

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL
ÊNFASE EM ESTOMATOLOGIA

MICHELLE ROXO GONÇALVES

QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES DA SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS NO ASILO PADRE CACIQUE

Porto Alegre

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL
ÊNFASE EM ESTOMATOLOGIA

QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES DA SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS NO ASILO PADRE CACIQUE

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado a Residência Integrada em Saúde Bucal com ênfase em Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título Residente em Saúde Bucal

Orientador: Prof. Dr. Renato De Marchi

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Roxo-Gonçalves, Michelle
QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES DA SAÚDE BUCAL DOS
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO ASILO PADRE CACIQUE /
Michelle Roxo-Gonçalves. -- 2018.
52 f.
Orientador: Renato De Marchi.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Residência Integrada em Saúde Bucal,
Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Saúde do Idoso Institucionalizado. 2. Saúde
Bucal. 3. Qualidade de vida. I. De Marchi, Renato,
orient. II. Título.

RESUMO

ROXO-GONCALVES, Michelle. **Qualidade de vida e condições da saúde bucal dos idosos institucionalizados no Asilo Padre Cacique**. 2018. 48f. Trabalho de conclusão da Residência Integrada em Saúde Bucal – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

A revolução demográfica que está resultando em um aumento contínuo da população idosa, impacta diretamente na necessidade de ampliar e aprimorar a atenção à saúde do idoso através de políticas sociais. Sabe-se também que o cuidado à saúde bucal deficiente pode refletir em um cuidado geral também deficiente, e ambos têm relação direta com a qualidade de vida da pessoa idosa. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) têm caráter residencial destinado a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Deve-se pensar na estrutura dessas instituições, de modo a ser ideal para proporcionar uma boa qualidade de vida aos residentes. Sendo a avaliação da qualidade de vida e a autopercepção de saúde imprescindível para a determinação de uma política de cuidado e saúde adequada para os idosos, e estando a saúde bucal diretamente associado a esse processo, este estudo teve como objetivo avaliar as relações entre a saúde bucal clínica de idosos institucionalizados, suas autopercepções da saúde bucal e o impacto da mesma na qualidade de vida. Esta pesquisa contou com 61 participantes inicialmente, estes responderam ao questionário sócio-demográfico, de autopercepção da saúde bucal (GOHAI) e do impacto da saúde bucal na sua qualidade de vida (OHIP-14). A maioria dos entrevistados eram mulheres (62,3%) e a faixa etária variou de 53 a 93 anos ($78,4 \pm 8,1$). A autopercepção de saúde bucal foi negativa com média de 26,47 pontos (considerando-se positiva acima de 30), porém as análises estatísticas não significância entre nenhuma das variáveis. O OHIP-14 teve média de 12, sendo que o máximo de escore, ou seja, o maior impacto que possível é de 56 pontos. Durante a pesquisa houve algumas perdas e o exame clínico bucal foi realizado em 53 idosos, destes 25 (47,16%) eram edêntulos totais, sendo a média de número 3,09 dentes. Quanto ao CPOD houve predomínio no componentes perdidos (94,72%). Dos idosos, a maioria utilizava prótese 34 (64,15%), sendo, próteses total (85,29%). Quanto a saúde periodontal, notou-se que o Índice de Placa (IPV) era maior que o Índice de sangramento (ISG) tanto nos homens como nas mulheres idosas. A maioria dos idosos apresentavam pelo menos uma alteração de mucosa (64,15%), sendo destas 17,46% com hipóteses de lesões com potencial de malignidade. Conclui-se que o envelhecimento da população é um desafio para saúde pública, uma vez que há inúmeras variáveis que pode afetar na qualidade de vida da pessoa idosa e uma destas variáveis é a saúde bucal. Esta encontra-se ainda precária, com alto número de pacientes edêntulos, com elevado índice de placa e lesões bucais que podem afetar diretamente nas condições sistêmicas e qualidade de vida da população idosa.

Palavras-chave: Saúde do Idoso Institucionalizado. Saúde Bucal. Qualidade de vida.

ABSTRACT

ROXO-GONCALVES, Michelle. **Evaluation of self-perception, impact of oral health on quality of life and oral health conditions of institutionalized elderly people in Asilo Padre Cacique**. 2018. 48f. Trabalho de conclusão da Residência Integrada em Saúde Bucal – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

The demographic revolution that is resulting in a continuous increase of the elderly population, affects directly the necessity of enlarge and improve the attention to the elderly health through social politics. It is also noticed a critical picture regarding the oral health conditions of the Brazilian elderly population and known that a deficient oral health care can reflect at a deficient general health care too, and both of them are directly related to the life quality of the elderly people. The geriatric institutions have a residential character for people with 65 year old or more. The structure of these institutions must be thought in order to be the ideal way to provide a good life quality to its residents. The life quality evaluation and the self-perception of health are indispensable to determining of the care politics and proper elderly health, and as the oral health is directly associated with this process, this study aimed to evaluate the relation between a clinical oral health of institutionalized elderly people, their self-perceptions of oral health and their impact on life quality. Initially this research had 61 participants and they all answered the social demographic, oral health self-perception (GOHAI) and oral health impacts on life quality (OHIP-14) questions. Most of the interviewed were women (62.3%) and the average age for the elderly people was 53 a 93 years ($78,4 \pm 8,1$). The oral health self-perception was negative, with an average of 26.7 points (it is considered positive when it is above 30), but the statistical analysis did not shown any relation between the variables. OHIP-14 average was 12, where the maximum score, that means the highest impact possible, is 56 points. During the research, there were a few losses and the oral clinical exam was realized on 53 elderly people where 25 (47.16%) of them were totally toothless and the average number of teeth was 3.09. Regarding the decayed, missing, and filled teeth (DMFT), there was a predominance at the missing (94.72%). Most of the elderly, exactly 34 (64.15%) of them, had prosthesis, being 85.29% of them total prosthesis. Regarding the periodontal health, the tooth plaque index (PI) has been noticed as being higher than bleeding on probing (BOP), even for elderly men and women. Major of the elderly presented at least one mucosal change (64.15%), and 17.46% of them were injuries with hypothetical potential for malignancy. It has been concluded that the aging of the population is a challenge for the public health, once that there are several variables that can affect the life quality of the elderly people and one of these is the oral health. This finds itself at a very precarious situation, with a high number of edentulous patients, with elevated plaque index and oral injuries that can directly affect the systemic conditions and life quality of the elderly people.

Keywords: Health of Institutionalized Elderly. Oral Health. Quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	12
2.1 GERAL.....	12
2.2 ESPECÍFICOS.....	12
3 METODOLOGIA	13
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	13
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	13
3.3 AMOSTRA.....	13
3.4 PROCEDIMENTOS.....	13
3.4.1 Informações sócio-demográficas, comportamentais e história médica-odontológica.....	14
3.4.2 Autopercepção da condição de saúde bucal (GOHAI).....	14
3.4.3 Autopercepção do impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14).....	15
3.4.4 Avaliação da higiene bucal.....	15
3.4.5 Cáries Coronárias, Cáries Radiculares e Perdas Dentárias.....	16
3.4.6 Avaliação de alterações da mucosa.....	16
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	17
3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	17
4 RESULTADOS	19
4.1 CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA.....	19
4.2 AUTOPERCEPÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL (GOHAI).....	19
4.3 AUTOPERCEPÇÃO DO IMPACTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OHIP-14).....	21
4.4 AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL.....	23
5 DISCUSSÃO	29
6 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A	41
APÊNDICE B	43
ANEXO A	44

ANEXO B..... 46
ANEXO C..... 48
ANEXO D..... 50
ANEXO E..... 51

1INTRODUÇÃO

Os países em desenvolvimento, após a década de 70, começaram um processo de declínio de fecundidade resultando em um aumento contínuo da população idosa (Ramos, Veras e Kalache 1987). Em 2010, no Brasil, essa população configurava um total de 19,6 milhões, tendo como perspectiva 66,5 milhões de pessoas idosas para 2050 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2012). Essa revolução demográfica impacta diretamente na necessidade de ampliar e aprimorar a atenção à saúde do idoso através de políticas sociais, levando principalmente em conta a complexidade crescente das doenças e procedimentos médicos dessa população (Vasconcelos et al., 2012; Mendes, 2011).

Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999) as doenças crônico-degenerativas são as que mais afetam a população idosa de todo o mundo, tais como: doenças cardiovasculares, hipertensão, derrame, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas, doenças mentais, cegueira e diminuição da visão. As alterações funcionais e estruturais do organismo estão diretamente associadas ao processo de envelhecimento, porém, muitas vezes estas podem não interferir na homeostasia do organismo. Sendo assim, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera saudável aquele que realiza Atividades da Vida Diária (AVD) com autonomia e independência, mesmo que possua alguma doença orgânica (Brasil, 2011).

Quanto à saúde bucal, em 2010, foi realizado pelo Ministério da Saúde um levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira, Projeto SB Brasil (2010), no qual, evidencia-se o quadro crítico da saúde bucal da população idosa. O Índice de dentes cariados, perdidos e obturados foi de 27,53% na faixa etária de 65 a 74 anos, sendo o componente perdidos responsável por cerca de 92%. Quanto a necessidade de tratamento odontológico, 46,6% dos idosos necessitam de alguma intervenção sendo 92,7% necessidade de prótese. Quase metade da população idosa examinada (46%) relata impacto das condições de saúde bucal sobre a vida diária, sendo comer, sorrir e falar os impactos mais prevalentes.

Ainda nesse contexto, associa-se a precária saúde bucal, e a consequente perda dentária e doença gengival, à desnutrição, levando ao desequilíbrio da saúde geral, logo elevando o risco de desenvolver doenças crônico-degenerativas (De Marchi, 2008). Ou seja, o cuidado a saúde bucal deficiente pode refletir em um cuidado geral também deficiente e ambos têm relação direta com a qualidade de vida da pessoa idosa (Hugo et al., 2009).

Entende-se qualidade de vida não apenas a capacidade funcional (autonomia e independência) e ausência de doença (Brasil, 2012; Duca, Silva e Hallal, 2009), mas exercem papel fundamental nesse sentido as relações pessoais e meio sociais (Petersen 2003; OMS, 1946). Estudos relacionam de forma positiva o suporte social com a saúde bucal dos idosos, uma vez que aqueles acompanhados não só procuraram mais os serviços de saúde, como escolheram por tratamentos mais conservadores (Avlund et al, 2003; McGrath and Bedi, 2002).

Outra variável que está comumente associada ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida é a autopercepção (Silva e Fernandes, 2001), sendo outro motivo pelo qual essa população pode não procurar atendimento odontológico (Gilbert et al., 1994), tendo, geralmente, uma percepção positiva quando a sua saúde bucal, quando na verdade, o estado clínico mostra o contrário (Martins, Barreto e Pordeus, 2009). Faz-se assim, importante a avaliação da autopercepção considerando principalmente o fato de que o comportamento e mudanças em relação a saúde é condicionado por suas percepções e a importância dada a elas (Haikal et al., 2011)

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) podem ser filantrópicas, públicas ou particulares e tem caráter residencial destinado a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Devem compor não só a rede de assistência e saúde, mas também, a de habitação (Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, 2005). A tendência é que, no Brasil, a demanda por ILPIs cresça devido ao envelhecimento da população idosa que deve reduzir a oferta de cuidados familiares dadas as mudanças na família, a

redução do seu tamanho, falta de espaço nos domicílios e condições de saúde (Camarano, 2010).

Entre 2007 e 2009, foi realizado, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) fez um levantamento nacional de caráter censitário avaliando as condições de funcionamento e de infraestrutura das ILPIs. A pesquisa relata a existência de 3.548 instituições no Brasil, concentrando-se o maior número (2255 idosos) no Sudeste seguido do sul (693). As instituições filantrópicas correspondem 65,2% no território brasileiro, seguido das privadas 28,2%, e apenas 6,6% são instituições públicas ou mistas. Em média as ILPIs brasileiras abrigam 30,4 idosos, sendo consideradas pequenas e apenas 15% são de grande porte, ou seja, residem mais que 50 idosos (IPEA, 2009; COREN-RS, 2000).

Quanto a características dos residentes nas instituições brasileiras, a maioria é mulher 58,6%, e a maior parte foi classificada como independente (34,9%) e a menor, 31,9%, semidependentes (IPEA, 2009), sendo classificados como independentes aqueles que não necessitam ajuda para realizar as AVD básicas, os semidependentes são que necessitam de ajuda em até três AVD e os dependentes aqueles que necessitam em todas (BRASIL, 1994; ANVISA, 2005). Tendo em vista a marcha para aumento das ILPI visando acompanhar a revolução demográfica, deve-se pensar na estrutura dessas instituições, de modo a ser ideal para proporcionar uma boa qualidade de vida aos residentes.

O Asilo Padre Cacique, localizado na cidade de Porto Alegre no sul do Brasil e foi fundado em 1898 e é uma organização não governamental sem fins lucrativos. Atualmente, abriga 114 idosos entre homens e mulheres, sendo que em torno de 40% não tem nenhum vínculo familiar. A estrutura conta com dormitórios individuais e separados entre homens e mulheres, piscina, sala de computação, sala de cinema, cancha de bocha, refeitório, enfermaria, sala de visitas e áreas de convivência ao ar livre. Os idosos que lá residem contam com atendimento diário de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas. Já o atendimento odontológico é ofertado em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e é realizado pelos alunos de graduação do 7º semestre (Asilo Padre Cacique, 2017).

Sendo a avaliação da qualidade de vida e a autopercepção de saúde imprescindível para a determinação de uma política de cuidado e saúde adequada para os idosos, e estando a saúde bucal diretamente associada a esse processo, este estudo teve como objetivo avaliar as relações entre a saúde bucal clínica de idosos institucionalizados, suas autopercepções da sua saúde bucal e sua associação com qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados no asilo Padre Cacique.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar as necessidades de tratamento dos idosos residentes no asilo;
- b) Avaliar a autopercepção dos idosos quanto à sua saúde;
- c) Avaliar a relação entre as condições de saúde bucal e qualidade de vida dessa população.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo observacional transversal descritivo.

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Asilo Padre Cacique – Instituição de longa permanência para idosos na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

3.3 AMOSTRA

A amostra deste estudo foi composta por idosos moradores da instituição de longa permanência Asilo Padre Cacique. O Asilo Padre Cacique é uma organização não governamental sem fins lucrativos localizada no município de Porto Alegre. Atualmente, o asilo abriga 114 idosos entre homens e mulheres. A amostra da pesquisa foi não probabilística intencional do tipo senso. O estudo foi restrito a idosos independentes.

3.4 PROCEDIMENTOS

Os exames clínicos bucais foram coletados pela residente da Residência Integrada em Saúde Bucal de odontologia da UFRGS, na própria instituição asilar, em horários e dias pactuados com a direção da instituição de maneira que não interferiu na rotina dos idosos. A coleta foi realizada por meio um exame clínico bucal a partir do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), Índice de Placa Visível (IPV) uso e estado das próteses, exame de mucosa e Índice de Sangramento Gengival (ISG). Os indivíduos selecionados na amostra foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e do modo como a mesma seria conduzida. Então, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Informado (APENDICE A), e este foi assinado em duas vias. Os

questionários foram aplicados a todos os indivíduos, e após, foi feito exame clínico.

Alguns dos questionários já haviam sido anteriormente aplicados, uma vez que este estudo enquadrou-se como sub-projeto de um Projeto maior intitulado Saúde bucal em idosos institucionalizados e questões associadas: avaliação multidimensional, já estava cadastrado na Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS e na Plataforma Brasil.

3.4.1 Informações sócio-demográficas, comportamentais e história médica e odontológica

Um questionário padronizado foi utilizado para coleta de informações sócio-demográficas incluindo idade, sexo, renda, escolaridade, raça e estado marital. A presença de problemas médicos foi auto relatada e avaliada por meio de uma lista que inclui problemas de saúde. O uso de medicamentos também foi registrado e o número total de medicamentos consumidos, bem como informações sobre a frequência, a necessidade, o tipo e o acesso a serviços de saúde bucal e os hábitos de higiene bucal. (ANEXO A).

3.4.2 Autopercepção da condição de saúde bucal (GOHAI)

Foi utilizado o instrumento GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) (ANEXO C) que contém 12 questões sobre a autopercepção de saúde bucal, onde os participantes respondem “sempre”, “às vezes” ou “nunca”. As respostas recebem valores numa escala de 3 pontos (sempre= 1, às vezes= 2 e nunca= 3). Com a soma desses valores é determinada a média do índice GOHAI que, quanto mais alta, mais positiva a percepção de condição de saúde bucal. As perguntas 1, 2, 3 e 4 compreendem o domínio físico, apresentando uma pontuação mínima de 4 e máxima de 12; as perguntas 6, 7, 9, 10 e 11 compreendem o domínio psicossocial e possuem valores entre 5 e 15; por último, as questões 5, 8 e 12 compreendem o domínio dor/desconforto, que varia de 3 a 9 (Atchison , Dolan, 1990).

3.4.3 Autopercepção do impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14)

Oral Health Impact Profile (OHIP-14), na forma reduzida (OHIP-14) foi um dos questionários aplicados (ANEXO D). Tem como objetivo avaliar a percepção do impacto produzido pelos problemas de saúde bucal na qualidade de vida dos idosos. O OHIP-14 apresenta-se com 14 questões agrupadas em sete dimensões do impacto: limitação funcional (questões 1 e 2); dor física (questões 3 e 4); desconforto psicológico (questões 5 e 6); incapacidade física (questões 7 e 8); incapacidade psicológica (questões 9 e 10); incapacidade social (questões 11 e 12) e desvantagem social (questões 13 e 14). As respostas podem ser sempre (escore 4), repetidamente (escore 3), às vezes (escore 2), raramente (escore 1) ou nunca (escore 0), passado pela experiência de ter os problemas relacionados nos 14 itens do OHIP-14 durante os últimos seis meses, seguindo-se, portanto, a escala de Lickert. O resultado do OHIP-14 foi calculado pelo método aditivo, que consiste na soma de todos os itens pertencentes a cada dimensão (Slade, 1997).

3.4.4 Avaliação da higiene bucal

A higiene bucal foi avaliada por meio do Índice de Placa Visível e do Índice de Sangramento Gengival. O Índice de placa visível (IPV) é um índice dicotômico de placa (a partir do Índice de placa Silness e Løe), em que se aplica escore 0 para ausência e escore 1 para presença de placa visível, em cada uma das faces do dente avaliadas. Os dados do IPV são expressos como uma porcentagem do número de margens gengivais examinadas (Ainamo e Bay, 1976). O Índice de Sangramento Gengival (ISG) avalia o índice de sangramento presente nos elementos dentários ao passar-se a sonda periodontal com profundidade de 1mm em toda margem gengival de cada dente. O ISG é avaliado pois é considerado um sinal pioneiro da inflamação (Oppermann; Rösing 2003), sendo 0 para ausência sangramento e 1 para presença de sangramento.

3.4.5 Cáries Coronárias, Cáries Radiculares e Perdas Dentárias

O Índice CPOD, preconizado pela OMS (1999), foi o utilizado para avaliação das cáries coronárias e radiculares na população estudada. Brevemente, os critérios atribuídos pelo uso deste Índice são: Coroa/raiz hígida (0); Coroa/raiz cariada (1); Coroa/raiz restaurada com cárie (2); Coroa/raiz restaurada sem cárie (3); Dente ausente como resultado de cárie (4); Dente ausente por qualquer outra razão (5); Selante de fissura (6); Dente suporte de prótese, coroa protética ou faceta (7); Coroa não erupcionada (8); Traumatismo (T); Não registrado (9).

A presença de próteses foi registrada tanto para maxila quanto para mandíbula de acordo com os Critérios da OMS (Organização Mundial de Saúde, 1999) de acordo com os seguintes códigos: 0 – sem prótese; 1 – prótese parcial fixa; 2 – mais de uma prótese parcial fixa; 3 – prótese parcial removível; 4 – tanto próteses parciais fixas quanto removíveis; 5 – prótese total removível (ANEXO E). Além disso as condições da prótese foram avaliadas a partir de três critérios: (1) presença ou ausência de estomatite por dentadura avaliada no palato de usuários de dentaduras superiores (Newton, 1962), higiene da prótese e desgaste dos elementos dentários presentes na prótese. Foram considerados boas as com nenhum dos três critérios, regular com um e ruim com dois ou os três critérios.

3.4.6 Avaliação de alterações da mucosa

Os idosos também foram submetidos á um exame de mucosa (lábios, mucosas labiais, mucosas jugais, língua, assoalho de boca, palato duro e palato mole até região de úvula) para avaliar se havia presença de alterações de mucosa. A partir do observado e foram formuladas hipóteses diagnósticas para cada alteração (ANEXO E).

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis. As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste de Qui-quadrado e as variáveis contínuas foram avaliadas pelos testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal Wallis. Modelos de Regressão de Poisson foram utilizados para avaliar associação entre as variáveis exógenas, sóciodemográficas, médicas, comportamentais e clínicas (saúde bucal) e os desfechos de Qualidade de Vida avaliada pelo questionário OHIP-14. As análises foram realizadas no software para análise estatística SPSS 18.0. Foi utilizado o modelo de Anderson e Davidson para a modelagem estatística (Andersen, Davidson, 1997).

As análises univariadas e multivariadas, brutas e ajustadas, foram realizadas de acordo com um modelo conceitual de Andersen e Davidson (1997) em blocos, sequencialmente: variáveis exógenas (sexo e idade), determinantes primários (estado marital e educação formal), condições sistêmicas (uso de medicamentos e comorbidades) características e condições de saúde bucal (número de dentes naturais, condições das próteses e número de lesões em tecido mole). A análise foi realizada de forma que o efeito das variáveis está controlado para aquelas do mesmo nível. O nível de significância de 5% foi utilizado para o modelo multivariado totalmente ajustado.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo enquadra-se como subprojeto de um Projeto maior intitulado Saúde bucal em idosos institucionalizados e questões associadas: avaliação multidimensional, já cadastrado na Plataforma Brasil. Enquadra-se na modalidade de pesquisa de risco mínimo (de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde). Por se tratar de uma pesquisa de método que entrevistará sujeitos apenas na cidade de Porto Alegre, e de acordo com a Resolução n. 466, de 12 de Dezembro de 2012 da Comissão Nacional de Ética em pesquisa, a pesquisa foi realizada com a anuência dos participantes da pesquisa livre de intimidação para entrevista, após esclarecimento completo e esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos ou incômodo que pudesse acarretar ao

participante. Tal anuência foi confirmada com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APENDICE A).

O projeto maior foi avaliado por uma Comissão composta por profissionais do Asilo Padre Cacique e teve sua realização aprovada por meio de uma carta de autorização escrita (APENDICE B). O mesmo foi registrado na Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS, e foi enviado ao CEP da UFRGS via Plataforma Brasil (número do parecer 2.211.220). O subprojeto foi também submetido à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

O benefício esperado com a pesquisa foi a melhor compreensão de como está à saúde bucal dos idosos do asilo para assim poder melhorar o atendimento odontológico e o cuidado em saúde bucal na instituição. A intenção é colaborar para que se fortaleça e avance, especificamente, nas ações de atenção primária em saúde bucal do asilo em questão. Além deste aspecto, todos aqueles que necessitam de atendimentos de urgência e os que manifestarem interesse em ser atendidos devido a possíveis problemas bucais foram encaminhados para o atendimento no Ambulatório de atenção à saúde bucal no Asilo Padre Cacique e para a Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Os possíveis riscos mínimos foram relacionados aos possíveis sentimentos de intimidação para responder aos questionários e realização do exame bucal. De certo modo, os riscos referem-se à possibilidade do entrevistado ter se sentido coagido a responder as perguntas do pesquisador e talvez desconfortável com o exame bucal simplificado. Além disso, existe o risco de quebra de sigilo e privacidade dos participantes. Tais riscos poderão ser evitados com a possibilidade de realização da coleta de dados em ambiente agradável, garantia de sigilo e confiabilidade garantida pelo pesquisador na assinatura deste termo e liberdade do idoso em não aceitação em participar da pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Dos 114 residentes do Asilo Padre Cacique, 61 participaram dos questionários epidemiológicos, de autopercepção de saúde bucal (GOHAI), de impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14). Os 53 que não participaram foram ou recusa ou por não passar no Mini Exame do Estado Mental. Destes, 38 (62,3%) mulheres e 23 (37,7%) homens. A faixa etária variou de 53 a 93 anos ($78,4 \pm 8,1$). Os resultados obtidos quanto às doenças sistêmicas relatadas podem ser visualizados na Tabela 1. Apenas 13 (21%) dos idosos não relataram nenhuma condição sistêmica, 27 (44%) apresentaram uma e 21 (34%) apresentaram duas ou mais. Além disso, observou-se que 54 (88,52%) dos idosos utilizavam pelo menos uma medicação, sendo entre as mulheres 34 (89,47%) e 20 (86,96%) entre os homens.

Tabela 1- Acometimento sistêmico por sexo

Condição Sistêmica	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	22	57,89	11	47,83	33	54,10
Artrite	2	5,26	0	0	2	3,28
Osteoporose	8	21,05	1	4,35	9	14,75
Diabetes	12	31,58	8	34,78	20	32,79
Cardiopatía	9	23,68	1	4,35	10	16,39
Outra doenças	6	15,79	2	8,70	8	13,11

4.2 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL (GOHAI)

O valor médio total do GOHAI foi de 26,47 (mediana 26 e desvio-padrão 3,66), ou seja, a autopercepção de saúde bucal foi negativa. Dos idosos, 8 (21%) mulheres e apenas 3 (13%) homens relataram um valor em GOHAI maior que 30, considerados valores com boa autopercepção de saúde bucal. O menor e o maior valor GOHAI esteve entre as mulheres (18-36). É possível visualizar todas as respostas para cada uma das 12 questões do GOHAI na

Tabela 2. Enquanto na Tabela 3 as respostas foram separadas de acordo com seus domínios: físico (alimentação, fala e deglutição), psicológico e dor/desconforto, por sexo. Nota-se que o domínio menos afetado foi o físico. As análises estatísticas realizadas não mostraram significância entre nenhuma das variáveis.

Tabela 2 – Resposta de todas as perguntas do questionário GOHAI, por sexo

Perguntas GOHAI	Feminino			Masculino			Total		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1. Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?	13,16	36,84	50,00	17,39	26,09	56,52	14,75	32,79	52,46
2. Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?	10,53	28,95	60,53	21,74	30,43	47,83	14,75	29,51	55,74
3. Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?	52,63	26,32	21,05	56,52	30,43	13,04	54,10	27,87	18,03
4. Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?	10,53	34,21	55,26	13,04	30,43	56,52	11,48	32,79	55,74
5. Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?	50,00	39,47	10,53	30,43	43,48	26,09	42,62	40,98	16,39
6. Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?	10,53	34,21	55,26	8,70	39,13	52,17	9,84	36,07	54,10
7. Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?	36,84	39,47	23,68	47,83	43,48	8,70	40,98	40,98	18,03
8. Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?	10,53	31,58	57,89	4,35	43,48	52,17	8,20	36,07	55,74
9. Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?	21,05	55,26	23,68	30,43	43,48	26,09	24,59	50,82	24,59
10. Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?	5,26	57,89	36,84	4,35	56,52	39,13	4,92	57,38	37,70
11. Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?	5,26	44,74	50,00	-	52,17	47,83	3,28	47,54	49,18
12. Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?	10,53	39,47	50,00	8,70	39,13	52,17	9,84	39,34	50,82

Tabela 3 – Resposta das perguntas do GOHAI separadas por seus domínios, por sexo.

	Feminino (%)			Masculino (%)			Total (%)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Domínio físico	22	32	47	27	29	43	24	31	45
Domínio psicossocial	16	46	38	18	47	35	17	47	37
Domínio desconforto	24	37	39	14	42	43	20	39	41

4.3 AUTOPERCEPÇÃO DO IMPACTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OHIP-14)

O escore total do OHIP-14 variou de 0 a 56 (média 12,62; mediana 7; desvio-padrão 13,59). Dos idosos, 24 (38,71%) responderam 0 (nunca), ou seja, que problemas bucais nunca causaram/causam impacto na qualidade de vida. A distribuição de respostas de cada item do questionário estão na Tabela 4. Na Tabela 5 apresentam-se as médias do OHIP-14 separados por cada uma das suas dimensões.

Tabela 4 - Distribuição de respostas de cada item do questionário OHIP-14 para cada score.

Pergunta OHIP-14	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Às vezes n (%)	Repetidamente n (%)	Sempre n (%)
1. Você tem problema para falar alguma palavra	39 (63,93)	7 (11,47)	5 (8,20)	6 (9,83)	4 (6,55)
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos mudou?	42 (68,85)	9 (14,75)	2 (3,28)	7 (11,47)	1 (1,64)
3. Você sentiu dores em sua boca e dentes	37 (60,65)	9 (14,75)	6 (9,83)	8 (13,11)	1 (1,64)
4. Você se sentiu incomodado ao comer	30 (49,18)	10 (16,39)	10 (16,39)	8 (13,11)	3 (4,92)

5. Você ficou preocupado em relação a sua boca	27 (44,26)	15 (24,59)	9 (14,75)	8 (13,11)	2 (3,28)
6. Você se sentiu estressado	30 (49,18)	14 (22,95)	7 (11,47)	8 (13,11)	2 (3,28)
7. Sua alimentação ficou prejudicada	30 (49,18)	16 (26,23)	4 (6,55)	9 (14,75)	2 (3,28)
8. Você teve que parar suas refeições	31 (50,82)	15 (24,59)	4 (6,55)	9 (14,75)	2 (3,28)
9. Você encontrou dificuldade para relaxar	32 (52,46)	13 (21,31)	5 (8,20)	10 (16,39)	1 (1,64)
10. Você se sentiu envergonhada	34 (55,74)	14 (22,95)	4 (6,55)	8 (13,11)	1 (1,64)
11. Você ficou irritada com outras pessoas	31 (50,82)	16 (26,23)	5 (8,20)	8 (13,11)	1 (1,64)
12. Você teve dificuldade para realizar suas atividades	31 (50,82)	16 (26,23)	4 (6,55)	9 (14,75)	1 (1,64)
13. Você sentiu que a vida ficou pior	32 (52,46)	16 (26,23)	3 (4,92)	9 (14,75)	1 (1,64)
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades	32 (52,46)	14 (22,95)	5 (8,20)	9 (14,75)	1 (1,64)

Tabela 5 - Média, desvio-padrão, mediana, valor mínimo e valor máximo das dimensões do OHIP-14.

	MÉDIA	DP	MEDIANA	MIN	MAX
Limitação funcional	0,73	1,21	0	0	4
Dor física	0,94	1,23	0	0	4
Desconforto psicológico	1,02	1,20	1,0	0	4
Incapacidade física	0,96	1,21	0,5	0	4
Incapacidade psicológica	0,88	1,16	0	0	4
Incapacidade social	0,89	1,13	0	0	4

Desvantagem social	0,89	1,15	0	0	4
--------------------	------	------	---	---	---

Na Tabela 6 está a associação entre as variáveis e o OHIP-14 dicotomizado (com impacto e sem impacto na qualidade de vida). Já na Tabela 7 está a associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com o OHIP-14, observa-se associação significativa ($p < 0,05$) entre qualidade de vida, maior incidência de cárie e mais de duas comorbidades. Na Tabela 8 está o modelo final, as variáveis que continuam no modelo ajustado foram: sexo, comorbidades e condições das próteses.

4.3 AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Quanto aos exames para avaliação da saúde bucal, por ter ocorrido aproximadamente 06 meses após aplicação dos questionários, houve algumas perdas. Dos 61 idosos inicialmente participantes, três faleceram, três recusaram-se a realizar os exames clínicos bucais e dois não estavam em boas condições de saúde geral no período das coletas. Sendo assim, a avaliação da saúde bucal foi realizada em 53 idosos (20 homens e 33 mulheres).

Dos idosos avaliados, 25 (47,16%) eram totalmente desdentados. A média do número de dentes presentes foi de 3,09 (DP=4,42), sendo 3,89 (DP=4,64) em mandíbula e 2,30 (DP=4,06) em maxila. Foram considerados no exame um total de 328 dentes, a prevalência de cárie entre os idosos institucionalizados foi baixa, apenas 8 (2,4%). Os dentes obturados totalizaram 68 (20,73%). O CPOD médio foi 27,19, havendo predomínio do componente perdidos, que representou 94,72% de todo índice.

Quanto ao uso de prótese, 19 (35,84%) não usavam nenhum tipo de prótese, enquanto 34 (64,15%) usavam pelo menos uma prótese. Entre os que usavam prótese, a maioria utilizava prótese total (PT) na arcada superior (82,35%). Observou-se que entre os idosos homens usuários de prótese, 100% tratava-se de PT (dupla em 2 e apenas em maxila em 9). Nas mulheres usuárias de prótese, 19 (76%) utilizavam PT superior e 12 (48%) PT inferior.

Além disso, nas mulheres também havia as que utilizavam prótese parcial removível (PPR), sendo 5 superiores e 3 inferiores e uma idosa com prótese parcial fixa. Quanto às condições das próteses, 47,05% foram consideradas ruins, 38,23% regulares e apenas 14,70% boas. A avaliação periodontal pode ser vista na Tabela 9.

Tabela 9. Média, desvio-padrão, máximo e mínimo dos exames de Índice de Placa Visível (IPV) e Índice de Sangramento Gengival (ISG).

	Fem				Masc				Total			
	Média	DP	Min	Max	Média	DP	Min	Max	Média	DP	Min	Max
ISG	28,31	26,91	0	100	37,69	30,48	3,12	100	31,99	28,20	0	100
IPV	57,60	29,89	0	100	63,79	26,89	26,6	100	60,03	28,40	0	100

Quanto às alterações de tecido mole, mais da metade dos idosos, 34 (64,15%) apresentavam pelo menos uma lesão de boca. As mulheres apresentaram mais lesões (66,66%) quando comparadas aos homens (60%). Quanto ao número de lesões em cada idoso, 15 (28,30%) tinham apenas uma lesão, 14 (26,41%) tinham 2 lesões e 5 (9,4%) tinham 3 ou mais lesões. A distribuição das hipóteses diagnósticas das lesões, por sexo, está disposta na Tabela 10. Dos pacientes usuários de prótese superior, 30% apresentaram candidíase. Nota-se que nas hipóteses estão presentes lesões potencialmente malignas, que representam 17,46% das alterações encontradas, são estas: Queilite actínica (9), Eritroleucoplasia (1) e Leucoplasia (1).

Tabela 10 – Hipóteses diagnósticas das lesões dos idosos do Asilo Padre Cacique, Porto Alegre.

Lesões de boca	Fem	Masc	Total
	n	n	N
Queilite Actínica	5	4	9
Candidíase Eritematosa	5	1	6
Eritroleucoplasia	1	0	1
Trauma erosivo prótese	2	0	2
Lesões pigmentadas	2	0	2
Lesão vascular	5	4	9
Leucoedema	1	0	1
Úlcera traumática	4	1	5
Candidíase Pseudomembranosa	2	1	3
Língua fissurada	4	0	4
Língua geográfica	1	0	1
Ceratose	4	3	7
Fibroma	3	1	4
Leucoplasia	1	0	1
Saburra Língual	1	1	2
Hiperplasia inflamatória	4	0	4
Mucocele	0	1	1
Língua Pilosa	0	1	1

Tabela 6- Associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com o OHIP-14

Variáveis independentes	OHIP-14 ≤ 14 (n=43) Alta QV	OHIP-14 > 14 (n=18) Baixa QV	p-valor
Sexo			
Feminino (n=38)	27	11	0,584
Masculino (n=23)	16	7	
Idade			
<70 anos (n=8)	5	3	0,889
70+ anos (n=54)	38	15	
Grau de escolaridade			
<=4 (n=34)	23 (67,65%)	11 (32,35%)	0,867
4<x<=8 (n=20)	14 (70,00%)	6 (30,00%)	
>8 (n=3)	3 (100,00%)	0 (0,00%)	
Superior (n=4)	3 (75,00%)	1 (25,00%)	
Estatos Marital			
Casado (n=2)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0,858
Divorciado (n=11)	7 (63,64%)	4 (36,36%)	
Solteiro (n=37)	29 (78,38%)	8 (21,62%)	
Viúvo (n=11)	6 (54,55%)	5 (45,45%)	
Comorbidades			
>=2 (n=21)	11 (52,38%)	10 (47,62%)	0,042
<2 (n=40)	32 (80,00%)	18 (20,00%)	
Edêntulos			
Edêntulos (n=26)	21 (80,77%)	5 (19,23%)	0,181
Dentado (n=28)	18 (64,29%)	10 (35,71%)	
Não avaliado (n=8)	4 (50,00%)	4 (50,00%)	
Cariados			
Com cárie (n=5)	3 (60,00%)	2 (40,00%)	0,048
Sem cárie (n=49)	36 (73,47%)	13 (26,53%)	
Não avaliado n=(8)	4 (50,00%)	4 (50,00%)	
Obturados			
Com obturação (n=13)	11 (84,62%)	2 (15,38%)	0,613
Sem obturação (n=41)	28 (68,29%)	13 (31,71%)	
Não avaliado (n=8)	4 (50,00%)	4 (50,00%)	
Condição de prótese			
Boa (n=5)	2 (40,00%)	3 (60,00%)	0,237
Regular (n=13)	9 (69,23%)	4 (30,77%)	
Ruim (n=16)	11 (68,75%)	5 (31,25%)	
Sem prótese (n=19)	17 (89,47%)	2 (10,53%)	
Não avaliado (n=8)	4 (50,00%)	4 (50,00%)	
Lesão de boca			
Com lesão (n=34)	26 (76,47%)	8 (23,53%)	0,769
Sem lesão (n=19)	13 (68,42%)	6 (31,58%)	
Não avaliado (n=8)	4 (50,00%)	4 (50,00%)	
Quantidade de lesões			
0 (n=19)	13 (68,42%)	6 (31,58%)	0,636
1(n=15)	11 (73,33%)	4 (26,67%)	
2(n=14)	11 (78,57%)	3 (21,43%)	
3 (n=3)	3 (100,00%)	0 (0,00%)	
4 (n=1)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	
5 (n=1)	0 (0,00%)	1 (100,00%)	
Não avaliado (n=8)	4 (50,00%)	4 (50,00%)	

Tabela 7. Associação entre as variáveis e OHIP-14 dicotomizado em idosos residentes no Asilo Padre Cacique, Porto Alegre, Brasil.

OHIP-14 dicotomizado		Odds Ratio (95% Confidence Interval)		
		Bruto	Ajustado*	Ajustado [£]
Primeiro bloco				
<u>Variáveis exógenas</u>				
Sexo	Masculino	1.16 (0.79 – 1.14)	1.20 (0.71 – 2.05)	
Idade	≥ 70 anos	1.15 (0.68 – 1.95)	1.20 (0.70 – 2.05)	
Segundo bloco				
<u>Determinantes primários</u>				
Estado marital	Separado/viúvo	0.79 (0.44 – 1.41)	0.82 (0.44 – 1.55)	0.82 (0.44 – 1.55)
Educação formal	8 anos	1.09 (0.61 – 1.94)	1.07 (0.60 – 1.91)	1.07 (0.60 – 1.91)
Terceiro bloco				
<u>Condições sistêmicas</u>				
Uso de medicamentos Comorbidades	2+ medicam	1.02 (0.39 – 2.68)	1.20 (1.02 – 1.43)*	1.20 (1.02 – 1.43)†
	2+ doenças	1.20 (1.02 – 1.43)		
Quarto bloco				
<u>Condições bucais</u>				
Número de dentes Naturais	16+ dentes	0.60 (0.35 – 1.02)	0.69 (0.43 – 1.11)	0.72 (0.69 – 1.17)
Número de lesões de tecidos moles	3+lesões	0.72 (0.32 – 1.65)	0.77 (0.43 – 1.73)	0.70 (0.45– 1.07)
Condição protética	Boa	1.58 (1.35 – 1.85)	1.23 (1.11 – 1.68)*	1.55 (1.17 – 2.04)†

* Ajustado para variáveis dentro do bloco.

£ Ajustado para os blocos anteriores.

† P < 0.05.

Tabela 8. Modelo final totalmente ajustado

OHIP-14 dicotomizado	Odds Ratio (95% Conf. Interval)							
	Bruta		P-valor		Ajustada		P-valor	
Sexo (masculino)	0.89	0.73 1.46	0.45	1.09	0.89 1.33	0.37		
Comorbidades (2+ doenças)	1.21	1.02 1.43	0.026	1.10	0.87 1.39	0.42		
Condição protética (boa)	1.58	1.35 1.85	0.001	1.55	1.17 2.04	0.002		

5 DISCUSSÃO

O perfil da amostra desta pesquisa, em relação ao sexo dos idosos entrevistados, foi ao encontro da literatura, em que mostra que as mulheres constituem a maioria da população idosa do mundo (Nicodemo e Godoi, 2010). A estimativa é de que ainda aumente o fenômeno de “feminização do envelhecimento”, uma vez que há um crescimento vertiginoso de 2,2% em 1940 da população feminina idosa, para 4,7% em 2000 e 6% em 2010 (IBGE 2010). Quanto a faixa etária, apenas um entrevistado apresentava idade inferior a 60 anos (53 anos), o qual foi considerado pelo fato de ser institucionalizado há mais de 10 anos por doenças crônicas que o incapacitam de realizar tarefas para sustento próprio. Os demais idosos apresentaram média de 78,4 anos, média maior que a encontrada no Brasil (IBGE, 2010).

Em relação ao acometimento sistêmico, a grande maioria dos idosos do Asilo Padre Cacique, assim como descrito na literatura (Ramos et al., 1993) apresentam uma ou mais condições crônicas (79%). Porém, a quantidade de doenças crônicas não é sinônimo de pessoa doente, ao contrário, um idoso com uma ou mais doenças pode ser saudável, desde que haja controle destas. Este argumento vai ao encontro com um novo paradigma de saúde que passa a ser uma resultante de multivariáveis (saúde física, mental, independência, integração social...) (Brasil, 2011). Observou-se também que a quantidade de idosos que relatavam utilizar medicamentos foi maior (88,54%) que os que relatavam alguma comorbidade, o que poderia estar associado muitas vezes a prescrições equivocadas (Varalho et al., 2012) ou automedicação (Vernisi e Silva, 2016; Loyola et al., 2002), não terem conhecimento das suas doenças sistêmicas ou de suas medicações.

Ao contrário do estimado pelo SB Brasil, 2010, que mostrou a autopercepção da saúde bucal positiva entre a maioria dos idosos (58,9%), neste estudo a autopercepção foi negativa. Notou-se também que mais da metade dos idosos responderam que haviam passado por algum problema na boca que os deixou preocupados nos últimos três meses que. Associa-se estes dados ao fato de os idosos terem cada vez mais acesso a informação (Vaccarezza et al., 2010), ainda mais os institucionalizados com a presença

diária de profissionais da saúde e estagiários da Faculdade de Odontologia. Com isso, e através da educação em saúde que recebem na instituição, cada vez mais reconhecem que doenças e degenerações bucais, assim como perdas dentárias, não são consequências inevitáveis do envelhecimento (Silva et al, 2001).

Além disso, o domínio físico no questionário GOHAI foi o menos afetado, exceto quando questionados se sentiam dor ou desconforto para engolir alimentos (disfagia) que pode estar relacionada ao envelhecimento natural do indivíduo, devido a modificações nas estruturas que participam do mecanismo de deglutição (Cardoso et al., 2014); postura inadequada durante as refeições; alterações cognitivas e ambientais; mastigação lenta; diminuição na produção de saliva e até mesmo falta de higiene oral adequada; fatores estes que podem ser agravados em idosos institucionalizados (O'Loughlin G, Shanley C, 1998; Cardoso, 2010; Lima et al. 2009; Pace e McCullough, 2010). Outros estudos também não encontraram associação no GOHAI com outras variáveis (Martins et al, 2008; Gift et al, 1998; Silva e Fernandes, 2001).

Ao serem avaliados quanto à autopercepção do impacto produzido pelos problemas de saúde bucal na qualidade de vida pelo questionário OHIP-14, a maior pontuação foi 56 pontos, ou seja, um dos 61 idosos respondeu para todos os itens do questionário que sempre havia impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Em contrapartida, a média da pontuação de todos idosos foi de 12,62, menos de um quarto do valor máximo respondido por apenas um dos idosos. As dimensões mais afetadas foram de Desconforto psicológico que aborda a preocupação e estresse em relação à saúde da boca; Incapacidade Física, em que há alimentação prejudicada e necessidade de interrupção da alimentação e Dor, que aborda dor ou incomodo ao comer. O fato de um grande número de idosos responderem nunca para todos os itens (38,71%) pode ser visto em outros estudos que analisam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, mesmo em pacientes edêntulos, que após adequação bucal não apresentaram impacto significativo nas dimensões (Souza et al., 2007; Miotto, 2002).

Em relação ao exame clínico realizado, quase metade dos idosos examinados eram edêntulos (47,16%), tendo portando o componente perdido do índice CPOD predominante (94,72%), maior quando comparado aos índices nacionais (91,9%). Tendo em média 3,09 dentes por idoso, há uma grande necessidade de reabilitação protética nesta população, o que condiz com a realidade da população idosa brasileira (SB 2010, Moreira et al., 2005). Como esperado de uma população em que quase metade dos idosos são edêntulos e há uma média pequena de dentes, mais da metade dos estudados são usuários de próteses (totais, parciais e fixas). A predileção por próteses totais superiores a inferiores, pois há uma queixa maior na adaptação das PT inferiores (Grant et al., 1994). Poucos idosos apresentaram cárie, o que é facilmente justificado pelo fato do grande número de pacientes edêntulos.

Quanto à saúde periodontal, notou-se que o Índice de Placa (IPV) era maior que o Índice de sangramento (ISG) tanto nos homens como nas mulheres. O IPV alto alerta quanto à necessidade e importância da orientação para melhorar higiene bucal. Estudos mostram a correlação positiva entre doenças periodontais e patógenos respiratórios, em que os indivíduos portadores de periodontite apresentam três vezes mais chances de desenvolver pneumonia nosocomial (Sharma et al., 2011; Bansal et al., 2013).

Alterações no tecido mole foram encontradas em mais da metade dos idosos (64,15%), sendo as mais prevalentes Alterações Vasculares, Candidíase e Queilite actínica. A primeira abrangeu as Varicosidade, que são veias dilatadas que ocorrem devido à perda de tônus do tecido que suporta os vasos e está diretamente associada ao envelhecimento, não sendo considerada uma patologia e sim uma variação da normalidade (Neville et al., 2004); ainda nas alterações vasculares estava o Hemangioma, uma neoplasia benigna vascular onde há proliferação de vasos sanguíneos, tendo como sítio mais comum encontrados na literatura e em conformidade com esta pesquisa é o ventre de língua, (Shaffer et al., 1987; Regezi e Sciubba, 2000) pode estar associadas a trauma, anomalias congênitas, estímulos inflamatórios e endócrinos (Anastassov e Escobar, 1998). Na maioria das vezes o tratamento é a preservação, exceto quando há queixa estética ou funcional que pode ser

realizados procedimentos como crioterapia, cirurgia, embolização ou escleroterapia (Rocha et al., 2000).

A candidíase é uma infecção fúngica causada principalmente pela *C. albicans* que se manifesta com bastante frequência na boca e tem incidência aumentada com o aumento da idade, podendo manifestar-se sem qualquer sinal clínico da lesão (Neville et al. 2004). A proliferação patogênica do *C. albicans* pode estar associada ao fato dos idosos não terem o hábito e o conhecimento da necessidade da remoção da prótese durante a noite ou mal higienização e adaptação da mesma (Pucca, 1995), xerostomia, ou imunossupressão observada em pessoas idosas podendo ser a consequência de má alimentação, comorbidades ou uso crônico de medicamentos, por exemplo (Silva, 2008; Tarçin, 2015). A doença pode manifestar-se com diferentes padrões clínicos, sendo as desta pesquisa a Candidíase Pseudomembranosa, placas brancas que cedem á raspagem evidenciando área eritematosa mais comum em pacientes imunocomprometidos; e Eritematosa, áreas eritematosas ou petéquias, sendo na maioria das vezes em contato íntimo com as próteses (Neville et al. 2004). O tratamento da candidíase pode ser realizado com instrução de higiene bucal e das próteses, orientação da remoção das próteses para dormir, antifúngicos tópicos ou sistêmicos. Na ausência de fatores predisponentes, frente a quadros de suspeita de imunossupressão ou em que não haja regressão da doença após tratamento, deve-se realizar avaliação sistêmica (Neville et al., 2004; Tarçin, 2015; Scully, 2014).

Das hipóteses formuladas frente às alterações encontradas 17,46% foram de lesões potencialmente malignas, o que afirma, mais uma vez, a importância do acompanhamento de um profissional de saúde bucal. A Queilite actínica, lesão mais encontrada entre os idosos avaliados, afeta principalmente o lábio inferior (95%). Manifesta-se clinicamente como a perda de limite entre o lábio inferior e pele e pode estar associada ao ressecamento dos lábios, placa branca ou vermelha, úlceras ou crosta e tem como principal fator de risco os Raios UV (Neville et al., 2004; Rossoe et al., 2011). A Leucoplasia é mostrada em alguns estudos como a lesão potencialmente maligna mais prevalente (Martins et al., 2008) uma lesão que pode apresentar-se como mancha ou

placa branca com superfície lisa, rugosa ou verrucosa (Neville et al., 2004; OMS, 2013). A Eritroplasia refere-se a lesão em placa, de coloração vermelha, a qual não está associada a nenhum fator de trauma ou não pode ser diagnosticada clínica ou patologicamente como outra lesão. (Hosni et al., 2009). Estas últimas têm como principais fatores de risco hábitos deletérios como o álcool e o fumo (Neville et al., 2004). O tratamento deve ser analisado em cada caso, podendo ser mais conservador como a orientação de uso de filtro solar e hidratação labial no caso de queilite actínica, ou menos conservador onde deve-se realizar biópsia para obter-se o diagnóstico histopatológico e final (Neville et al., 2004; Regezi e Sciubba, 2000).

Observou-se, associação significativa nos modelos multivariados, ou seja, pior autopercepção qualidade de vida (QV) em idosos com duas ou mais comorbidades, e com melhor estado de prótese. A insatisfação com a QV relacionada com o maior número de comorbidades já é discutido na literatura (Xavier et al., 2003;; Theme et al., 2015), e pode ser compreendida pelas limitações encontradas pelo indivíduo nas execução das tarefas do dia-a-dia, uma vez que qualidade de vida também é relacionada a uma vida com independência funcional e autonomia (Neri, 2001; Gomes e Castro, 2012). Dessa forma, alguém que apresente múltiplas condições crônicas também pode ter importantes limitações, e sintomas como dor e sofrimento associado à sua condição bucal – ou referir uma pior QV relacionada à saúde bucal por conta desses sintomas.

Paradoxalmente, os idosos com melhores condições protéticas relataram impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida, o que pode estar relacionado ao fato de, tendo como referência seu autocuidado com a saúde bucal, também tenha uma maior autocuidado e sejam mais criteriosos com sua saúde. Essa associação 'inversa' entre uma melhor condição de saúde bucal (ou de próteses, no caso do presente estudo) já vem sendo discutida na literatura. De fato, evidências indicam que pessoas com melhores condições de saúde bucal tendem a avaliar de forma mais crítica a sua QV relacionada à saúde bucal, de certa forma invertendo os resultados esperados com esses instrumentos de QV. Especificamente em relação a próteses, estudo de Visschere colaboradores (2014) mostrou que pacientes com

próteses totais duplas convencionais tiveram percepção de qualidade de vida melhor quando comparados aos com sobredentaduras implanto suportadas.

6 CONCLUSÃO

O grande desafio para a saúde pública nos próximos anos está no aumento da população idosa, em que será preciso cada vez mais medidas preventivas a fim de buscar maior longevidade com qualidade de vida. Esta pesquisa foi proposta com o intuito de conhecer as necessidades de saúde bucal dos idosos do Asilo Padre Cacique, uma vez que os mesmos não têm acompanhamento de um profissional de saúde bucal. Os idosos são acompanhados apenas pelos estagiários da graduação; estes, mudam a cada seis meses, não criando confiança e vínculo suficientes, além de muitas vezes os idosos não conseguirem cessar suas necessidades de tratamento ou reabilitador devido ao curto tempo de estágio.

Evidenciou-se que há impacto da saúde bucal na qualidade de vida para alguns idosos, que a autopercepção de saúde entre eles foi negativa e que há inúmeras necessidades odontológicas. Sendo assim, enfatiza-se a necessidade do acompanhamento de um cirurgião-dentista, que tenha vínculo e ganhe a confiança desta população, uma vez que se sabe que estes são fatores importantes para adesão ao tratamento pelos idosos. Além disso, é importante a manutenção, no currículo da graduação, o estágio neste campo, uma vez que algumas das necessidades podem ser sanadas pelos alunos, além de aproximá-los da realidade do nosso país - o envelhecimento da população.

REFERÊNCIAS

- AINAMO J, BAY I. Problems and Proposals for Recording Gingivitis and Plaque. *Int Dent J.* v.25, p. 229-235,1976.
- ANASTASSOV G, ESCOBAR V. Hemangioma-like lesions: diagnosis and management. *Gen Dent.*;v. 46(4). P.372-375, 1998
- ANDERSEN RM, DAVIDSON PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *AdvDent Res*; v.11, p. 203–209, 1997
- ASILO PADRE CACIQUE, Disponível em: <<http://www.asilopadrecacique.org.br> > Acesso em: 15 de setembro de 2017.
- AVLUND K, HOLM-PEDERSEN P, MORSE DE, VIITANEN M, WINBLAD B. Social Relations As Determinants Of Oral Health Among Persons Over The Age Of 80 Years. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.31, p. 454-62, 2003.
- BANSAL M, KHATRI M, TANEJA V. Potential role of periodontal infection in respiratory diseases - a review. *J Med Life.* V. 6(3), p. 244-248, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB BRASIL 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2004.
- BRASIL. Ministerio da Saude. Política Nacional de Saude da Pessoa Idosa. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saude da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf>. Acesso em 05 maio 2011
- CAMARANO, A.A. (org). Cuidados de longa duração para a população idosa : um novo risco social a ser assumido? / Ana Amélia Camarano (Organizadora) – Rio de Janeiro: Ipea. P. 350, 2010.
- CARDOSO MCAF. Sistema estomatognático e envelhecimento: associando as características clínicas miofuncionais orofaciais aos hábitos alimentares. [Tese] Porto Alegre (RS): Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS; 2010
- CARDOSO SV, TEIXEIRA AR, BALTEZAN RL, OLCHEIK MR. O impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia.* v.17(1), p.231-245, 2014
- McGRATH C, BEDI R. Influences of social support on the oral health of older people in Britain. *J Oral Rehabil,* v. 29, no.10, p. 918-22, 2002.
- DEL DUCA G. F., SILVA M. C., HALLAL P. C. Disability in relation to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Revista de Saúde Pública,* 43, 796-805, 2009.

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr, v.2, p.19-28, 1999

GILBERT GH, HEFT MW DUNCAN RP, RINGELBERG ML Perceived need for dental care in dentate older adults. Int Dental Journal. v.44(2). p. 145-152, 1994.

GOMES NETO M, CASTRO MF. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. Rev Bras Med Esporte.v. 18(4), p.234-272, 2012.

GRANT AA, HEATH JR, MCCORD JF. Prótese Odontológica completa: problemas, diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda 1994.

HUGO FN, HILGERT JB, DE SOUSA MDA L, CURY JA.. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. Community Dent Oral Epidemiol, v. 37, p.231-240, 2009

HAIKAL, D. S., PAULA, A. M. B. DE, MARTINS, A. M. E. D. B. L., MOREIRA, A. N. & FERREIRA, E. F. E. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso : uma abordagem quanti-qualitativa. Cien. Saude Colet. V.16, p. 3317–3329, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA-IBGE. Censo 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 15 de setembro de 2017.

LIMA RMF, AMARAL AKFJ, AROUCHA EBL, VASCONCELOS TMJ, SILVA HJ, CUNHA DA. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. Rev. CEFAC. v.11, p.405-422. 2009.

LOYOLA FILHO AI, UCHOA E, GUERRA HL, FIRMO JO, LIMA-COSTA MF. Prevalence and factors associated with self-medication: the Bambuí health survey. Rev Saude Publica.v.36(1), p.55-62,2002.

MARTINS AMEBL, BARRETO SM, PERDEUS IM. Fatores relacionados á autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. Rev saúde publica; v.42 (3), p. 487-496, 2008.

MARTINS RB, GIOVANI EM, VILLALBA H. Lesions considered malignant that affect the mouth. Rev Inst Ciênc Saúde. V.26(4), p.467-476, 2008.

MENDES, E. M. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organizacao Pan-Americana de Saude, 2011.

MELO DM, BARBOSA AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática.Ciênc. saúde coletiva [online]. 2015, vol.20, n.12 [cited 2017-01-23], pp.3865-3876.

MIOTTO MHMB. Avaliação do efeito das Condições Sociodemográficas e Utilização de Serviços Odontológicos Sobre o Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP-14) na Qualidade de Vida na População Adulta e Idosa de Juiz de Fora - MG. [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Camilo Castelo Branco; 2002.

MOREIRA RS, NICO LS, TOMITA NE, RUIZ T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad. Saude Pública. V.21(6), p. 1665-1675, 2005.

NERI AL. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri AL. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papyrus. p. 161-200, 2001.

NEWTON, A. Denture Sore Mouth – A Possible Etiology. Br Dent J, 357-60, 1962.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. Revista Ciência em Extensão, v. 6, n. 1, 2010. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341>. Acesso em: 15 de setembro de 2018.

O'LOUGHLIN G, SHANLEY C. Swallowing problems in the nursing home: a novel training response. Dysphagia. v. 13(3), p.172-183, 1998.

OPPERMANN, R.; RÖSING, C. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial de Saúde. Basic documents. OMS, Genebra, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 1999.

PACE CC, MCCULLOUGH GH. The association between oral microorganisms and aspiration pneumonia in the institutionalized elderly: review and recommendations. Springer Science Business Media. v. 25(4), p.307-322, 2010.

PETERSEN PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement Of Oral Health In The 21st Century – The Approach Of The Who Global Oral Health Program. Community Dent Oral Epidemiol, Denmark, v. 31, p. 3-24, Dec 2003.

PUCCA JR., GA. Saúde bucal e reabilitação na terceira idade. Odontol Mod.; v.22, n.4, p. 27-8, 1995.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 21:211-24, 1987

RAMOS LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica*.v. 19(3), p.793-778, 2003.

ROCHA LB, PÁDUA JM, MARTINS RH, LIA RCC. Hemangioma da cavidade bucal. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*.v.48(3), p. 150-222, 2000.

REGEZI SA, SCIUBBA JJ. Patologia bucal: correlações clínico-patológicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

ROSSOE EW, TEBCHERANI AJ, SITTART JA, PIRES MC. Actinic cheilitis: aesthetic and functional comparative evaluation of vermilionectomy using the classic and W-plasty techniques. *An Bras Dermatol*. v. 86(1), p.65-73, 2011.

SCULLY, C. Best Practice: The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach. BMJ Publishing Group Limited, London, 2014.[atualizada em 10 abr 2015, acesso em 10 set 2015]. Acesso via portal periódicos (saude.gov.br).

SHAFFER WG, HINE MK, LEVY BM. Tratado de patologia bucal. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.

SHARMA N, SHAMSUDDIN H. Association between respiratory disease in hospitalized patients and periodontal disease: a cross-section study. *J Periodontol*; v. 82, p.11155-1160, 2011.

SILVA SRC FERNANDES RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Ver saúde publica*; v.35 (4), p. 349-355, 2001.

SLADE GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. v.25(4), p 284-290, 1997.

SOUZA R F, PATROCINIO L, PERO A C, MARRA J, COMPAGNONI M A. Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. *Journal of Oral Rehabilitation*. v. 34, p. 821–826, 2007.

TARÇIN, B. G. Oral Candidosis: aetiology, clinical manifestations, diagnosis and management. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences, Istanbul*, v. 1, n. 2, p. 140-148, 2011.

THEME FILHA MM, SOUZA JUNIOR PR, DAMACENA GN, SZWARCOWALD CL. Prevalence of chronic non-communicable diseases and association with self-rated health: National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*; v.18.(2), p. 83-96, 2015.

VAN DER VELDEN, U.; WINKEL, E.G.; ABBAS, F. Bleeding/plaque ratio. A possible prognostic indicator for periodontal breakdown. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v. 12, no. 10, p. 861-866, Nov. 1985.

VARALLO FR, AMBIEL ISS, NANJI LO, GALDURÓZ JCF, MASTROIANNI PC. Assessment of pharmacotherapeutic safety of medical prescriptions for elderly residents in a long-term care facility. *Braz J Pharm Sci.* v.48(3), p.477-485, 2012.

VASCONCELOS LCA, PRADO JÚNIOR RR, TELES JBM, MENDES RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica.* v. 28(6), p.1101-1110, 2012

VERNISI MV, SILVA LL. A prática de automedicação em adultos e idosos: uma revisão de literatura. *Rev Saúde e desenvolvimento].* v. 10(5), p.53-72, 2016.

VICTORA CG, HUTTLY SR, FUCHS SC, OLINTO MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology.* v. 26 (1), P. 224-227, 1997.

VISSCHER C. M, LOBBEZOO F, SCHULLER A. A. Dental status and oral health-related quality of life. A population-based study. *Journal of Oral Rehabilitation.* v. 41, p. 416—422, 2014.

APÊNDICE

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os técnico-administrativos e a equipe diretiva da FO/UFRGS.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Eu, _____, residente e domiciliado no asilo Padre Cacique na cidade de Porto Alegre, portador da Carteira de Identidade, RG _____, nascido(a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa "Saúde bucal em idosos institucionalizados e questões associadas: avaliação multidimensional". Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa. O presente estudo tem o propósito de auxiliar na compreensão de questões envolvendo a saúde bucal de idosos do asilo e associar com outras questões como minha qualidade de vida e o apoio social.

2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados:

Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo serei entrevistado por um pesquisador da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em dia e local a ser combinado comigo dentro do espaço do asilo e que serei examinado em relação aos meus dentes e boca.

3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos:

O benefício esperado com a pesquisa será compreender como está a saúde bucal dos idosos de asilo para assim poder melhorar o atendimento odontológico do atendimento de cuidado em saúde bucal da instituição, melhorando assim meu acesso ao cuidado com a saúde da minha boca. A intenção é de colaborar para que se fortaleça e avance, especificamente, nas ações de atenção primária em saúde bucal do asilo em questão.

4º - Foi dada garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

5º - Foram esclarecidos os riscos mínimos. Os riscos referem-se à possibilidade do entrevistado se sentir coagido a responder as perguntas do pesquisador e talvez se sentir desconfortável com a gravação do áudio e com o exame bucal simplificado. Além disso existe o risco de quebra de sigilo e privacidade dos participantes. Tais riscos poderão ser evitados com a possibilidade de ambiente agradável para as entrevistas, não aceitação em participar da pesquisa e garantia de sigilo e confiabilidade garantida pelo pesquisador na assinatura deste termo.

Caso você tenha novas perguntas sobre este estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com o pesquisador no telefone (51) 30628531 a qualquer hora ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone (51) 3308- 3738 ou pelo e-mail: etica@propesq.ufrgs.br.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo. Eu fui informado que

poderei discutir com o professor responsável sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização ao pesquisador responsável pelo estudo de utilizar os dados obtidos da minha entrevista quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade. Declaro que fui igualmente informado da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízos, da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Porto Alegre, _____, _____ de 20__ (dia, mês, ano).

Assinatura do entrevistado
responsável

Assinatura do pesquisador

Pesquisador coordenador: Prof. Dr. Alexandre Fávero Bulgarelli, telefone (51) 3308-5204, e-mail alexandre.bulgarelli@ufrgs.br

No caso de qualquer dúvida ética, poderá entrar em contato com:

- Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Maria da Graça Corso Motta, telefone (51) 3308-3738, e-mail: etica@propesq.ufrgs.br.

APENDICE B - Anuência do asilo Padre Cacique



CNPJ 92.978.139/0001-22
Utilidade Pública Federal - Decreto nº 95.761 de 01.03.1996 - Processo Ministério da Justiça 16317167
Registro no Conselho Regional de Serviço Social nº 163361/40
Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos - Processo nº 28992-000443/94-67 - Conselho Regional de Serviço Social
Utilidade Pública Estadual - Processo nº1353-1200/85
Registro na Secretaria da Justiça e do Desenvolvimento Social nº101479
Utilidade Pública Municipal - Lei nº7339 de 11.10.1993
Registro no Conselho Municipal de Assistência Social nº016
Registro no Conselho Municipal do Idoso nº 027 de 06.07.2009

O Asilo Padre Cacique associação beneficente, filantrópica e sem fins lucrativos, com sede na Avenida Padre Cacique nº 1178, Porto Alegre/RS, CNPJ 92.978 139/0001-22, autoriza a aluna da Residência Integrada em Saúde Bucal a dar continuidade ao estudo já iniciado e aprovado pela Plataforma Brasil e COMPESQ/UFRGS intitulado "Saúde bucal em idosos institucionalizados e questões associadas: avaliação multidimensional".

Porto Alegre, 01 de dezembro de 2017


ASILO PADRE CACIQUE
Milton Costa
Diretor Geral

ANEXO - Instrumentos de coleta de dados

ANEXO A - Questionário sócio demográfico geral

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Nome do participante: _____ Data: ___/___/___

Todas as suas respostas serão mantidas confidenciais, e as informações obtidas serão relatadas como sumários estatísticos, sem identificações pessoais. Se você tiver dúvidas sobre as perguntas ou sobre como responder é só chamar alguém para ajudar você.

1. Quando você nasceu? ___ ___/___ ___/19__ __.

2. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino.

3. Qual sua cor ou raça? 1. Negra-preta 2- branca 3- amarela – 4- parda 5 - indígena

4. Qual seu estado civil? 1-Solteiro 2-Casado. 3-Separado.4- Viúvo.

5. Até que ponto (série) você estudou?

1. Menos que a quarta série.
2. Completou a quarta série.
3. Menos que a oitava série.
4. Completou a oitava série.
5. Menos que o Ensino secundário.
6. Completou o Ensino secundário.
7. Ensino Superior incompleto.
8. Ensino Superior completo.
9. Pós-graduação.

6. O senhor tem alguma renda? 1. Sim 2. Não Qual a sua renda mensal (em reais)? _____ R\$.

7. Atualmente, você tem alguma doença:

7a. pressão alta	Sim	Não
7b. artrite	Sim	Não
7c. osteoporose	Sim	Não
7d. diabetes	Sim	Não
7e. doença do coração	Sim	Não
7f. outras	Sim	Não
Qual? _____		

8. Você toma remédios? 1. Sim. 2. Não.

9. Quais remédios _____

10. Qual das afirmações abaixo melhor descreve o seu acesso aos cuidados odontológicos?

1. Eu nunca vou ao dentista.
2. Eu vou ao dentista quando eu tenho um problema ou quando sei que preciso ter alguma coisa (dente ou prótese) arrumada.
3. Eu vou ao dentista ocasionalmente, tenha ou não algum tipo de problema.
4. Eu vou ao dentista regularmente.

11. Com que frequência você escova os dentes?

1. Nunca.
2. Menos que uma vez por semana.
3. Uma vez por semana.
4. Uma vez a cada três ou quatro dias.
5. Uma vez por dia.
6. Duas vezes por dia.
7. Mais do que duas vezes por dia.

12. Caso você use prótese com que frequência você escova/limpa sua prótese?

1. Nunca.
2. Menos que uma vez por semana.
3. Uma vez por semana.
4. Uma vez a cada três ou quatro dias.
5. Uma vez por dia.
6. Duas vezes por dia.
7. Mais do que duas vezes por dia.

13. Você participa de algum grupo de terceira idade ou de encontros de convivência de idosos aqui no asilo ou mesmo fora? Tipo roda de samba, artesanato, ida em museus...(perguntas a serem gravadas em áudio)

1. Sim
2. Não

13.1 Como é para o sr(a) participar destes encontros? Fale um pouco para mim

13.2 O sr acha que ir ao (encontro) faz o sra se preocupar mais com a saúde da boca?

13.3 O Sr(a) vai ao dentista por causa destes encontros?

ANEXO B - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Anos de Estudo: _____

Explicação	Questão	Resposta	
Agora vou lhe fazer algumas questões sobre a data de hoje:	Diga em que dia da semana estamos.	0- N	1-S
	Em que dia do mês estamos.	0- N	1-S
	Em que mês do ano estamos?	0- N	1-S
	Em que semestre do ano estamos?	0- N	1-S
	Diga em que ano estamos?	0- N	1-S
Agora vou lhe fazer algumas questões sobre o local que estamos:	Que local é este?	0- N	1-S
	Em que rua estamos?	0- N	1-S
	Em que bairro estamos?	0- N	1-S
	Em que cidade estamos?	0- N	1-S
	Em que estado estamos?	0- N	1-S
Entrevistador, agora peça ao idoso para repetir as palavras depois de você dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (caneca, tijolo e tapete).	Entrevistador, o idoso repetiu "caneca"?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso repetiu "tijolo"?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso repetiu "tapete"?	0- N	1-S
Pergunta	O(a) Sr.(a) faz cálculos? (Não pontuar)		
Se a resposta da pergunta anterior for SIM, faça as questões de cálculo ao lado, se for NÃO, pule para as questões de soletrar.	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00, quanto restaria? (93?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (86 ou - 7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (79 ou - 7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (72 ou - 7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (65 ou - 7?).	0- N	1-S

Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	Entrevistador, o idoso soletrou a letra O?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra D?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra N?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra U?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra M?	0– N	1–S
Por favor, agora repita aquelas palavras que eu disse há pouco.	Entrevistador, lembrou da “caneca”?	0– N	1–S
	Entrevistador, lembrou do “tijolo”?	0– N	1–S
	Entrevistador, lembrou do “tapete”?	0– N	1–S
Entrevistador, mostre os cartões com as imagens do relógio e da caneta e peça para que o idoso diga que objetos são.	Ele respondeu relógio?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso respondeu caneta?	0– N	1–S
Por favor, agora repita a seguinte frase:	Nem aqui, nem ali, nem lá. (Entrevistador, o idoso repetiu adequadamente?)	0– N	1–S
Entrevistador, com uma folha de papel em mãos, explique ao idoso que a seguir ele deverá executar três ações simples que serão descritas por o (a) sr(a) a seguir. Marque “sim” se ele a executar as ações:	Pegue o papel com a mão direita.	0– N	1–S
	Dobre-o ao meio.	0– N	1–S
	Ponha-o no chão.	0– N	1–S
Entrevistador, entregue ao idoso o Cartão 2 Mini-mental que contém a frase: “Feche os olhos”.	Logo, peça gentilmente que ele leia a afirmação e execute, se possível. Se ele executar, marque “sim”. Se não souber ler, ou não executar, marque “não”.	0– N	1–S
Entrevistador, com o bloco de desenho em mãos, peça ao idoso para escrever uma frase completa	Ele conseguiu escrever? *Mínimo- Frase c/ um substantivo e um verbo.	0– N	1–S
Entrevistador, entregue ao idoso a Cartão 2 do Mini-Mental que contém o desenho e gentilmente solicite que ele o copie a figura em seu bloco de desenho.	Ele conseguiu copiar?	0– N	1–S
Escore		Siga os pontos de corte que estão no cartão.	

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

1. Teve alguma dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

2. Notou mais dificuldade em sentir o sabor dos alimentos devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

3. Teve alguma dor na sua boca?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

4. Sentiu algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

5. Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

6. Sentiu-se nervoso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

7. Deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

8. Teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

9. Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

10. Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

12. Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

13. Sentiu que a sua vida em geral tem corrido pior devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

14. Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca 0 Raramente 1 Às vezes 2 Repetidamente 3 Sempre 4

ANEXO D – Índice GOHAI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Quão frequentemente nos últimos três meses:	Pontos
1. Limita o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com os dentes ou próteses?	
2. Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?	
3. Foi capaz de engolir confortavelmente?	
4. Seus dentes ou próteses o impediram de falar como queria?	
5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	
6. Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?	
7. Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?	
8. Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à boca?	
9. Preocupou-se com seus dentes, gengivas ou próteses?	
10. Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	
11. Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com dentes ou próteses?	
12. Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?	
Total	

Fonte: ATCHESON; DOLAN, 1990

ANEXO E – Exame clínico bucal simplificado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

NOME: _____ **DATA:** ___ / ___ / ___

Número de dentes presentes:

Maxila-

Mandíbula-

CONDIÇÃO PROTÉTICA

SUP		INF	
-----	--	-----	--

0 – sem prótese;

1 – prótese parcial fixa;

2 – mais de uma prótese parcial fixa;

3 – prótese parcial removível;

4 – tanto próteses parciais fixas quanto removíveis;

5 – prótese total removível

ESTOMATITE

0	1	2	3
AUSÊNCIA	HIPEREMIA PONTILHADA	HIPEREMIA DIFUSA	ESTOMATITE GRANULAR

Outra lesão:

Descrição:

Hipótese Diagnóstica:

IPV

18			17			16			15			14			13			12			11		
dv	v	m	dv	v	mv	dv	v	mv	dv	V	mv	dv	V	mv	dv	v	mv	dv	v	mv	dv	v	mv
dp	p	m	dp	p	mp	dp	p	mp	dp	P	mp	dp	P	mp	dp	p	mp	dp	p	mp	dp	p	mp

21			22			23			24			25			26			27			28		
mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv
mp	p	dp	mp	p	dp	mp	p	dp	mp	p	dp	mp	p	dp	mp	p	dp	mp	p	dp	mp	p	dp

mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv
ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl
31			32			33			34			35			36			37			38		

mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv	mv	v	dv
ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl	ml	p	dl
48			47			46			45			44			43			42			41		

ÍNDICE CPOD

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

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