

CONDIÇÕES COGNITIVAS, FUNCIONAIS, DOENÇAS CRÔNICAS E SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ESTUDO TRANSVERSAL

Nathany Pinheiro de Souza¹
Lígia Antunes Pereira Pinelli²
Andréia Affonso Barretto Montandon³

Resumo: O número de idosos institucionalizados tem aumentado como resultado do envelhecimento mundial da população, com saúde bucal precária e alta dependência. Este estudo avaliou dados sócio-demográficos, de saúde bucal, doenças crônicas, ingestão de medicamentos, comprometimento cognitivo e funcional entre idosos institucionalizados com o objetivo de estabelecer metas de cuidados. Trata-se de um estudo transversal envolvendo 160 idosos institucionalizados. Os dados sobre as variáveis sociodemográficas, doenças crônicas e consumo de medicamentos foram coletados por meio de prontuários e entrevistas com a enfermagem. Os estados cognitivo e funcional foram avaliados por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e das escalas de Atividade Básica e Instrumental da Vida Diária (AVD e AIVD), também foi realizado exame clínico intraoral. A média de idade dos idosos foi de 77,08 anos, com 65,0% de mulheres. Doenças psiquiátricas (29,9%) e cardiovasculares (27,7%) foram as mais prevalentes; 71,9% apresentaram déficit cognitivo considerando a escolaridade; 70,7% dos idosos têm dependência nas AVD e 90,6% nas AIVD. O comprometimento cognitivo e funcional aumentou com o envelhecimento. O CPOD médio foi de 27,8; 61% eram edêntulos e metade das necessidades protéticas eram de próteses totais. Língua saburrosa (26,8%)

- 1 Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara, ex bolsista de Iniciação Científica FAPESP, nathanypinheiro@hotmail.com;
- 2 Docente da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara, ligia.pinelli@unesp.br;
- 3 Docente da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. andrea.montandon@unesp.br;

e candidíase (25,6%) foram as lesões mais prevalentes. A população avaliada se mostrou altamente específica em relação à dependência funcional, cognição e em relação às necessidades odontológicas. O conhecimento dessa realidade deve orientar os profissionais para um melhor planejamento dos cuidados.

Palavras-chave: Assistência Odontológica para Idosos, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Serviços de Saúde para Idoso.

Introdução

O aumento global da população idosa aumenta a pressão sobre os sistemas de saúde e serviços prestados aos idosos em todos os países, especialmente os em desenvolvimento. Em 2019, o número de pessoas com 60 anos ou mais era de 1 bilhão. Esse número aumentará para 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050. Há uma projeção de que nas três próximas décadas o número global de adultos com 65 anos ou mais dobrará para cerca de dois bilhões em 2050 (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2015). Dentre os idosos mais velhos, 80% do aumento ocorrerá em países de renda média baixa (WHO, 2015). Tal mudança demográfica destaca a necessidade de estudos e ações governamentais a fim de melhorar as condições de vida dessa população.

Devido a esse fenômeno mundial de envelhecimento observa-se também um aumento do número de idosos institucionalizados (FARIAS et al. 2020); a maioria prefere permanecer em suas residências, pois conseguem manter a integridade de sua rede social e desfrutar de uma maior qualidade de vida. Além disso, a admissão em uma instituição de longa permanência é cara, tanto em termos de finanças públicas como privadas (LUPPA et al., 2010).

Cada país tem desenvolvido suas próprias soluções para as necessidades dos idosos de acordo com seu modelo socioeconômico e os recursos disponíveis (GONZÁLEZ-COLAÇO HARMAND et al., 2014). No Brasil grande parte da população idosa vive em condições socioeconômicas menos privilegiadas e, no contexto atual de nossa sociedade, muitos deles estão institucionalizados por falta de cuidadores disponíveis na família (AIRES et al., 2009; FARIAS et al., 2020). Pela legislação brasileira, a família é a principal fonte de apoio e cuidado para os idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), mas, ao contrário de outros lugares, essas instituições quase sempre têm o caráter de uma residência permanente (DANILOW et al., 2007).

Se as pessoas mais velhas são mais vulneráveis a problemas bucais do que os grupos de idade mais jovens porque os fatores de risco se acumulam ao longo da vida (BOTS-VANTSPIJKER et al., 2014; WONG et al., 2019; FARIAS et al., 2020), essas condições podem ser agravadas quando são institucionalizadas. Ser dependente em três ou mais atividades básicas de vida diária (AVD) ou ter prejuízo cognitivo são os principais preditores de institucionalização (LUPPA et al., 2010; FARIAS et al., 2020) mas também a falta de recursos econômicos ou um ambiente familiar capaz de lidar com

o paciente (GONZÁLEZ-COLAÇO HARMAND et al., 2014) também impactam na decisão da institucionalização.

A grande dificuldade para uma instituição de longa permanência em fornecer cuidados de saúde bucal adequados emerge de múltiplos fatores, alguns relacionados à instituição, como baixa proporção entre cuidadores e idosos, alta rotatividade de cuidadores, baixa escolaridade dos mesmos e dificuldade de acesso a cuidados odontológicos (LAGO et al., 2017; FARIAS et al., 2020). Há um consenso geral de que toda incerteza está enraizada na incompletude do conhecimento, que na prática clínica varia de uma simples falta de conhecimento, por meio de má interpretação das comunicações, às complexidades das experiências e eventos multidimensionais de saúde e doença (MacENTEE, MATHU-MUJU, 2014). O conhecimento em saúde bucal e as atitudes negativas dos cuidadores em relação aos cuidados com a higiene dos idosos são também uma barreira ao fornecimento de cuidados bucais nas ILPs (LAGO et al., 2017; WONG et al., 2019).

Com o passar do tempo, os idosos são acometidos por doenças crônicas, consumo múltiplo de medicamentos, além de problemas associados à saúde bucal que são diretas ou indiretamente prejudiciais à saúde geral (ESMERIZ et al., 2012). Além disso, as alterações físicas, cognitivas e funcionais acumuladas com o envelhecimento levam ao aumento da dependência do cuidado. Pessoas que estão em processo de perda de autonomia e estão alojadas em instituições vivem em uma situação mais difícil do que as pessoas que permanecem em suas próprias casas (ARPIN et al., 2008). O estado de dentição mais pobre pode ter efeitos negativos sobre a saúde sistêmica e mortalidade por meio de função mastigatória prejudicada e desnutrição (SHIMAZAKI et al., 2001; WONG et al., 2019). Assim, os idosos institucionalizados representam uma população que necessita de atendimento odontológico mais integral do que aqueles que vivem na comunidade. Um ponto importante a ser levantado a capacitação que os profissionais atuantes em serviços de saúde devem realizar a fim de dar mais atenção ao desenvolvimento de competências de alfabetização em saúde em adultos mais velhos, sejam eles institucionalizados ou não, a fim de capacitá-los a alcançar níveis ideais de saúde bucal (TENANI et al., 2020).

Os dentistas que trabalham com essa população lutam com a escolha entre a autonomia do paciente e a beneficência do tratamento e intervenções ideais versus práticas. Foram sugeridas diretrizes para atendimento às necessidades de saúde bucal de idosos institucionalizados, no entanto, nos

últimos anos, parece não ter havido melhora no estado de saúde bucal dos idosos, principalmente daqueles de alto risco, visto que são institucionalizados e funcionalmente dependentes (GIL-MONTOYA et al., 2013; WONG et al., 2019).

Isso significa que para fazer uma intervenção razoável, primeiro um tratamento terapêutico e depois, a implementação de cuidados preventivos, seguido de programas de educação é imprescindível reconhecer a diversidade e heterogeneidade da população-alvo (LAGO et al., 2017). Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar variáveis sociodemográficas, saúde bucal, doenças crônicas, ingestão de medicamentos, deficiências cognitivas e funcionais em idosos institucionalizados.

Metodologia

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) do município de Araraquara, São Paulo, Brasil. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araraquara (Processo nº 07/46). Todos os indivíduos (> 60 anos) assinaram um termo de consentimento por escrito; no caso de incapacidade de tomar decisão o consentimento foi assinado pelos familiares ou pelo dirigente da Instituição.

As variáveis sociodemográficas, a presença de doenças crônicas e a ingestão de medicamentos foram coletadas por meio de prontuários sendo as informações conferidas com a equipe de enfermagem da instituição.

O estado cognitivo foi determinado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN et al., 1975). O teste consistiu em rastrear as habilidades cognitivas do paciente por meio de questões agrupadas em sete categorias, cada uma destinada a avaliar funções cognitivas específicas: orientação no tempo (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recuperação da memória (3 pontos), linguagem (8 pontos) e habilidade construtiva visual (1 ponto). A pontuação do MEEM variou de 0 a 30 pontos; 24 pontos foi usado como ponto de corte padrão e uma soma de 23 ou menos pontos indicou comprometimento cognitivo. Dois escores do MEEM foram determinados para cada paciente, o original proposto por Folstein et al. (1975) e outro considerando o nível de escolaridade adaptado por Bertolucci et al. (1994), adotando ponto de corte de

13 para pacientes analfabetos, 18 e 26 para pacientes com baixa/média e alta escolaridade, respectivamente.

A capacidade funcional foi determinada com base em uma combinação de duas escalas: as Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) (KATZ, 1983), e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (LAWTON, BRODY, 1969). AVD tem itens que se referem a cuidados pessoais, alimentação, continência, banho, vestir-se, transferência da cama para a cadeira e andar pelo quarto, e AIVD, itens que se referem ao uso do telefone, meio de transporte, compras de supermercado, preparação de refeições, limpeza da casa, lavar as roupas, cuidando com medicações e administração do dinheiro. Foi atribuído um ponto quando não havia dependência, dois pontos havia necessidade de ajuda e três pontos se havia dependência total. Para AVD, os escores 7 e 21 indicaram independência completa e dependência completa, respectivamente; para AIVDs, a independência total teve soma igual a 8 e a dependência completa soma igual a 24. Os participantes foram classificados em independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes.

O exame clínico intraoral foi realizado por um único examinador calibrado. Foram verificados a presença e número de dentes, índice CPOD, cárie radicular, necessidade de atendimento odontológico, condição protética (NIESSEN, FEDELE, 2002), satisfação relatada com a prótese, bem como alterações fisiológicas e/ou patológicas na mucosa oral.

Realizou-se estatística descritiva para os dados socioeconômicos e teste de Qui-quadrado para a verificação da correlação entre estado mental, capacidade funcional em função da idade dos participantes.

Resultados e discussão

Dos 199 idosos residentes na ILP, 160 foram elegíveis para participar da pesquisa, 27 indivíduos se recusaram a participar e 12 faleceram durante o estudo. A Tabela 1 mostra a distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas. O maior percentual dos indivíduos (60,6%) tinha mais de 75 anos com idade média de 77,08 (\pm 11,05) anos.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas (n = 160).

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	104	65,0
Masculino	56	35,0
Faixa etária		
60 - 64	35	21,9
65 - 74	28	17,5
75 - 84	49	30,6
85 - +	48	30,0
Estado civil		
Casado(a)/casamento consensual	22	13,7
Solteiro(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	138	86,3
Escolaridade		
0 - 4	138	86,2
5 - 8	11	6,9
9 - 11	08	5,0
12 - +	03	1,9
Instituição		
Financiada pelo governo	122	76,3
Privada	38	23,7

A maioria dos pacientes (97,5%) tinha mais de uma doença crônica (média de 1,4 doenças), apenas quatro pacientes não tinham nenhuma doença crônica relatada. As doenças mais comuns foram as psiquiátricas (29,9%), as cardiovasculares/hipertensão (27,7%), os problemas gastrointestinais (12,9%), as neurológicas (7,6%) e diabetes (6,6%). Em relação à ingestão de medicamentos, 75,5% dos idosos faziam uso regular de medicação psiquiátrica (33,4%), anti-hipertensivos (27,0%), hipoglicemiantes (6,9%) e anticoagulantes (4,4%), com uma média de 2,3 diferentes tipos de medicamentos ingeridos por dia.

A Tabela 2 mostra os comprometimentos cognitivos e funcionais de acordo com a faixa etária. De acordo com os valores de p obtido pelo teste do Qui-quadrado, todas as variáveis foram influenciadas pela idade do paciente; de forma geral, houve aumento do comprometimento cognitivo e funcional com o envelhecimento.

Tabela 2. Distribuição de frequência de acordo com a idade e variáveis relacionadas aos comprometimentos cognitivos e funcionais (n = 160).

Estado cognitivo e funcional	Faixa etária - n(%)				Total	p
	60-64	65-74	75-84	85 - +		
MEEM						
Com comprometimento	19 (11,9)	31 (19,4)	44 (27,5)	48 (30,0)	142 (88,8)	< 0,05
Sem comprometimento	9 (5,6)	4 (2,5)	5 (3,1)	- (-)	18 (11,2)	
MEEM x nível de escolaridade						
Com comprometimento	14 (8,8)	22 (13,7)	36 (22,5)	43 (26,9)	115 (71,9)	4,9E-29
Sem comprometimento	14 (8,8)	13 (8,1)	13 (8,1)	5 (3,1)	45 (28,1)	
Atividades Básicas da Vida Diária						
Independente	17 (10,6)	10 (6,2)	15 (9,4)	5 (3,1)	47 (29,3)	0,005
Parcialmente dependente	6 (3,8)	16 (10,0)	24 (15,0)	21 (13,1)	67 (41,9)	
Totalmente dependente	5 (3,1)	9 (5,6)	10 (6,3)	22 (13,8)	46 (28,8)	
Atividades Instrumentais da Vida Diária						
Independente	8 (5,0)	4 (2,5)	1 (0,6)	2 (1,3)	15 (9,4)	1,21E -17
Parcialmente dependente	10 (6,3)	9 (5,6)	19 (11,9)	9 (5,6)	47 (29,4)	
Totalmente dependente	10 (6,3)	22 (13,8)	29 (18,0)	37 (23,1)	98 (61,2)	

Os resultados do exame clínico mostraram índice CPOD médio de 27,8 com valor mínimo de 6 e máximo de 28; 66,4% dos idosos apresentaram pontuação máxima e apenas sete (4,4%) apresentaram índice CPOD inferior a 16. Sessenta e um por cento da amostra eram idosos totalmente desdentados. Considerando toda a população (n = 160), a média de dentes por idoso foi de 4,2, dentre os que apresentavam algum dente (39,4%) cárie radicular apareceu em, em média, em 2,4 dentes . Destes sujeitos, 80,9% tiveram necessidade de tratamento periodontal básico, 31,7% extrações e 38% procedimentos restauradores.

A Tabela 3 mostra o percentual de idosos de acordo com as condições protéticas e a necessidade de prótese, destacando que metade das necessidades

protéticas era composta por próteses totais. A satisfação relatada com a prótese está demonstrada na Tabela 4. Em relação às lesões bucais, 91 idosos apresentaram algum tipo de lesão, sendo a língua saburrosa (26,8%) e a candidíase (25,6%) as lesões mais frequentes.

Tabela 3. Frequência percentual (%) de acordo com as condições protéticas e necessidade de prótese nos arcos superior e inferior.

	Maxila	Mandíbula
Condições das próteses		
Sem próteses	55,7	73,1
Prótese Fixa (PF)	--	--
Mais de uma PF	0,6	2,5
Prótese removível (PPR)	2,5	3,2
PF e PPR	0,6	2,5
Prótese total	40,6	18,7
Necessidade protética		
Não necessita prótese	33,7	20,0
Coroas unitárias	--	--
Próteses com múltiplos elementos	10,0	21,2
Associação de unitária com múltiplos elementos	1,9	1,3
Próteses totais	54,4	57,5

Tabela 4. Frequência percentual relacionada à satisfação com a prótese dentária relatada.

Questões	Respostas (em %)	
	Sim	Não
Sua prótese total substitui seus dentes de maneira satisfatória?	76,4	23,6
Você teve dificuldade de adaptação ao uso de prótese?	72,2	27,8
Você acha que suas próteses totais estão bem ajustadas?	34,7	65,4
Você considera que suas próteses totais estão limpas?	18,0	82,0
Você tem dificuldade para limpar suas próteses totais?	72,4	27,6

Este estudo teve como objetivo realizar um levantamento epidemiológico entre idosos institucionalizados a fim de caracterizar essa população no sentido de implementar cuidados específicos tanto terapêuticos quanto preventivos e

servir de orientação para que os dentistas possam atuar de melhor forma no tratamento bucal dos idosos considerando-se as diferenças conhecidas entre os institucionalizados ou não.

A amostra foi composta por predomínio do sexo feminino (65,0%) semelhante a outros estudos que demonstraram maioridade do gênero feminino (RAMOS et al., 1987; ESMERIZ et al., 2012; GIL-MONTOYA et al., 2013; GONZÁLEZ-COLAÇO HARMAND et al., 2014, LAGO et al., 2017). A relação entre gênero e envelhecimento pode ocorrer em parte por mudanças sociais ao longo do tempo e os eventos relacionados ao ciclo de vida, como diferenças de gênero na mortalidade, expectativa de vida ao nascer, diferenças biológicas, exposição a fatores de risco, menor consumo de tabaco e álcool e aumento do uso de serviços de saúde (RAMOS et al., 1987).

A maior porcentagem de indivíduos com mais de 75 anos foi semelhante a outros estudos (GONZÁLEZ-COLAÇO HARMAND et al., 2014, LAGO et al., 2017). O perfil sociodemográfico desta amostra (solteiro (a), divorciado (a) ou viúvo (a), baixa escolaridade, alocado em enfermaria financiada pelo governo) contribui para que os idosos institucionalizados sejam mais propensos à solidão e falta de laços familiares que por sua vez os tornam mais suscetíveis a serem afetados por distúrbios comportamentais, como depressão, e causar falta de motivação para o autocuidado (DE VISSCHERE et al., 2012; WONG et al., 2019). É conhecido o impacto benéfico que o casamento proporciona na saúde e na autoavaliação da saúde e que idosos mais velhos, solteiros, divorciados ou viúvos, tem quase duas vezes mais chances de estarem insatisfeitos com a saúde bucal do que os casados ou que viviam com o companheiro, isso reforça a importância de um parceiro como fonte de apoio social, aumentando a motivação para um melhor autocuidado e para a busca de informações sobre saúde, o que são considerados fatores de proteção para a deterioração oral (TENANI et al., 2020).

Os medicamentos mais utilizados estão de acordo com estudos anteriores que relataram alto uso de psicofármacos nas instituições. Este achado pode refletir dificuldades em lidar com os sintomas comportamentais e psicológicos da demência de uma maneira não farmacológica (RICHTER et al., 2012). Considerando o número de medicamentos ingeridos diariamente os achados deste estudo são inferiores aos relatados por outros autores que encontraram uma média superior a sete medicamentos por dia (JOHNELL, FASTBOM, 2012). Essas diferenças podem ser o resultado de diferentes tradições de prescrições (JOHNELL, FASTBOM, 2012), ou ainda, mais preocupante,

um reflexo de que as orientações de tratamento não são seguidas de forma adequada pelos funcionários da instituição (MILES, 2010). Infelizmente, há poucas evidências para orientar os médicos nessas decisões complexas de tratamento e há uma grande necessidade de diretrizes baseadas em evidências para o tratamento de idosos institucionalizados (MILES, 2010; WONG et al., 2019).

Em relação à avaliação da capacidade cognitiva, o MEEM aplicado permitiu avaliar um importante fator de impacto na dependência (WONG et al., 2019; FARIAS et al., 2020). Assim, considerando a escolaridade, 71,9% da amostra apresentava déficit cognitivo; enquanto que, pela metodologia original do MEEM, 87,5% revelam comprometimento. Considerando a influência da idade no MEEM, os resultados indicaram aumento do comprometimento cognitivo com o envelhecimento (Tabela 2). Além da maior prevalência desse comprometimento com o envelhecimento, também houve uma mudança na gravidade do comprometimento cognitivo, refletida pelos escores médios. Além disso, a média do MEEM para a população total foi de 10,3, o que pode ser considerado comprometimento de alta gravidade.

Embora a metodologia utilizada em um estudo transversal não possibilite medir a influência de outros fatores que podem contribuir para o comprometimento cognitivo durante o processo de envelhecimento, está bem estabelecido que a institucionalização pode induzir efeitos físicos e psicológicos negativos nos pacientes (FARIAS et al., 2020). Idosos institucionalizados têm pior desempenho do que seus colegas não institucionalizados em uma série de testes cognitivos, fatores como idade, nível de quociente de inteligência, saúde ou outras variáveis controladas não influenciam os resultados, ao contrário de suas capacidades de se ajustar às demandas da vida institucional (WINOCUR et al., 1987; WINOCUR, MOSCOVITCH, 1990)

Deficiências funcionais, incluindo AVD e AIVD, são fortes preditores de institucionalização (LUPPA et al., 2010; FARIAS et al., 2020). Esse achado pode explicar os resultados observados na amostra deste estudo, uma vez que 90,6% tinham alguma dependência das AIVD, que compreende atividades mais complexas e as primeiras a se perder; e 70,7% tinham dependência total ou parcial nas AVDs, o que sobrecarrega a instituição devido à grande procura de serviços, porém resultados mais graves foram encontrados por outros autores (BUDTZ-JORGENSEN et al., 1996; CARTER et al., 2004).

Existe uma associação forte, mas unilateral, entre o comprometimento cognitivo e funcional: o comprometimento cognitivo grave leva a limitações

nas AVD e AIVD. Mas o comprometimento funcional não resulta de forma coativa na deterioração das funções cognitivas (LUPPA et al. 2010). A perda da capacidade funcional e da autonomia pode criar uma barreira para o autocuidado com higiene bucal ou pode limitar o acesso a cuidados profissionais de saúde bucal (WONG et al., 2019).

Além da influência do comprometimento funcional do idoso na higiene bucal autocuidado (PADILHA et al., 2007), dificuldades das instituições de longa permanência em prover saúde bucal adequada, devido a diversos fatores, como baixo número de funcionários e falta de conhecimento (De VISSCHERE et al., 2012, FARIAS et al., 2020), contribui substancialmente para a precária saúde bucal geralmente encontrada entre idosos institucionalizados (NIESSEN, FEDELE, 2002; CARTER et al., 2004; ARPIN et al., 2008; SAMSON et al. 2008; AHLUWALIA et al., 2010; MacENTEE, MATHU-MUJU, 2014; WONG et al., 2019; FARIAS et al., 2020), incluindo o Brasil (CARNEIRO et al. 2005; FERREIRA et al., 2009) como visto no exame clínico intraoral neste estudo.

O percentual de edentulismo mostrou-se bastante acentuado com 60,6% dos idosos desdentados. Dados anteriores revelam que o edentulismo pode variar de 43,0% a 80,3% em idosos institucionalizados, dependendo do país e do seu estado de desenvolvimento. (BUDTZ-JORGENSEN et al., 1996; CARTER et al., 2004; GIL-MONTOYA et al., 2013; LAGO et al., 2017; WONG et al., 2019; FARIAS et al., 2020). É importante ressaltar que o percentual do presente estudo foi próximo a valores encontrados por outros autores em idosos brasileiros (HUGO et al., 2007; LAGO et al., 2017). Ahluwalia et al. (2010) mostrou 9,0% de edentulismo em população semelhante dos EUA. Estudos epidemiológicos mostram que pessoas de classe social ou renda baixa e indivíduos com pouca ou nenhuma educação têm maior probabilidade de ser edêntulos do que pessoas de classe social alta e altos níveis de renda e educação (HUGO et al., 2007, WONG et al., 2019). Tal tendência também é verificada quanto ao número de dentes presentes e índice CPOD. A literatura mostra índices CPOD para idosos institucionalizados variando de 19,9% a 30,8% (SAMSON et al., 2008; FERREIRA et al., 2009; WONG et al., 2019).

Em relação à condição protética identificada neste trabalho, embora estudo de Müller (2014) mostrar que o uso e a necessidade de próteses estão diminuindo, os resultados refletem que essa ainda não é uma realidade entre os idosos institucionalizados, visto que a maioria deles era edêntula, usava ou

precisava de próteses dentárias. Existem duas explicações possíveis para o alto nível de necessidade de próteses dentárias entre os idosos desdentados deste estudo.

Pacientes edêntulos muito idosos e frágeis muitas vezes representam um desafio considerável para o clínico, pois as condições anatômicas são provavelmente ruins para obter retenção e estabilidade da dentadura, e o controle muscular também terá deteriorado (MÜLLER 2014, WONG et al, 2019; FARIAS et al., 2020). Assim, foi difícil estabelecer com clareza se o idoso institucionalizado não usava prótese total devido às dificuldades de ajuste (Tabela 4) ou falta de acesso ao tratamento que a institucionalização impõe. Além disso, os efeitos colaterais do tratamento de condições crônicas, como xerostomia ou mucosa sensível, podem afetar ainda mais o conforto oral e desafiar o uso de dentadura (MÜLLER 2014, WONG et al., 2019).

Embora os idosos relatem que suas próteses totais têm substituído os dentes perdidos de forma satisfatória, eles identificam dificuldades no uso, dificuldade para ajustar e limpar as próteses (Tabela 4). Possivelmente, os problemas com a limpeza das próteses estavam relacionados aos altos níveis de prejuízos cognitivos e funcionais encontrados neste estudo.

Essas deficiências também podem interferir na higiene oral de pacientes dentados. A necessidade de tratamento periodontal básico, extrações e procedimentos restauradores entre os idosos dentados (n = 63) foram altas e semelhantes às encontradas por outros autores (CARTER et al., 2004; WONG et al., 2019; FARIAS et al., 2020), enfatizando a importância do atendimento odontológico para idosos institucionalizados, a fim de prevenir a perda dentária. Sabe-se que o acesso do idoso institucionalizado ao tratamento é precário e que o atendimento odontológico deve ser considerado apenas como um mosaico no cuidado ao idoso e além de requerer coordenação complexa com o médico, enfermeiro, família e demais potenciais parceiros da equipe de cuidadores (MÜLLER, 2014). Lago et al. (2017) demonstrou a importância da educação em higiene bucal para cuidadores, no sentido de que uma equipe treinada e motivada para os cuidados com a saúde bucal exerce um papel positivo nos idosos institucionalizados, além de se sentirem mais seguros e decididos nas tomadas de ações.

As lesões orais mais encontradas foram a língua saburosa (47,3%) e a candidíase (45%), alterações essas consideradas por vários autores como lesões comuns em idosos institucionalizados (NIESSEN, FEDELE, 2002; KING,

KAPADIA, 2003), isso em parte pode ser reflexo da pior condição oral encontrada nesta população associado à negligência com a saúde bucal.

Considerando a necessidade de cuidado integral ao idoso e os benefícios sistêmicos que a boa saúde bucal proporciona, devem ser estipuladas metas para melhorar o acesso à assistência odontológica e a atuação dos cuidadores em relação à higiene bucal do idoso. Poucos centros de longa permanência oferecem atendimento odontológico, seja para exames de saúde bucal na admissão, exames periódicos ou tratamento (ARPIN et al., 2008). Assim, torna-se imprescindível a presença de uma equipe de saúde dentro da instituição de longa permanência e programa educacional de cuidadores que valorizem a saúde bucal como parte da promoção da saúde (LAGO et al., 2017, FARIAS et al., 2020). O projeto visa atender de forma racional como necessidade dos idosos, contribuindo para o treinamento dos cuidadores e autonomia dos idosos no processo de higiene.

Considerações finais

Concluiu-se que grande parte dos idosos avaliados apresenta deficiências cognitivas e funcionais e condições bucais que sinalizam para a necessidade da presença de uma equipe de saúde dentro da instituição de longa permanência.

Agradecimento

Agradecimento ao apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo número 2008/11159-2).

Referências

AHLUWALIA, K. P., CHENG, B., JOSEPHS, P. K., LALLA, E., LAMSTER, I. B. Oral disease experience of older adults seeking oral health services. **Gerodontology**, v.27, n.2, p. 96-103, 2010. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00311.x>

AIRES, M.; PAZ, A.A.; PEROSA, C.T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Rev Gaucha Enferm**, v.30, n.3, p.192-199, 2009.

ARPIN, S.; BRODEUR, J.M.; CORBEIL, P. Dental caries, problems perceived and use of services among institutionalized elderly in 3 regions of Quebec, Canada. **J Can Dent Assoc**, v.74, n.9, p.807, 2008.

BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S.M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. [The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status]. **Arq Neuropsiquiatr**, v.52, n.1, p.1-7, 1994.

BOTS-VANTSPIJKER, P.C.; VANOBBERGEN, J.N.; SCHOLS, J.M.; SCHAUB, R.M.; BOTS, C.P.; DE BAAT, C. Barriers of delivering oral health care to older people experienced by dentists: a systematic literature review. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.42, n. 2, p.113-121, 2014. doi: 10.1111/cdoe.12068.

Ministério da Saúde: Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde. Brasil. 2nd edition. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

BUDTZ-JORGENSEN, E.; MOJON, P.; BANON-CLÉMENT, J.M.; BAEHNI, P. Oral candidosis in long-term hospital care: comparison of edentulous and dentate subjects. **Oral Dis**, v.2, n.4, p.285-290, 1996. doi: 10.1111/j.1601-0825.1996.tb00239.x.

CARNEIRO, R.M.; DA SILVA, D.D.; DE SOUZA, M. da L.; WADA, R.S. Oral health of institutionalized elderly in the eastern zone of São Paulo, Brazil, 1999. **Cad Saude Publica**, v.21, n.6, p. 1709-16, 2005. doi: 10.1590/s0102-311x2005000600018.

CARTER, G.; LEE, M.; MCKELVEY, V.; SOURIAL, A.; HALLIWELL, R.; LIVINGSTON, M. Oral health status and oral treatment needs of dependent elderly people in Christchurch. **The New Zealand Medical Journal**, v.117, n.1194, p.U892, 2004.

DANILOW, M.Z.; MOREIRA, A.C.S.; VILLELA, C.G.; BARRA, B.B.; NOVAES, M.R.C.G.; OLIVEIRA, M.P.F. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Com Cienc Saúde**, v.18, n.1, p.9-16, 2007.

DE VISSCHERE, L.; SCHOLS, J.; VAN DER PUTTEN, G.J.; DE BAAT, C.; VANOBBERGEN, J. Effect evaluation of a supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in nursing homes: a cluster randomised controlled clinical trial. **Gerodontology**, v.29, n.2, p.e96-106, 2012. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00418.x.

ESMERIZ, C.E.; MENEGHIM, M.C.; AMBROSANO, G.M. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. **Gerodontology**, v.29, n.2, p. e281-9, 2012. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00464.x.

FARIAS, I.P.S.E.; SOUSA, S.A.; ALMEIDA, L.F.D.; SANTIAGO, B.M.; PEREIRA, A.C.; CAVALCANTI, Y.W. Does non-institutionalized elders have a better oral health status compared to institutionalized ones? A systematic review and meta-analysis. **Cien Saude Colet**, v.25, n.6, p. 2177-2192, 2020. doi: 10.1590/1413-81232020256.18252018.

FERREIRA, R.C.; MAGALHÃES, C.S.; ROCHA, E.S.; SCHWAMBACH, C.W.; MOREIRA, A.N. Oral health among institutionalized elderly in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25: 2375-85.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**, v.12, n.3, p.189-198, 1975.

GIL-MONTOYA, J.A.; PONCE, G.; SÁNCHEZ LARA, I.; BARRIOS, R.; LLODRA, J.C.; BRAVO, M. Association of the oral health impact profile

with malnutrition risk in Spanish elders. **Arch Gerontol Geriatr**, v.57, n.3, p. 398-402, 2013. doi:10.1016/j.archger.2013.05.002.

GONZÁLEZ-COLAÇO HARMAND, M.; MEILLON, C.; RULLIER, L.; AVILA-FUNES, J.A.; BERGUA, V.; DARTIGUES, J.F.; AMIEVA, H. Cognitive decline after entering a nursing home: a 22-year follow-up study of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. **J Am Med Dir Assoc**, v.15, n.7, p. 504-8, 2014. doi: 10.1016/j.jamda.2014.02.006.

HUGO, F.N.; HILGERT, J.B.; DE SOUZA, M.D.A.L.; DA SILVA, D.D.; PUCCA, G.A. JR. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, n.3, p.224-232, 2007. doi: 10.1111/j.0301-5661.2007.00346.x.

JOHNELL, K.; FASTBOM, J. Comparison of prescription drug use between community-dwelling and institutionalized elderly in Sweden. **Drugs Aging**, v.29, n.9, p. 751-758, 2012. doi: 10.1007/s40266-012-0002-7.

KATZ, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. **J Am Geriatr Soc**, v.31, n.12, p.721-727, 1983. doi: 10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x.

KING, T.; KAPADIA, D. Oral health status and treatment needs of institutionalized elderly and disadvantaged population in Fuji (1997). **Pac Health Dialog**, v.10, n.1, p.35-40, 2003.

LAGO, J.D.; FAIS, L.M.G.; MONTANDON, A.A.B.; PINELLI, L.A.P. Educational program in oral health for caregivers on the oral hygiene of dependent elders. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.46, n.5, p. 284-291, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.23916>

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, n.3, p. 179-186, 1969.

LUPPA, M.; LUCK, T.; WEYERER, S.; KÖNIG, H.H.; BRÄHLER, E.; RIEDEL-HELLER, S.G. Prediction of institutionalization in the elderly. A

systematic review. **Age Ageing**, v.39, n.1, p. 31-38, 2010. doi: 10.1093/ageing/afp202.

MaC ENTEE, M.I.; MATHU-MUJU, K.R. Confronting dental uncertainty in old age. **Gerodontology**, v.31, Suppl 1, p.37-43, 2014. doi: 10.1111/ger.12109.

MILES, R.W. Cognitive bias and planning error: nullification of evidence-based medicine in the nursing home. **J Am Med Dir Assoc**, v.11, n.3, p. 194-203, 2010. doi: 10.1016/j.jamda.2009.08.007.

MÜLLER, F. Oral hygiene reduces the mortality from aspiration pneumonia in frail elders. **J Dent Res**, v.94, Suppl3, p.14S-16S, 2015. doi: 10.1177/0022034514552494.

NIESSEN, L.C.; FEDELE, D.J. Aging Successfully: Oral Health for the prime of life. **Compend Contin Educ Dent**, v.23, Suppl 10, p.4-11, 2002.

PADILHA, D.P.M.; HUGO, F.N.; HILGERT, J.B.; DAL MORO, R.G. Hand function and oral hygiene in older institutionalized Brazilians. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.55, n.9, p.1333-8, 2007. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01278.x>

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. [Population aging: a Brazilian reality]. **Rev Saude Publica**, v.21, n.3, p. 211-224, 1987. doi: 10.1590/s0034-89101987000300006.

RICHTER, T.; MANN, E.; MEYER, G.; HAASTERT, B.; KÖPKE, S. Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. **J Am Med Dir Assoc**, v.13, n.187, p. e7-13, 2012. doi: 10.1016/j.jamda.2011.03.007.

SAMSON, H.; STRAND, G.V.; HAUGEJORDEN, O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. **Acta Odontol Scand**, v.66, n.6, p.368-73, 2008. doi: 10.1080/00016350802378654.

SHIMAZAKI, Y.; SOH, I.; SAITO, T.; YAMASHITA, Y.; KOGA, T.; MIYAZAKI, H.; TAKEHARA, T. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. **J Dent Res**, v.80, n.1, p.340-5, 2001. doi: 10.1177/00220345010800010801.

TENANI, C.F.; DE CHECCHI, M.H.R.; BADO, F.M.R.; JU, X.; JAMIESON, L.; MIALHE, F.L. Influence of oral health literacy on dissatisfaction with oral health among older people. **Gerodontology**, v.37, n.1, p.46-52, 2020. doi: 10.1111/ger.12443.

WINOCUR, G.; MOSCOVITCH, M.; FREEDMAN, J. An investigation of cognitive function in relation to psychosocial variables in institutionalized old people. **Can J Psychol**, v.41, n.2, p.257-269, 1987. doi: 10.1037/h0084156.

WINOCUR, G.; MOSCOVITCH, M. A comparison of cognitive function in community-dwelling and institutionalized old people of normal intelligence. **Can J Psychol**, v.44, n.4, p.435-44, 1990. doi: 10.1037/h0084270.

WONG, F.M.F.; NG, Y.T.Y., LEUNG, W.K. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents—A Systematic Review. **Int J Environ Res Public Health**, v.16, n.21, p.4132. doi: 10.3390/ijerph16214132.

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Geneva: WHO. ISBN: 978 92 4 156504 2