	8	9	18,37%
Não	4	80	15	68,18	23	92	40	81,63%

Todos os pacientes observados eram portadores de alguma alteração oral. As alterações orais mais presentes foram o biofilme visível em 50 pacientes (96,15%) e a presença de tártaro em 47 (90,38%). Foi observada também presenças significativas de lesões de cárie em 32 pacientes (61,54%), restos radiculares em 23 pacientes (44,23%), e problemas periodontais em 21 pacientes (40,38%).

A respeito da higiene bucal, os cuidadores eram os responsáveis por 34 (65,38%) dos pacientes observados, sendo que em 16 (30,77%) a higiene era feita por familiar e apenas 2 (3,85%) pelo próprio idoso (Tabela 2).

Tabela 2: Condições de saúde oral

	60-69 anos		70-79 anos		80 +		Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Presença de Biofilme Visível								
Não			1	4,55	1	4	2	3,85
Sim	5	100	21	95,45	24	96	50	96,15
Presença de Tártaro								
Não	1	20	2	9,09	2	8	5	9,62
Sim	4	80	20	90,91	23	92	47	90,38
Presença de Resto Radicular								
Não	2	40	12	54,55	15	60	29	55,77
Sim	3	60	10	45,45	10	40	23	44,23
Presença de Lesão de Cárie								
Não	4	80	6	27,27	10	40	20	38,46
Sim	1	20	16	72,73	15	60	32	61,54
Alterações Dolorosas na ATM								
Não	5	100	22	100	24	96	51	98,08
Sim					1	4	1	1,92
Problemas Periodontais								
Não	3	60	16	72,73	12	48	31	59,62
Sim	2	40	6	27,27	13	52	21	40,38
Outras Alterações Oraís								
Não	5	100	22	100	24	96	51	98,08
Sim					1	4	1	1,92
Quem realiza a sua higiene bucal								
Cuidador	4	80	18	81,82	12	48	34	65,38
Familiar	1	20	2	9,09	13	52	16	30,77
Idoso			2	9,09			2	3,85

Apenas 10 (19,23%) dos pacientes observados faziam uso de prótese, sendo que a mais prevalente era prótese parcial removível, 5 (50%) pacientes. Daqueles que utilizavam prótese dentária metade realizavam a higiene do dispositivo, sendo que 3 (60%) faziam uso de enxaguante bucal e 2 (40%) apenas de água (Tabela 3).

Tabela 3: Uso de Prótese Dentária

Pacientes	60-69 anos		70-79 anos		80 +		Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	5	100	20	90,91	17	68	42	80,77
Sim			2	9,09	8	32	10	19,23
Tipo de Prótese								
Fixa			1	50	0	0	1	10
Flex					1	12,5	1	10
Parcial Removível			1	50	4	50	5	50
Total					2	25	2	20
Total sob Implantes					1	12,5	1	10
Faz a Higiene da Prótese								
Não			1	50	4	50	5	50
Sim			1	50	4	50	5	50
Caso positivo, qual o produto								
Água					2	50	2	50
Enxaguante Bucal			1	1	2	50	3	60

3.5 Condições orais e fatores associativos

O objetivo dessa seção é investigar as inter-relações existentes entre as variáveis estudadas. Para isso, resolveu-se empregar o teste de associação Exato de Fisher com o intuito de medir e encontrar relacionamentos significativos. Dessa forma, foram promovidos testes estatísticos de significância (p-valor menor ou igual a 0,05) entre as variáveis de condições orais entre si e com as características demográficas dos pacientes observados.

Inicialmente foi observado que os pacientes com 80 anos ou mais tinham sua higiene bucal realizada em sua maioria por familiares (52%), diferente do que nas demais faixas etárias, que tinham sua higiene bucal realizada predominantemente por cuidadores, 80% entre os pacientes entre 60 e 69 anos e 81,82% entre aqueles com idade entre 70 e 79 anos (Tabela 4).

Tabela 4: Responsável pela Higiene Bucal por Faixa Etária

Responsável	Faixa Etária						Total	
	60-69		70-79		80 +		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Cuidador	4	80	18	81	12	48	34	65,38
Familiar	1	20	2	9,09	13	52	16	30,77

Idoso			2	9,09			2	3,85
Total	5	100	22	100	25	100	52	100
Teste Exato de Fisher (p-valor)								0,007424

Observou-se no estudo relevância estatística entre a Presença de Resto Radicular e o Responsável pela Higiene Bucal do idoso, na qual os pacientes cuja higiene bucal era realizada pelo cuidador tinham maior presença de restos radiculares (58,8%) do que aqueles que tinham auxílio de seus familiares (18,8%). Apenas 2 idosos eram responsáveis pela própria higiene bucal e nenhum apresentavam restos radiculares (Tabela 5).

Tabela 5: Presença de Resto Radicular por Responsável pela Higiene Bucal

Resto Radicular	Responsável pela Higiene Bucal						Total	
	Cuidador		Familiar		Idoso			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	20	58,8	3	18,8			23	44,23
Não	14	41,2	13	81,2	2	100	29	55,77
Total	34	100	16	100	2	100	52	100
Teste Exato de Fisher (p-valor)								0,00944

Por fim, foi observado que todos os 47 pacientes com presença de tártaro também apresentavam biofilme visível, sendo que aqueles que não tinham a presença de tártaro, 40% não apresentavam no momento da consulta biofilme visível (Tabela 6).

Tabela 6: Biofilme Visível e Presença de Tártaro

Biofilme	Presença de Tártaro				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Sim	47	100	3	60	50	96,15
Não			2	40	2	3,85
Total	47	100	5	100	52	100
Teste Exato de Fisher (p-valor)						0.01

4 DISCUSSÃO

O presente estudo tem como objetivo avaliar as condições orais de idosos em internação domiciliar. Participaram do estudo 52 idosos com idade entre 60 e 95 anos, sendo 32 (61,54%) do sexo feminino e 20 (38,46%) do sexo masculino. No estudo feito por Muniz (2016) onde foi realizada uma descrição do perfil sociodemográfico e da saúde de idosos em Atenção Domiciliar, na Estratégia Saúde da Família de Sobral foram encontrados que a maior parte dos idosos é do sexo feminino (67,7%), na faixa etária acima de 80 anos (59,6%) e viúvas (51,6%). Um estudo de Sousa *et al* (2018) que teve objetivo de analisar as prevalências e as diferenças de gênero e idade em indicadores de envelhecimento ativo entre idosos participantes do Inquérito de Saúde em Campinas - SP mostrou que a participação em distintas atividades na velhice está intrinsecamente relacionada aos papéis tradicionais de gênero que, possivelmente, se enraizaram ao longo do curso de vida e têm permeado a velhice de forma naturalizada (SOUSA, *et al.*, 2018). A predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino resulta da menor exposição a determinados fatores de risco, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferença quanto à postura em relação a doenças e incapacidade e uma maior cobertura de assistência de gineco-obstetrícia, tais razões podem estar associadas à maior longevidade destas. Esses dados refletem a realidade do país que a mulher figura em maior número na faixa etária acima de 60 anos. (TIBULO, *et al.*, 2012; LENARDT, CARNEIRO, 2013, MUNIZ, 2016).

A maioria dos idosos entrevistados (24; 46,15%) moram em casa própria, 23 44,23% moram em apartamento e 5; 9,62% em casa geriátrica. Em relação a renda familiar 23; 44,23% do entrevistados ganham apenas dois salários mínimos ou menos e a maioria 29; 55,77% possuem renda de três salários mínimos ou mais. Esses dados apresentam semelhança com a realidade socioeconômica de grande parte de idosos do país. Segundo dados do IBGE (2019), no Brasil os idosos (60 ou mais) é um grupo que possui perfil populacional de não estar propenso a pobreza monetária. Em 2018 o percentual de idosos com rendimento de Paridade de Poder de Compra (PPC) inferior a R\$ 420,00 mensais foi de 7,5% enquanto crianças de 0 a 14 anos a percentagem é de 42,3%. Vale salientar que os idosos participantes do estudo residem em bairros de classe média e alta da cidade de João Pessoa – PB.

Após anamnese observou-se 15 pacientes (28,85%) com pressão alta, 6 (12,24%) problemas cardíacos e 9 (18,37%) com diabetes. Nesse estudo todos os pacientes

observados eram portadores de alguma alteração oral. As alterações orais mais presentes foram o biofilme visível em 50 pacientes (96,15%) e a presença de tártaro em 47 (90,38%). Esses dados provavelmente se relacionam com o resultado das respostas sobre quem realiza sua higiene oral, onde apenas 2 (3,85%) dos pacientes afirmam que fazem sua própria higienização; Na grande maioria dos idosos por não terem conhecimento sobre prevenção, técnicas de higienização, capacidade motora ou condição neurológica, a saúde bucal encontra-se comprometida tendo elevado o índice de cárie e perda dentária (RODRIGUES JUNIOR *et al.*, 2006; ISOLAN *et al.*, 2008; ARSLAN *et al.*, 2009; ALCARE *et al.*, 2010; MELOTO *et al.*, 2016). Uma das grandes dificuldades encontradas nas atividades domiciliares é a correta higienização bucal, dentária e da língua, pois quando alterada favorece o acúmulo de biofilme. A diminuição da destreza manual, acuidade visual, a redução na capacidade de defesa do sistema imunológico e o envelhecimento das células do periodonto, levam ao controle do biofilme dental menos eficiente tornando o processo de cicatrização mais lento; sendo incentivada a formação de grupos de cuidadores informais, conduzidos por profissionais da área de saúde, para fomentar o conhecimento, a troca de experiências e a discussão sobre estratégias para melhorar o ato de cuidar é essencial (QUEIROZ, *et al.*, 2008; ROCHA JUNIOR, *et al.*, 2011).

Foi observada também presenças significativas de lesões de cárie, com o quantitativo de 32 pacientes (61,54%). Em idosos as lesões de cárie radicular são mais frequentes, pois com a recessão gengival, ocorre a exposição radicular, condição da qual aumenta a incidência de lesões de cárie radiculares, sendo muito mais frequente em indivíduos com mais de 60 anos, em comparação com indivíduos com 30 anos (MACDONALD, 2006).

Além do edentulismo, um achado clínico comum entre os idosos, é a presença de restos radiculares, como uma condição crônica de perda de estrutura dentária que se tornam focos de infecção, podendo trazer consequências mais graves. (MARTINS, *et al.*, 2015) No nosso estudo foi encontrado restos radiculares em 23 pacientes dos 52 pacientes, um total de 44,23%. Os indivíduos idosos geralmente se adaptam a condições bucais insatisfatórias devido a grandes alterações sistêmicas relacionadas a alguns fatores clínicos do envelhecimento (HAAIKAL, *et al.*, 2011).

No estudo foi encontrado problemas periodontais em 21 pacientes (40,38%). A alta prevalência da doença periodontal em indivíduos idosos pode ser justificada pela diminuição da qualidade da higienização oral devido a uma menor destreza manual e

diminuição da visão que torna o controle do biofilme dental menos eficiente, entre outros fatores que predispõe a progressão da periodontite como doenças sistêmicas, fatores genéticos e ambientais tais como o fumo e estresse, a redução na capacidade de defesa do sistema imunológico e o envelhecimento das células do periodonto tornam o processo de cicatrização mais lento. Além de ter limitações físicas os idosos costumam ter uma variedade de condições médicas crônicas e tomam vários medicamentos. Doenças periodontais são causadas principalmente por bactérias específicas que podem atingir outras partes do corpo através do sangue. Portanto, a invasão e multiplicação de microorganismos patogênicos em uma parte do corpo ou tecido, como ocorre na periodontite, podem produzir aos tecidos subsequentes prejuízo e progressão de outras doenças por meio de uma variedade de mecanismos celulares (RIBEIRO, 2016; SOULISSA, 2020).

No nosso estudo os cuidadores eram os responsáveis pela higiene bucal de 34 (65,38%) dos pacientes observados, sendo que em 16 (30,77%) a higiene era feita por algum familiar. A relação paciente-cuidador-familiar é formada uma tríade fundamental para incentivar e motivar os cuidados pessoais com o idoso frágil, formação de vínculo e correto manejo para a realização das condutas clínicas em saúde bucal. Estratégias como o diálogo, contato físico, humanização, respeito e expressão facial com o cirurgião-dentista contribuem para que o paciente em nível domiciliar se sinta mais confortável e confiante para realização dos procedimentos (ROCHA, MIRANDA, 2013; FIDEL, LOURENÇO, FISCHER, 2013; BONFÁ, *et al*, 2017; MONTENEGRO, MACHINI, 2017).

No presente trabalho apenas 10 (19,23%) dos pacientes entrevistados fazem uso de algum tipo de prótese. Esse baixo uso de próteses dentárias entre os pacientes também foi observado no trabalho de Sousa (2019) realizado em Fortaleza, comparando a saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados e, dos 45 idosos examinados, observou-se que o uso da prótese foi menor nos pacientes não institucionalizados, sendo as reabilitações parciais as modalidades protéticas de maior necessidade entre os pacientes. A prevalência de uso de prótese na região Nordeste é de 71,03%, essa porcentagem corresponde a menor da cinco macroregiões brasileiras. Em contrapartida a prevalência de necessidade do uso de prótese na região nordeste corresponde a 82,9% (BRASIL, 2012; SOUSA, 2019).

Dentre os 10 pacientes que usam prótese, apenas a metade, 5 dos pacientes responderam ao questionário que fazem higienização da prótese com água ou enxaguante bucal. Muitas pesquisas revelam que a maioria da população usuária de próteses dentárias

tem falhado na manutenção da limpeza de suas próteses (SILVA, PARANHOS, ITO, 2002; ANDRUCIOLLI *et al.*, 2004). Após a instalação das próteses, deve-se realizar acompanhamento periódico para a orientação aos usuários sobre a higienização e o uso. A falta desse acompanhamento do cirurgião dentista tem levado aos pacientes de próteses removíveis a acreditar que os desconfortos que as mesmas provocam fazem parte do processo de adaptação e que, só após a sua completa degradação, é que devem ser substituídas (GOIATO *et al.*, 2005). Recomenda-se a utilização dos métodos mecânicos e químicos de higienização afim de obter um controle adequado ao biofilme nos aparelhos protéticos (CATÃO *et al.*, 2013).

Os usuários de prótese dentária devem ser conscientizados de que a mesma funciona como reservatório de microorganismos patogênicos e devem ser motivados a incorporar ou aperfeiçoar hábitos de prevenção ou controle do biofilme afim de manter a saúde bucal (GONÇALVES *et al.*, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a odontologia domiciliar é essencial para melhorar a qualidade de vida do idoso e estimular os cuidados com a saúde bucal. A presença de biofilme dental e tártaro em quase a totalidade da nossa amostra, correlacionando com a higienização bucal deficiente realizada por cuidadores (técnicos de enfermagem) nos leva a crer que medidas de educação continuada e de orientações quanto à higienização correta de próteses, escovação e higienização oral devem ser repassadas aos cuidadores, através de orientação e da conscientização com treinamento específico em cada caso para que alterações orais possam ser evitadas e minimizadas devolvendo a saúde oral para esses pacientes

6 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. C.; FERREIRA, M. A. Oral health in the context of the Family Health Program: preventive practices targeting individual and public health. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, 2008.
- ALCARDE, A. C. B., *et al.* A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. **Revista Odonto Ciência**, v. 25, n. 2, p. 126-131, 2010.
- ANDRUCIOLI, M. C. D. *et al.* Comparison of two cleansing pastes for the removal of biofilm from dentures and palatal lesions in patients with atrophic chronic candidiasis. **Brazilian dental journal**, v. 15, n. 3, p. 220-224, 2004.
- ARSLAN, A., *et al.* Impact of xerostomia on oral complaints in a group of elderly Turkish removable denture wearers. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 49, n. 2, p. 263-267, 2009.
- BRASIL, S. B. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília-DF. Edit Ministério da Saúde, 2012. 2010.
- BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política nacional de saúde da pessoa idosa. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 17 de maio de 2020.
- BARROS, G. B. *et al.* Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. **Rev Saúde Com**, v. 2, n. 1, p. 127-34, 2006.
- BELOTI, A. M. *et al.* Avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados em asilos públicos de Maringá-PR. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 1, p. 096-100, 2011.
- BIZERRIL, D. O. *et al.* Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-8, 2015
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. **Tratado de geriatria e gerontologia**, v. 3, p. 1299-1310, 2006.
- BONFÁ, K. *et al.* Percepção de cuidadores de idosos sobre saúde bucal na atenção domiciliar. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 650-659, 2017.
- BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P.A. Estatística Básica, 5ª Edição, São Paulo. **Editora Saraiva**, 2006.
- BRASIL, Constituição Federal. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília: Câmara dos Deputados; 2003.
- BRASIL. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Série A. Normas e Manuais técnicos. Caderno de Atenção Básica; 2007.
- CARDOSO, E. M. *et al.* Condição de saúde bucal em idosos residentes no município de Manaus, Amazonas: estimativas por sexo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 131-140, 2011.
- CARNEIRO, R. M. V. *et al.* Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1709-1716, 2005.
- CATÃO, C. D. S., *et al.* Eficiência de substâncias químicas na remoção do biofilme em próteses totais. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 36, n. 1, p. 53-60, 2013.
- CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p. 454-460, 1999.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, p. 88-97, 2004.

DE AZEVEDO LEITÃO, R. F. *et al.* Fatores socioeconômicos associados à necessidade de prótese, condições odontológicas e autopercepção de saúde bucal em população idosa institucionalizada. **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada**, v. 12, n. 2, p. 179-185, 2012.

DE SOUZA, I. R.; CALDAS, C. P. Atendimento domiciliário gerontológico: contribuições para o cuidado do idoso na comunidade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 61-68, 2008.

DORO, G. M. *et al.* Projeto "Odontologia Hospitalar". **Rev Abeno**, v. 6, n. 1, p. 49-53, 2001.

FREEMAN, G. H.; HALTON, John H. Note on an exact treatment of contingency, goodness of fit and other problems of significance. **Biometrika**, v. 38, n. 1/2, p. 141-149, 1951.

FIDEL, J. R.; LOURENÇO, R.; FISCHER, R. A doença periodontal e o idoso frágil. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 12, n. 1, 2013.

FISHER, R. A. *et al.* Statistical methods for research workers. **Statistical methods for research workers.**, n. 5th Ed, 1934.

GOIATO, Marcelo Coelho *et al.* Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada**, v. 5, n. 1, p. 85-90, 2005.

HAIKAL, D. S. A. *et al.* Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. População, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019 Estudos e Pesquisas-Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 40, 2019.

ISOLAN, C., *et al.* Saúde oral dos idosos que freqüentam o Convento Santo Antônio no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 65, n. 2, p. 169, 2009.

JÚNIOR, F. H. R., *et al.* Incidência de cárie e edentulismo em idosos residentes em Recife, Pernambuco. **Revista de Ciências Médicas**, v. 15, n. 1, 2012.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 861-866, 2003.

KAURICH, M. J.; OTOMO-CORGEL, J.; NAGY, R. J. Comparison of postoperative bupivacaine with lidocaine on pain and analgesic use following periodontal surgery. In: **The Journal of the Western Society of Periodontology/Periodontal abstracts**. 1997. p. 5-8.

LENARDT, M. H.; CARNEIRO, N. H. K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2013.

MARTINS, A. B.; DASILVEIRA DALBERTO, Charlene; HUGO, Fernando Neves. Association between tooth root remains and self-reported oral health among the elderly. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, n. 12, 2015.

MACDONALD, D. E. Principles of geriatric dentistry and their application to the older adult with a physical disability. **Clinics in geriatric medicine**, v. 22, n. 2, p. 413-34; x, 2006.

- MARQUES, G. Q.; FREITAS, I. B. A. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 825-832, 2009.
- MELOTO, C. B. *et al.* Dental practice implications of systemic diseases affecting the elderly: a literature review. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, p. 1691-1699, 2016
- MIRANDA, A. F.; MONTENEGRO, F. L. B. O cirurgião-dentista como parte integrante da equipe multidisciplinar direcionada à população idosa dependente no ambiente do domiciliar. **Rev Paul Odontol**, v. 31, n. 3, p. 15-19, 2009.
- MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. *Odontol. mod*, v. 19, n. 4, p. 11-3, 1992.
- MONTENEGRO, F. L. B.; MARCHINI, L. Saúde Bucal: Informações à equipe de Saúde e Cuidadores. **Revista Portal de Divulgação**, v. 51, p. 49-63, 2017.
- MURTEIRA, B. J. F.; BLACK, G. H. J. **Estatística Descritiva**, Editora McGraw Hill, Lisboa, 1983.
- MUNIZ, E. A. *et al.* Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Revista kairós: gerontologia**, v. 19, n. 2, p. 133-146, 2016.
- NASCIMENTO, T. L. H. *et al.* Association between underweight and overweight/obesity with oral health among independently living Brazilian elderly. **Nutrition**, v. 29, n. 1, p. 152-157, 2013.
- PRESA, S. L. *et al.* Saúde bucal na terceira idade. **Revista Uningá**, v. 39, n. 1, 2014.
- QUEIROZ, C. M. *et al.* Avaliação da condição periodontal no idoso. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, p. 156-159, 2008.
- RIBEIRO, Karine Ataídes et al. Saúde bucal no envelhecimento: aspectos periodontais e breves considerações clínicas. **Revista Portal de Divulgação**, v. 4, n. 48, p. 32-40, 2016.
- ROCHA, D. A.; ALEXANDRE, F. M. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 16, n. 1, p. 181-9, 2013.
- ROCHA JÚNIOR, P. R. *et al.* Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3131-3137, 2011.
- ROSA, A. G. F. et al. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v. 26, p. 155-160, 1992.
- SILVA, L.; GALERA, S. A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, p. 397-403, 2007.
- SALIBA, N. A. *et al.* Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 39-50, 2007.
- SILVEIRA, T. M. da; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 1629-1638, 2006.
- SILVA, C. H. L.; PARANHOS, H. F. O.; ITO, I. Y. Evidenciadores de biofilme em prótese total: avaliação clínica e antimicrobiana. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 16, n. 3, p. 270-275, 2002.
- SOUSA, J. S. Condições de saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados no Município de Fortaleza–Ceará. 2019.

SOUSA, N.F.S. et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00173317, 2018.

SOULISSA, Abdul Gani. A Review of the Factors Associated with Periodontal Disease in the Elderly. **Journal of Indonesian Dental Association**, v. 3, n. 1, p. 47-53, 2020.

TIBULO, C.; CARLI, V.; DULLIUS, A. I. S. Evolução populacional do Brasil: uma visão demográfica. *Scientia Plena*, v. 8, n. 4 (a), 2012.

VIEIRA, S. **Princípios da Estatística**, Editora Pioneira, São Paulo, 1999.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante, este documento que você está lendo é chamado de termo de consentimento livre e esclarecido (tcle). ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Este estudo é intitulado “**Comparação entre o perfil bucal de paciente institucionalizado e paciente em internação domiciliar**” e está sendo desenvolvido pelo(a) graduando(a) em odontologia, vheronica maryland da silva barbosa, sob a supervisão do professora jordana medeiros lira decker.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. a equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

NATUREZA E OBJETIVOS DO ESTUDO

O objetivo deste estudo é comparar a cavidade bucal dos idosos internos na instituição de longa permanência com a cavidade bucal dos idosos em internação domiciliar. A finalidade é contribuir para possíveis formulações de políticas públicas.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

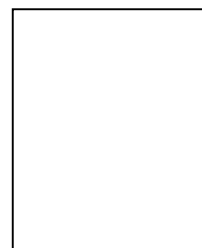
Sua participação consiste em um exame clínico que será realizado pelo pesquisador para assim obtermos os dados relativos aos objetivos da pesquisa.

RISCOS E BENEFÍCIOS

- Possui risco de desconforto decorrente do exame.
- O pesquisador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa proporcionarão assistência imediata, bem como se responsabilizam pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa.
 - Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no termo de consentimento livre e esclarecido, terá direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas. participação, recusa e direito de se retirar do estudo
 - Sua participação é voluntária. você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
 - Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
 - Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo. confidencialidade • seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
 - Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). estou ciente que receberei uma via desse documento.

Cabelo, _____ de _____ de _____



Participante da pesquisa

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a): vheronica maryland da silva barbosa, (83) 986848590 e e-mail do pesquisador maryland.24@hotmail.com ou entre em contato com o cep/iesp: comitê de ética em pesquisa do instituto de educação superior da paraíba – cep/iesp/fatecpb, telefone 2106-3849, e-mail: comiteiesp@gmail.com.

DADOS ODONTOLÓGICOS

PRESENÇA DE BIOFILME VÍSEL () SIM () NÃO
PRESENÇA DE TÁRTARO () SIM () NÃO
PRESENÇA DE RESTO RADICULAR () SIM () NÃO
PRESENÇA DE LESÃO DE CÁRIE () SIM () NÃO
ALTERAÇÕES DOLOROSAS NA ATM () SIM () NÃO
PROBLEMAS PERIODONTAIS () SIM () NÃO
ALTERAÇÕES ORAIS () SIM () NÃO

PERCEPÇÃO DO IDOSO:

QUEM REALIZA SUA HIGIENE BUCAL:

() O IDOSO () CUIDADOR () FAMILIAR

FAZ USO DE PRÓTESE DENTÁRIA: () SIM () NÃO
SE SIM, QUAL? _____-

FAZ A HIGIENE DA PRÓTESE: () SIM () NÃO

SE SIM, COM O QUE?

() ÁGUA () HIPOCLORITO () ENXAGUANTE BUCAL () OUTROS

ANEXO A : PARECER DO COMITE DE ÉTICA



INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
SUPERIOR DA PARAÍBA - IESP



Continuação do Parecer: 3.914.524

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DO PERFIL BUCAL DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS E PACIENTES EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR foi devidamente instruído, de acordo com a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, devendo atender para os devidos comentários do parecer. O tema da pesquisa apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em observação a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios: Ofício solicitando a realização da pesquisa pela instituição proponente, Carta de anuência da instituição co-participante, Instrumento de coleta de dados do tipo questionário, Termo de consentimento livre e esclarecido e o Projeto de pesquisa completo.

Recomendações:

O pesquisador deve informar ao comitê de ética em pesquisa quaisquer alterações realizadas no projeto de pesquisa ou na coleta de dados ou mudança de qualquer outra natureza no desenvolvimento da investigação. Devendo também emitir relatórios parcial e final da pesquisa, anexando-os a Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, não apresentando inadequações ou pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa não apresenta inadequações ou pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1514805.pdf	02/03/2020 16:00:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_TCLE.pdf	02/03/2020 15:59:52	Jordana Medeiros Lira Decker	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_vheronica.pdf	02/03/2020 15:55:28	Jordana Medeiros Lira Decker	Aceito

Endereço: BR 230 - Estrada de Cabedelo Km14

Bairro: Cabedelo

CEP: 58.310-000

UF: PB

Município: CABEDELLO

Telefone: (83)2106-3827

E-mail: comiteiesp@gmail.com



INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
SUPERIOR DA PARAÍBA - IESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DO PERFIL BUCAL DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS E PACIENTES EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Pesquisador: Jordana Medeiros Lira Decker

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29727320.0.0000.5184

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DA PARAIBA SOCIEDADE SIMPLES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.914.524

Apresentação do Projeto:

Este estudo será realizado com 100 indivíduos pertencentes a uma população de lares de acolhimento e domicílio de ambos os sexos e idade variando entre 60 a 80 anos. Os exames serão realizados por um único examinador, com o paciente sentado, em cadeiras comuns, cadeira de rodas ou camas, sob luz natural, utilizando-se apenas de espelho bucal, sonda exploradora nº 5, sonda periodontal tipo OMS e secagem prévia das superfícies dentais com gaze estéril. Não serão realizadas radiografias. Os resultados serão anotados em fichas especialmente desenvolvidas para este estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Comparar a cavidade bucal dos idosos institucionalizados com a cavidade bucal dos idosos em internação domiciliar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa envolvendo seres humanos oferece riscos potenciais, sejam nas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual da pessoa. A observação ao princípio da autonomia do participante, sobretudo no tocante a preservação da privacidade dos dados e o sigilo das informações oferecidas, conforme preza a Resolução nº466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS. O projeto de pesquisa apresenta riscos mínimos a pessoa humana e que devem ser observados rigorosamente.

Endereço: BR 230 - Estrada de Cabedelo Km14

Bairro: Cabedelo

UF: PB

Telefone: (83)2106-3827

Município: CABEDELLO

CEP: 58.310-000

E-mail: comiteiesp@gmail.com



INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
SUPERIOR DA PARAÍBA - IESP



Continuação do Parecer: 3.914.524

Declaração de concordância	termo_anuencia_lar_da_providencia.pdf	02/03/2020 15:47:05	Jordana Medeiros Lira Decker	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/03/2020 15:45:21	Jordana Medeiros Lira Decker	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CABEDELO, 13 de Março de 2020

Assinado por:

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock
(Coordenador(a))