



Faculdade de Pindamonhangaba



Thays Barreto Freitas Mouttinho
Wesley Henrique Cabral Fernandes

**AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Pindamonhangaba-SP

2017



Faculdade de Pindamonhangaba



Thays Barreto Freitas Mouttinho
Wesley Henrique Cabral Fernandes

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Artigo Científico apresentado como parte dos requisitos para a obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Martins de Souza

Pindamonhangaba-SP

2017

Fernandes, Wesley Henrique Cabral; Moutinho, Thays Barreto Freitas
Avaliação da condição bucal em idosos institucionalizados /
Thays Barreto Freitas Moutinho; Wesley Henrique Cabral
Fernandes / Pindamonhangaba-SP : Faculdade de
Pindamonhangaba/FUNVIC, 2017.

32f.

Monografia (Graduação em Odontologia) Faculdade de
Pindamonhangaba/FUNVIC.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Martins de Souza.

1 Idosos institucionalizados. 2 Condição bucal. 3 Instituições de
longa permanência. I Avaliação da condição bucal em idosos
institucionalizados. II Wesley Henrique Cabral Fernandes; Thays
Barreto Freitas Moutinho.



Faculdade de Pindamonhangaba



Thays Barreto Freitas Mouttinho
Wesley Henrique Cabral Fernandes

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Artigo Científico apresentado como parte dos requisitos para a obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Juliana Madureira de Souza Lima Alonso

Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

Prof. Dr. Vinícius Anéas Rodrigues

Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

Prof. (a) _____

Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

Dedicamos este trabalho à nossa amiga Janaína Silveira, uma cirurgiã-dentista com sonho inigualável e que mostrou amor pela Odontologia até os últimos dias de sua vida.

(In memoriam)

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Daniela Martins de Souza, pela dedicação com que orientou nosso trabalho e por nos incentivar à produção científica.

Ao Prof. Claudemir de Carvalho, por todo amparo para a realização deste trabalho e por nos incentivar à produção científica.

Ao Lar Irmã Terezinha e a todos Idosos da Instituição, por terem aceitado participar desta pesquisa, contribuindo assim para nossa formação e conhecimento científico.

À Profa. Dra. Cristiana Tengan, por sempre se demonstrar solícita para com este trabalho.

À Faculdade de Pindamonhangaba/FUNVIC por nos conceder bolsas de estudo e fornecer apoio para a realização desta pesquisa.

A todos professores que passaram por nossos caminhos, contribuindo diretamente para nossa formação e que possuem a difícil missão de ensinar.

Este trabalho foi escrito na forma de artigo científico a ser submetido à revista BRAZILIAN DENTAL SCIENCE, cujas normas estão em anexo. A parte textual corresponderá ao artigo científico escrito conforme a instrução da revista escolhida.

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

EVALUATION OF ORAL CONDITION IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY

Wesley Henrique Cabral Fernandes¹, Thays Barreto Freitas Moutinho¹, Daniela Martins de Souza²

¹ Acadêmicos do Curso de Odontologia da Fundação Universitária Vida Cristã – FUNVIC, Pindamonhangaba-SP, Brasil.

² Doutora em Biopatologia Bucal e Professora na Fundação Universitária Vida Cristã – FUNVIC, Pindamonhangaba-SP, Brasil.

Correspondência para:

Wesley Henrique Cabral Fernandes

Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 316 – Centro, CEP: 12 401-010,

Pindamonhangaba-SP, Brasil.

Phone: +55 12 3648-8323

E-mail: wesleyhcf@outlook.com

Dois avaliadores potenciais para o artigo enviado:

Vinícius Anéas Rodrigues: viniciusaneas@hotmail.com

Marianne Spalding: marianne@ict.unesp.br

O papel e a contribuição de cada autor

Wesley Henrique Cabral Fernandes: ideia, planejamento, busca literária, estudos experimentais, aquisição de dados, tabulação dos dados, análise estatística, preparação do manuscrito.

Thays Barreto Freitas Moutinho: ideia, planejamento, busca literária, estudos experimentais, aquisição de dados, tabulação dos dados, preparação do manuscrito.

Daniela Martins de Souza: orientação, ideia, planejamento, definição de conteúdo intelectual, busca literária, estudos experimentais, aquisição de dados, análise estatística, preparação do manuscrito.

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

RESUMO

Há um número crescente de indivíduos considerados idosos, que a longo prazo podem manifestar limitações na independência de autocuidados, havendo procura por instituições de longa permanência (ILP). Objetivo: avaliar as condições bucais de idosos em ILP no Município de Pindamonhangaba-SP. Material e métodos: a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e exame clínico bucal no período de junho a agosto de 2017 na própria ILP. Resultados: participaram da pesquisa 60 indivíduos; 75% não haviam visitado o cirurgião-dentista nos dois últimos anos, 70% eram totalmente edêntulos e 50% faziam uso de pelo menos alguma prótese removível. A necessidade de prótese foi verificada em 50%, para a arcada superior, e 68,33% para a inferior. Da amostra, 53,33% relataram não retirar a prótese durante o sono e 56,67% apresentaram correlação entre lesão na mucosa com o uso da prótese. Conclusões: a condição bucal dos idosos nessa ILP estava deficiente, havendo baixo acesso ao atendimento odontológico, elevada prevalência de indivíduos edêntulos e com poucos elementos dentários, evidenciando demanda por reabilitações protéticas. Além da presença de lesões traumáticas pela falta de adaptação e uso contínuo da mesma prótese por vários anos associada a deficiente instrução na higienização das próteses.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico Bucal. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Saúde do Idoso.

EVALUATION OF ORAL CONDITION IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY

ABSTRACT

There are an increasing number of individuals considered elderly, who may, in the long run, manifest limitations in self-care independence, so there is a demand for long-term-care (LTC). Objective: evaluate the oral conditions of the elderly in LTC in the Municipality of Pindamonhangaba-SP. Material and Methods: the data collection was performed through an interview and oral clinical examination in the period from June to August of 2017 in the LTC. Results: participated in the research 60 individuals; 75% had not visited the dental surgeon in the last two years, 70% were totally edentulous and 50% used at least some type of removable prosthesis. The need for prosthesis was verified in 50% for the upper arch and 68.33% for the lower arch. Of the sample, 53.33% reported not removing the prosthesis during sleep and 56.67% presented a correlation between lesion in the oral mucosa with the use of the prosthesis. Conclusões: the oral condition of the elderly living in this LTC was deficient, with low demand for dental care, high prevalence of edentulous individuals and with few dental elements in the oral cavity, evidencing the demand for prosthetic rehabilitations. In addition to the presence of traumatic lesions due to lack of adaptation and continuous use of the same prosthesis for several years associated with poor instruction in the hygiene of prostheses.

KEYWORDS: Health of the Elderly. Homes for the Aged. Oral Diagnosis.

INTRODUÇÃO

A idade considerada idosa pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é estabelecida conforme o nível socioeconômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 anos de idade ou mais. Já nos países desenvolvidos, a idade é a partir de 65 anos [1]. Em 2020 a OMS estima mundialmente pela primeira vez, mais indivíduos acima de 60 anos do que crianças com até 5 anos e também que a população mundial com mais de 60 anos salte dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050, tornando as doenças crônicas e o bem-estar da terceira idade novos desafios de saúde pública global [2].

Esta alteração epidemiológica gera necessidades de cuidados dirigidos à população idosa. A tendência é a formação de uma população com maior idade, que se acometida por doenças crônico-degenerativas, a médio prazo, pode apresentar limitações de independência, autocuidados e locomoção [1]. Nestas situações, sobretudo os idosos que não possuem suporte familiar, financeiro, psicológico e/ou são incapazes de promoverem a própria subsistência, buscam instituições de longa permanência (ILP) [1,3].

Estas instituições devem garantir atenção integral à saúde do idoso, neste contexto a saúde bucal, como parte integrante da saúde geral, necessita atenção [1,4].

Comparando resultados epidemiológicos do Brasil, obtidos na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (conhecida como SB Brasil), de 2003 [5] e de 2010 [6] constatou-se que houve diminuição da perda dentária entre adolescentes e adultos, mas não foi observada redução entre os idosos. Em 2010 [6] cerca de 88,5% da população idosa tinha entre 0 e 20 dentes e 62,2% necessitavam de prótese. Mais de 3 milhões de idosos (15%), entre 65 e 74 anos, necessitavam de prótese total nas duas arcadas dentárias e outros 4 milhões (23%) de prótese parcial em uma das arcadas [7,8]. Em relação ao uso de prótese os dados de 2003 e 2010 evidenciam maior percentual de uso na arcada superior que na inferior em todas as faixas etárias analisadas – adolescentes, adultos e idosos [9].

Em 2010 [6] houve aumento do acesso às próteses dentárias em relação ao ano de 2003 [6,9]. Contudo, o tratamento reabilitador não exclui a possibilidade de que possam ocorrer novas complicações, tanto para os componentes biológicos quanto para a própria prótese em uso. O interesse do cirurgião-dentista deve ir além da conclusão do tratamento reabilitador para que não haja comprometimento no prognóstico do trabalho realizado e tão pouco influencie negativamente na manutenção da saúde bucal do paciente reabilitado [10].

Em muitos casos as lesões na cavidade oral relacionadas ao uso de próteses ocorrem devido à falta de informação dos hábitos de higiene que devem ser instituídos, e quando presentes, geralmente são precários [11]. Assim, a presença de próteses não adaptadas, com higiene ineficiente, dimensão vertical diminuída, retenção incorreta e estabilidade desajustada são fatores predisponentes à patologias nos seus usuários [12].

A prevalência das lesões na mucosa em idosos varia entre autores e os diversos estudos realizados [11-14], mas a maioria origina-se de condições traumáticas, principalmente as provocadas por próteses removíveis. A relação entre as estruturas protéticas com o osso e mucosa, a sua estabilidade/retenção e defeitos na confecção das mesmas pode explicar as várias lesões encontradas e, ainda, favorecer a colonização por *Candida* [15].

Este estudo teve como objetivo avaliar as condições bucais em idosos institucionalizados no Município de Pindamonhangaba, Estado de São Paulo, Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Conselho de Revisão Institucional em relação à aspectos éticos (CAEE 69041517.3.0000.8116). Para autorização de sua participação os indivíduos receberam o termo de consentimento livre e esclarecido e a instituição recebeu um termo de ciência e consentimento da pesquisa.

É um estudo descritivo transversal e foi realizado em ILP no Município de Pindamonhangaba, São Paulo, com idosos a partir de 60 anos de idade, a fim de avaliar a condição bucal. Como critérios de exclusão, estabeleceu-se: idade inferior a 60 anos e não aceitar participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e exame clínico bucal dos idosos no período de junho a agosto de 2017. Foram elaboradas duas fichas clínicas contendo questões referentes à idade, gênero e condição odontológica. Caso o idoso apresentasse dificuldades para responder aos questionamentos, estes então eram realizados com o cuidador responsável.

Posteriormente a anamnese, realizou-se o exame clínico bucal avaliando: presença de dentes e de raízes residuais; uso, tipo e necessidade de próteses, higienização e adequação das próteses dentárias; existência de lesões na mucosa e sua associação com o uso de próteses removíveis.

Todos os exames foram realizados na própria instituição com luz natural e artificial (lanterna focada na cavidade bucal), com o auxílio de espelho bucal e espátula de madeira, em cadeiras comuns, cadeiras de rodas e camas. Após coletados, os dados foram expressos numericamente e por percentual por meio de tabelas.

RESULTADOS

Dos idosos residentes na instituição, 2 não autorizaram a participação no estudo e 2 tinham idade inferior a 60 anos, por este motivo, foram excluídos da pesquisa. O estudo teve amostra de 60 idosos, sendo 50% do gênero feminino e 50% do gênero masculino. A idade dos indivíduos variou entre 62 a 98 anos (média de 79,21 anos), sendo que para as mulheres essa variação foi de 65 a 98 anos (média de 80,6 anos) e para os homens de 62 a 95 anos (média de 77,83 anos).

Dos 60 idosos, apenas 25% visitaram o cirurgião-dentista nos dois últimos anos, desses, 11 eram mulheres, enquanto que apenas 4 eram homens. Os demais 75% dos idosos não compareceram ao dentista neste período (Tabela I.).

Tabela I. Distribuição dos idosos institucionalizados que compareceram ao cirurgião-dentista nos últimos dois anos.

Compareceram a um cirurgião-dentista nos últimos dois anos	Mulheres		Homens		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sim	11	36,67	4	13,33	15	25
Não	19	63,33	26	86,67	45	75
Total	30	100	30	100	60	100

Quanto à quantidade de dentes presentes na cavidade bucal dos 60 idosos, observou-se que entre as mulheres, 83,33% eram totalmente edêntulas na arcada superior e 70% na arcada inferior. Nos homens esse percentual foi de 86,67% para a arcada superior e de 73,33% para a arcada inferior. No total da amostra, 85% dos idosos eram desdentados totais no arco superior e 71,67% no arco inferior. Cerca de 8,33% (5 indivíduos) tinham restos radiculares na cavidade bucal (Tabela II).

Tabela II. Número de elementos dentários por arcada dentária e a presença ou ausência de raízes residuais na cavidade bucal de idosos institucionalizados.

Nº. de elementos	Arcada dentária											
	Superior						Inferior					
	Mulheres		Homens		Total		Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual a 0	25	83,33	26	86,67	51	85	21	70	22	73,33	43	71,67
Entre 1 a 5	1	3,33	1	3,33	2	3,33	3	10	5	16,67	8	13,33
Entre 6 a 10	2	6,67	0	0	2	3,33	4	13,33	3	10	7	11,67
Igual a 11 ou mais	2	6,67	3	10	5	8,33	2	6,67	0	0	2	3,33
Total	30	100	30	100	60	100	30	100	30	100	60	100

Raízes residuais	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	2	6,67	3	10	5	8,33
Não	28	93,33	27	90	55	91,67
Total	30	100	30	100	60	100

No total da amostra, 50% dos indivíduos faziam uso de pelo menos algum tipo de prótese removível, desses, 20 mulheres e 10 homens. Na arcada superior, dos 30 que usavam, 96,67% tinham PT e apenas 3,33% usavam PPR. Já na arcada inferior, dos 19 que usavam, 89,97% tinham PT e 10,53% PPR. Houve baixo uso de outros tipos de próteses que não a total (Tabela III).

Observando a necessidade de uso de prótese, 50% dos idosos precisavam de algum tipo de reabilitação na arcada superior e 68,33% na arcada inferior, isso porque alguns idosos utilizavam prótese apenas no arco superior. Apesar de haver maior necessidade dos outros dois tipos (PPR e PF) de próteses que não a total, a necessidade de PT ainda foi mais significativa, onde 76,67% dos indivíduos necessitavam para o arco superior e 70,73% para o inferior.

Tabela III. Distribuição dos idosos institucionalizados segundo uso, necessidades e tipo de prótese por arcada dentária.

	Arcada dentária											
	Superior						Inferior					
	Mulheres		Homens		Total		Mulheres		Homens		Total	
Uso e tipo de prótese	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Não usa	10	33,33	20	66,67	30	50	16	53,33	25	83,33	41	68,33
Usa	20	66,67	10	33,33	30	50	14	46,67	5	16,67	19	31,67
Total	30	100	30	100	60	100	30	100	30	100	60	100
PT	19	95	10	100	29	96,67	13	92,86	4	80	17	89,47
PPR	1	5	0	0	1	3,33	1	7,14	1	20	2	10,53
PF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	20	100	10	100	30	100	14	100	5	100	19	100
Necessidade e tipo de prótese												
Não necessita	20	66,67	10	33,33	30	50	14	46,67	5	16,67	19	31,67
Necessita	10	33,33	20	66,67	30	50	16	53,33	25	83,33	41	68,33
Total	30	100	30	100	60	100	30	100	30	100	60	100
PT	6	60	17	85	23	76,67	8	50	21	84	29	70,73
PPR	3	30	2	10	5	16,67	7	43,75	4	16	11	26,83
PF	1	10	1	5	2	6,67	1	6,25	0	0	1	2,44
Total	10	100	20	100	30	100	16	100	25	100	41	100

Na Tabela IV, observam-se o tempo de confecção da prótese, hábitos de higiene e lesões da mucosa oral associadas ao uso de próteses removíveis. A quantidade de idosos com próteses em uso a mais de cinco anos foi de 76,67%, enquanto que apenas 23,33% dos idosos usavam próteses com menos de cinco anos de confecção.

Com relação a higienização das próteses, 80% dos idosos realizavam esta tarefa sozinhos, enquanto que 20% dependiam de auxílio para efetuar este hábito. A frequência (vezes ao dia) que a prótese era higienizada variou entre os usuários, sendo que apenas 2 mulheres realizavam a higiene 3 vezes ao dia. O método mecânico instituído para higiene com auxílio de escova, dentífrico e água era realizado por 96,67% dos idosos e 46,67% relataram retirar a prótese durante o sono, deixando-a em copo com água.

Neste estudo, observou-se a presença de lesões na mucosa associadas ao uso de próteses por mais de 5 anos em 56,67% dos indivíduos. As lesões de maior prevalência foram: lesões eritematosas e hiperplasia fibrosa inflamatória (45,45% cada). Alguns idosos tinham mais de uma lesão e a severidade variou de leve a moderada, não sendo necessário procedimento cirúrgico para remoção da hiperplasia fibrosa inflamatória.

Tabela IV. Distribuição dos idosos institucionalizados que utilizam prótese de acordo com variáveis de tempo de confecção da prótese, hábitos de higiene instituídos e lesões da mucosa oral associadas ao uso.

Variáveis	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Prótese com mais de 5 anos						
Sim	16	80	7	70	23	76,67
Não	4	20	3	30	7	23,33
Total	20	100	10	100	30	100
Frequência que a prótese é higienizada						
1 vez ao dia (próprio paciente)	8	40	3	30	11	36,67
1 vez ao dia (cuidador)	2	10	3	30	5	16,67
2 vezes ao dia (próprio paciente)	8	40	3	30	11	36,67
2 vezes ao dia (cuidador)	0	0	1	10	1	3,33
3 vezes ao dia (próprio paciente)	2	10	0	0	2	6,67
3 vezes ao dia (cuidador)	0	0	0	0	0	0
Total	20	100	10	100	30	100

Variáveis	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Método mecânico usado na higiene da prótese						
Escova e água	1	5	0	0	1	3,33
Escova, dentífrico e água	19	95	10	100	29	96,67
Escova, sabão neutro e água	0	0	0	0	0	0
Total	20	100	10	100	30	100
Retiram a prótese durante o sono						
Sim	9	45	5	50	14	46,67
Não	11	55	5	50	16	53,33
Total	20	100	10	100	30	100
Lesão associada ao uso da prótese						
Sim	14	70	3	30	17	56,67
Não	6	30	7	70	13	43,33
Total	20	100	10	100	30	100
Tipo de lesão associada ao uso da prótese						
Lesões eritematosas	9	47,37	1	33,33	10	45,45
Hiperplasia fibrosa inflamatória	8	42,11	2	66,67	10	45,45
Candidose pseudomembranosa	1	5,26	0	0	1	4,55
Úlcera traumática	1	5,26	0	0	1	4,55
Total	19	100	3	100	22	100

DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho mostraram que dos 60 idosos institucionalizados, 75% não haviam comparecido ao cirurgião-dentista nos dois últimos anos. Matos et al. [16], em estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, confirmaram que os idosos brasileiros apresentavam baixo índice de uso de serviços odontológicos, onde a taxa de visita ao dentista há menos de um ano (13,2%) é cerca de três vezes menor que o observado para a população idosa americana. Outros trabalhos [17-20] também têm demonstrado que o uso de serviços odontológicos diminui com o avançar da idade, ainda que esses indivíduos apresentem necessidade de tratamento dentário e protético. Para atender a essa necessidade é fundamental entender como os idosos percebem e avaliam suas condições bucais, pois é essa percepção que condiciona o paciente a procurar o profissional odontológico [4].

O percentual de idosos que tinham raízes residuais foi de 8,33%, dado relativamente baixo, contudo, os idosos internados em hospitais ou em ILP estão sob um

risco maior de desenvolver infecções sistêmicas, sendo a cavidade bucal uma porta de entrada para os micro-organismos que causam estas infecções. Em circunstâncias normais não são patogênicos, mas as mudanças na resistência do hospedeiro podem produzir condições para infecções localizadas e oportunizar a colonização de micro-organismos mais virulentos, sendo bem documentada na literatura a implicação de microrganismos bucais na endocardite bacteriana e na pneumonia nosocomial [21]. Entende-se, portanto, que apesar da presença de baixo percentual de restos radiculares, este dado não diminui sua significância, constituindo um foco de infecção local que pode agravar de maneira geral a saúde do idoso.

O projeto SB Brasil realizado em 2010 [6] constatou que o edentulismo foi frequente na maioria da população idosa, onde cerca de 88,5% da população idosa tinha entre 0 e 20 dentes [7,8]. Neste estudo, em relação ao número de elementos dentários, 91,67% idosos tinham entre 0 e 10 dentes na arcada superior, destes, 86,67% eram desdentados totais; e na arcada inferior 96,67% dos indivíduos tinham entre 0 e 10 elementos, sendo 71,67% desdentados totais para esta arcada. Considerando o critério utilizado neste trabalho, os idosos que tinham 11 elementos ou mais presentes na cavidade bucal foram de apenas 11,67%. Conforme Reis et al. [3] justificam em sua pesquisa, a comparação dos dados com os do levantamento nacional deve ser feita considerando-se que neste último a amostra foi composta por idosos não institucionalizados, examinados em seus domicílios. Como nas ILP públicas e filantrópicas a população atendida é geralmente de nível socioeconômico baixo, é esperada uma situação de saúde mais precária nesta população. Além disso, no levantamento nacional foi incluída apenas a faixa etária de 65 a 74 anos.

Considerando as duas arcadas, 70% dos idosos eram totalmente edêntulos. Este dado corrobora os de Silva e Valsecki Júnior [22], que avaliaram as condições de saúde bucal em idosos com 60 anos ou mais em 1998, onde dentre os 194 indivíduos avaliadas

(91 institucionalizadas e 103 não-institucionalizadas), houve grande número de indivíduos edêntulos (72% dos institucionalizados e 60% dos não-institucionalizados). Além disso, Reis et al. [3] demonstraram prevalência de edentulismo de 69,2% em idosos institucionalizados. Outros estudos demonstraram prevalência mais baixa, cerca de 43,1% [23] e de 40% [24].

Sá et al. [25] avaliaram o uso de prótese dentária em idosos em ILP e constataram que 55,17% utilizavam próteses, sendo as mulheres com mais frequência que os homens. Estes resultados são similares aos obtidos neste estudo, onde considerando o total de idosos, 50% faziam uso de pelo menos algum tipo de prótese removível (20 mulheres e 10 homens), enquanto os outros 50% não faziam uso de nenhuma prótese.

Enquanto apenas 63,33% dos 30 idosos que faziam uso de prótese à utilizavam na arcada inferior, 100% utilizavam na arcada superior, sendo que 29 eram próteses totais. Esses dados vão de encontro aos do SB Brasil de 2003 [5] e 2010 [6], que evidenciam maior percentual de uso de prótese na arcada superior quando comparada à inferior em idosos [9].

A necessidade de prótese foi verificada em 50% dos idosos, para a arcada superior, e em 68,33% para arcada inferior. Conforme Sá et al. [25], a grande necessidade de prótese evidencia a falta de ações reabilitadoras ofertadas pelo serviço público, ratificando a ausência de políticas públicas de saúde bucal voltadas para este grupo que se encontra institucionalizado. Além disso, a própria institucionalização pode comprometer a socialização e, acresce a isso, a precária condição bucal dos indivíduos residentes nestes locais, tendo em vista que a cavidade bucal, e seus componentes, são essenciais para a socialização e, conseqüentemente, favorecendo a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Enquanto 80% dos idosos realizavam por si só a higienização de suas próteses, 20% dependiam de cuidador para efetuar este hábito, destes, 5 eram realizadas apenas 1

vez ao dia. Verifica-se a elevada participação dos idosos na realização da higiene de sua própria prótese, mesmo estes se encontrando institucionalizados. Deve-se salientar que com o avanço da idade ocorre diminuição da capacidade motora do indivíduo, o que acaba refletindo também na saúde bucal, devido à dificuldade de higienização das estruturas dentais remanescentes e das próteses em uso [26].

O método mecânico instituído para higiene com auxílio de escova, dentifrício e água foi realizado por 96,67% idosos e 53,33%, relataram não retirar a prótese durante o sono, deixando-a em copo com água. Bastos et al. [27], por meio de revisão da literatura, sugeriram um Protocolo de Higienização para próteses removíveis, com base nos métodos mecânicos, químicos e combinados propostos pela literatura, onde de modo geral recomenda-se o uso de escova protética macia; para a prótese total (PT), pode-se utilizar sabão neutro e água durante a escovação, e uma vez por semana dissolver uma colher de chá de hipoclorito de sódio a 2% em copo com água, deixando a prótese imersa durante 15 minutos. Já para a prótese parcial removível (PPR) com estrutura metálica é mais indicado pastilhas efervescentes dissolvidas em água morna para higienização (diariamente por cinco minutos), e a solução obtida pode ser utilizada para escovação da prótese também. Durante o sono, a prótese deve ser removida e deixada mergulhada em copo com água, o que permite o descanso da mucosa e melhor circulação sanguínea.

Segundo Barbosa et al. [12] e Mujica et al. [13], entre as lesões mais prevalentes em usuários de próteses removíveis estão as estomatites protéticas e as hiperplasias fibrosas inflamatórias. Neste trabalho a presença de lesões na mucosa associadas ao uso de próteses removíveis correspondeu a 56,67% dos indivíduos, sendo as lesões eritematosas e a hiperplasia fibrosa inflamatória de maior prevalência. Este dado pode estar correlacionado ao número de idosos que tinham suas próteses confeccionadas a mais de cinco anos e ainda as utilizavam, igual a 76,67%, bem como aos vários aspectos da higiene bucal e dos dispositivos protéticos desses indivíduos, como método e

frequência de higiene instituídos, e se esta é realizada pelo próprio usuário, bem como se a prótese é removida durante o período de sono.

Como realizado por Moimaz et al. [26] é necessário apresentar métodos alternativos de limpeza, como escovas específicas para dentadura, raspadores linguais e instrução de higienização do rebordo com gaze umedecida.

Esta pesquisa não permite estabelecer o grau de influência da institucionalização nas condições bucais dos idosos, ou se parte destes problemas bucais já existiam antes de residirem em uma ILP. Os resultados encontrados fornecem informações importantes, pois evidenciam que os idosos residentes em ILP carecem de cuidados odontológicos e estes dados podem contribuir para desencadear um processo de transformação no cuidado aos idosos por instituições de assistência e no desenvolvimento de políticas públicas direcionadas a esse público.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a condição bucal dos idosos nessa ILP estava deficiente, havendo baixo acesso ao atendimento odontológico, elevada prevalência de indivíduos edêntulos e com poucos elementos dentários na cavidade bucal, evidenciando demanda por reabilitações protéticas. Além da presença de lesões traumáticas pela falta de adaptação e uso contínuo da mesma prótese por vários anos associada a deficiente instrução na higienização das próteses.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April. 2002.

2. ONUBR. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global' [Internet]. ONUBR Nações Unidas no Brasil. 2014 nov. 11 [acesso em 2017 set. 17]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>
3. Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(1):67-73.
4. Souza EHA, Barbosa MBCB, Oliveira PAP, Espíndola J, Gonçalves KJ. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(6):2955-64.
5. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 – Resultados principais. Brasília – DF; Ministério da Saúde; 2004.
6. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados principais. Brasília – DF; Ministério da Saúde; 2012.
7. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHSM, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Rev Saúde Pública 2013;47(Supl 3):78-89.
8. Pucca Jr. GA, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FCS. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. Journal of Dental Research. 2015:1-5.
9. Colussi CF, Patel FS. Uso e Necessidade de Prótese Dentária no Brasil: avanços, perspectivas e desafios. Sau. & Transf. Soc. 2016;7(1):41-8.

10. Goiato MC, Castelleoni L, Santos DM, Gennari Filho H, Assunção WG. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2005;5(1):85-90.
11. Carli JP, Giaretta BM, Vieira RR, Linden MSS, Ghizoni JS, Pereira JR. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. *Revista Salusvita.* 2013;32(1):103-15.
12. Barbosa TPM, Santana TS, Júnior RML, Batista JR, Silveira LF, Freitas AP. Lesões bucais associadas ao uso de prótese total. *Rev.Saúde.Com* 2011;7(2):133-142.
13. Mujica V, Rivera H, Carrero M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13(5):E270-4.
14. Côrte-Real IS, Figueiral MH, Campos JCR. As doenças orais no idoso: Considerações gerais. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2011;52(3):175–80.
15. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology.* 2010; 27:26–32.
16. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20(5):1290-7.
17. Rivaldo EG, Padilha DMP, Frasca LCF, Rybu BR. Envelhecimento e saúde bucal. *Stomatos.* 2008;14(26):39-45.
18. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22(5):308–16.

19. Locker D, Leake JL, Lee J, Main PA, Hicks T, Hamilton M. Utilization of dental services by older adults in four Ontario communities. *J Can Dent Assoc.* 1991;57:879-86.
20. Strayer MS, Kuthy RA, Caswell RJ, Moeschberger ML. Predictors of dental use for low-income, urban elderly persons upon removal of financial barriers. *Gerontologist.* 1997;37:110-6.
21. Binkley C, Furr LA, Carrico R, McCurren C. Survey of oral care practices in US intensive care units. *American Journal of Infection Control.* 2004 may;32(3):161-9.
22. Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica.* 2000;8:268-71.
23. Martins Neto M, Padilha DMP. Avaliação clínica da saúde bucal e do uso do fumo de três grupos de idosos. *Rev Odont Ciênc.* 2000;31:53:70.
24. Zuza EP, Rodrigues RV, Volpiani RC, Toledo BEC. Avaliação das condições bucais de idosos institucionalizados. *ROBRAC.* 2002;32:10-12.
25. Sá IPC, Júnior LRA, Corvino MPF, Sá SPC. Condições de saúde bucal de idosos da instituição de longa permanência Lar Samaritano no município de São Gonçalo-RJ. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012;17(5):1259-65.
26. Moimaz SAS, Santos CLV, Pizzatto E, Garbin CAS, Saliba NA. Perfil de utilização de próteses totais em idosos e avaliação da eficácia de sua higienização. *Cienc Odontol Bras.* 2004;7(3):72-8.
27. Bastos PL, Mesquita TC, Ottoboni GS, Figueiredo VMG. Métodos de higienização em próteses dentais removíveis. *Revista Bahiana de Odontologia.* 2015;6(2):129-37.

ANEXO A

Diretrizes do Autor

1 - Informações gerais

O Journal BRAZILIAN DENTAL SCIENCE é uma publicação científica trimestral do Instituto de Ciência e Tecnologia de São José dos Campos - UNESP.

A Brazilian Dental Science (BDS) publica artigos científicos originais, revisões convidadas, comunicações curtas e relatórios de casos, que fornecem um leitor internacional com resultados atualizados de estudos básicos e clínicos no campo da ciência oral e maxilofacial e visa esclarecer a relevância desses resultados para uma prática moderna.

O envio e publicação de manuscritos na BDS são gratuitos.

Para enviar um manuscrito para BDS, é necessário se registrar no site, fornecendo um login e uma senha. **Importante:** antes de concluir o formulário de inscrição, certifique que a opção **autor** do item "Registrar como" está marcada. Uma vez registrado como autor, digite 'User Home' (terceiro link no menu superior), então digite 'author' e 'start new submission'. Os manuscritos devem ser escritos em inglês conciso e claro para uma compreensão adequada. O papel com um máximo de seis autores será considerado para revisão. A pesquisa em seres humanos deve fornecer o número de protocolo do Conselho de Revisão Institucional na sessão "Material e Métodos" do manuscrito.

Editores e revisores passam muitas horas lendo manuscritos e, portanto, eles apreciam receber material que foi cuidadosamente preparado de acordo com estas Instruções aos Autores.

Manuscritos que não estão escritos em inglês fluente serão rejeitados automaticamente sem arbitragem.

Os autores devem sugerir **dois** revisores potenciais para o artigo enviado. Os revisores não devem ter conflito de interesse com o manuscrito.

Manuscritos de pesquisa de laboratório ou clínica (em total e "Comunicação curta")

devem incluir:

- Título (inglês e português)
- Resumo (inglês e português)
- Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão
- Referências

2 - Preparação do manuscrito

Para facilitar a edição do seu manuscrito e diminuir o tempo de publicação, siga as seguintes diretrizes e conselhos gerais simples:

1. Use espaçamento duplo do começo ao fim, com margens de 2 cm de cada lado e parágrafo justificado Arial (tamanho 12).
2. O artigo não deve conter nenhuma identificação do autor.
3. Tenha especial cuidado em usar o ponto final como ponto decimal, e não com vírgula. Como verificador ortográfico, use o inglês americano.
4. Numerar as páginas consecutivamente começando com a Introdução. Não numerar linhas.
5. Seja consistente: use a mesma forma de unidades, etc., e chaveie esses elementos exatamente da mesma maneira ao longo do manuscrito. Coloque um espaço entre os dígitos e a unidade, p. 5,2 mm.
6. Ao enfatizar as palavras (raramente necessárias), use a função itálica do software do processador de texto em vez do recurso de sublinhado
7. Não use o I maiúsculo para 1 (um) ou o O maiúsculo para 0 (zero), use os números próprios em vez disso.
8. Use a barra espaçadora apenas como um separador de palavras e não como um tabulador.

9. Formate as tabelas usando as funções da tabela do seu processador de texto.

2.1 Folha de rosto

Uma página de título deve ser enviada como material suplementar contendo o título do artigo, o nome dos autores e afiliações (grau, departamento, universidade, cidade e país) e o endereço correspondente do autor.

Os autores devem sugerir dois revisores potenciais para o artigo enviado. As informações dos revisores (nome, telefone, endereço de e-mail e afiliação) devem ser fornecidas. Os revisores devem declarar qualquer conflito de interesse com o manuscrito.

O papel e contribuição de cada autor deve ser indicado na página de rosto.

2.2 Resumo/Abstract

Apresente o resumo limitado a 250 palavras em uma página separada. O resumo deve indicar brevemente o objetivo da investigação, procedimentos básicos, principais achados e principais conclusões. Use apenas abreviaturas padrão e não inclua referências. Para Manuscritos de Pesquisa, estruture o resumo em um parágrafo usando os títulos: Objetivo, Material e métodos, Resultados e Conclusões.

2.3 Palavras-chave/Keywords

Não forneça mais de cinco palavras-chave em ordem alfabética após o resumo. Sempre que possível, utilize os termos da lista de tópicos de assuntos médicos de nlm.nih.gov/mesh. Essas palavras-chave serão usadas para fins de indexação.

Resumo e palavras-chave devem ser incluídos no arquivo principal do documento.

2.4 Introdução

Forneça um contexto ou plano de fundo para o estudo (ou seja, a natureza do problema e sua importância). Dê apenas referências estritamente pertinentes e não inclua dados ou conclusões do trabalho relatado. No último parágrafo da seção, indique o objetivo do estudo de forma concisa e, se aplicável, dê a hipótese de pesquisa.

2.5 Material e Métodos

Nesta seção, descreva todos os métodos, materiais e assuntos para que os pesquisadores possam prontamente repetir o estudo. Use subtítulos adequados para as diferentes seções para obter clareza. Defina o material e o equipamento utilizados de forma detalhada, conforme necessário, por exemplo, nome, número de produto e lote, e identifique o fabricante por produto, cidade e país entre parênteses. Para métodos comuns, uma breve descrição e uma referência podem ser suficientes; no entanto, se você se desviar do método comum, dê uma descrição completa. São desejáveis estimativas quantitativas da validade e confiabilidade dos métodos. Relate o comprimento, altura, peso e volume em unidades métricas (metros, quilogramas ou litros), ou seus múltiplos decimais. Dê temperaturas em graus Celsius e recomenda-se o uso do Sistema Internacional de Unidades (SI). As abreviaturas de unidade corretas devem ser usadas (por exemplo, "yr", "wk", "d", "h", "min", "s" and "µm"). Os nomes científicos das bactérias, os binômios em *itálico*, devem ser administrados na íntegra quando mencionado pela primeira vez. A menção subsequente pode abreviar o gênero, tendo em atenção que esta abreviatura é inequívoca (Staph. ou Strep, em vez de S.).

Os autores devem fornecer informações sobre a aprovação do Conselho de Revisão Institucional (IRB) para estudos com humanos ou animais.

2.6 Resultados

Apresente seus resultados em sequência lógica dando os principais ou mais importantes achados primeiro, geralmente em tempo passado, sem comentários subjetivos e referência a literatura anterior. Para maior clareza, a seção de resultados pode ter subposições. A seção Resultado não é o local de interpretação dos dados e não deve incluir referências a outros artigos.

Não repita no texto, dados facilmente encontrados nas tabelas ou ilustrações (a documentação dupla não é aceitável). Restrinja tabelas e figuras para aquelas necessárias para explicar o argumento do documento e para avaliar seu suporte. Use gráficos como alternativa às tabelas com muitas entradas; não duplique dados em gráficos e tabelas.

2.7 Tabelas

Apresente cada tabela no corpo do texto. Não envie tabelas como gráficos, mas use a facilidade de tabela da maioria dos processadores de texto. Numerar as tabelas consecutivamente em números romanos e dar a cada uma um breve título descritivo. Dê a cada coluna um cabeçalho curto ou abreviado. Coloque questões explicativas nas notas de rodapé, não no título.

Se os dados de outra fonte publicada ou não publicada forem utilizados, obtenha permissão e reconheça totalmente. Na medida do possível, as tabelas devem ser autoexplicativas e compreensíveis sem referência ao texto do artigo.

2.8 Figuras

Carregue figuras (ilustrações) como material suplementar (etapa 4 do processo de submissão). As figuras devem estar na forma eletrônica, somente em formato de arquivo JPG ou TIFF. Otimize o tamanho do arquivo para imprimir com 300 DPI e dimensões de 10 X 15 cm.

Certifique-se de que as letras, números e símbolos adicionados às ilustrações são claros, proporcionais entre si e suficientemente grandes para serem legíveis quando reduzidos para publicação.

Dê a cada figura uma legenda que contenha informações suficientes para torná-la inteligível sem referência ao texto, e digite todas as legendas juntas, em espaços duplos, em página(s) separada(s) no final do arquivo principal do manuscrito. Considere todas as ilustrações como figuras e numere-as consecutivamente em algarismos arábicos. Se uma

figura foi publicada anteriormente, acesse a fonte original e envie uma permissão por escrito do detentor dos direitos autorais para reproduzi-la. Se as imagens de pessoas forem usadas, obtenha permissão por escrito antes da submissão.

2.9 Discussão

A seção de discussão deve apresentar a interpretação das descobertas. Esta seção é a única seção adequada para comentários subjetivos. Os autores são fortemente instados a evitar uma repetição indevida do que já foi relatado na seção de resultados, ou introduzido na introdução.

2.10 Conclusão

Este tópico deve haver uma correspondência entre os objetivos e as hipóteses no final da introdução e conclusões.

2.11 Referências

Os artigos publicados em revistas revisadas por pares são de preferência aceitos como referências. Manuscritos no processo de escrita, dissertações de mestrado ou tese de doutorado e resumos apresentados em conferências não são aceitáveis como referências. As referências de livros devem ser mantidas no mínimo indispensável, pois mostram as opiniões dos respectivos autores e/ou editores. Somente as referências aos livros mais recentes com acesso internacional serão aceitas.

As referências devem ser numeradas (números entre colchetes - por exemplo: [12]) consecutivamente como elas aparecem no texto e devem seguir o Sistema de Referência Vancouver (detalhes podem ser achados em <http://www.icmje.org/index.html#reference>).

Exemplo:

1. Costa TR, Ferreira SQ, Klein-Junior CA, Loguercio AD, Reis A. Durability of surface treatments and intermediate agents used for repair of a polished composite. Oper Dent. 2011 Mar-Apr;35(2):231-7.

3. Lista de Verificação para Preparação da Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão com todos os itens a seguir, e os envios podem ser devolvidos aos autores que não aderem a essas diretrizes.

1. O manuscrito é original e não foi publicado anteriormente, nem está em consideração em outros lugares.
2. O arquivo de submissão está no formato Microsoft Word (.doc ou .docx).
3. O texto é de espaçamento duplo; usa fonte Arial de tamanho 12; emprega itálico, em vez de sublinhado; as tabelas são colocadas no corpo do texto em pontos apropriados, e não no final; e figuras e ilustrações não estão incorporadas no texto, sendo fornecidas em arquivos de formato JPG ou TIFF separados.
4. O texto adere aos requisitos estilísticos e bibliográficos descritos nas Submission Guidelines, que são encontrados em About the Journal.
5. Se submeter a uma seção revisada por pares da revista, as instruções em Ensuring a Blind Review foi seguida.
6. A contribuição de cada autor é descrita na folha de rosto.
7. A indicação de potenciais avaliadores para o seu manuscrito foi realizada.
8. Os autores leram e concordaram com a publicação de ética e prática de mal condução da revista.

4. Aviso de Direitos Autorais

DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA E RESPONSABILIDADE DE DIREITOS AUTORAIS

Todos os direitos autorais do manuscrito do artigo " AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS" são transferidos do(s) autor(es) para a BRAZILIAN DENTAL SCIENCE, no caso de o trabalho ser publicado. O manuscrito não foi publicado em outro lugar e que não foi submetido simultaneamente para publicação em outro lugar.

Certificamos que o estudo é original e não apresenta dados manipulados, fraude ou plágio. Nós fizemos uma contribuição científica significativa para o estudo e estamos cientes dos dados apresentados e de acordo com a versão final do manuscrito. Assumimos a responsabilidade total pelos aspectos éticos do estudo.

Este texto deve ser impresso e assinado por todos os autores. A versão digitalizada deve ser enviada como arquivo suplementar durante o processo de envio.

5. Declaração de Privacidade

Os nomes e endereços de e-mail inseridos neste site da revista serão usados exclusivamente para os propósitos declarados deste diário e não estarão disponíveis para qualquer outro propósito ou para qualquer outra parte.

Autorizamos cópia total ou parcial desta obra, apenas para fins de estudo e pesquisa, sendo expressamente vedado qualquer tipo de reprodução para fins comerciais sem prévia autorização específica do autor. Autorizamos também a divulgação do arquivo no formato PDF no banco de monografias da Biblioteca institucional.

Wesley Henrique Cabral Fernandes

Thays Barreto Freitas Moutinho

Pindamonhangaba-SP, Dezembro de 2017.