

Avaliação comparativa das condições bucais do idoso: ações para o cuidado e autocuidado

Comparative evaluation of oral conditions of the elderly: actions for the care and self-care

Evaluación comparativa de las condiciones orales de los ancianos: acciones para el cuidado y el autocuidado

Ingrid Petra Chaves Sá
Selma Petra Chaves Sá
Vilmar da Conceição Oliveira Filho

RESUMO: Objetiva-se avaliar o cuidado bucal de um idoso, especialmente quanto ao prestado por um cuidador a esse idoso, fazendo-se uso da aplicação de questionário fechado, Índice CPO-D, Índice de Higiene Oral Simplificado e Índice de Placa Bacteriana em Próteses Dentárias. Como método: trata-se de pesquisa quanti-qualitativa descritiva, com 50 idosos e seus dois respectivos cuidadores (100), em uma Instituição de Longa Permanência no Estado do Rio de Janeiro. Como resultado, após a intervenção, verificou-se que o índice CPO-D continuou elevado em razão do número de obturações e dentes extraídos dos idosos; porém, o cuidado necessário vem se mostrando efetivo por serem realizados os procedimentos adequados com os idosos e uma orientação bem precisa em termos de cuidados diários. Conclusão: Esta intervenção, constituída de instruções de higiene bucal e implantação do protocolo de autocuidado, e cuidado bucal para idosos, e para os cuidadores, da instituição em foco, acarretou efeitos significativos e benéficos devidos à melhoria após a adequada orientação para a higienização bucal dos idosos.

Palavras-chave: Odontologia; Saúde Bucal; Idosos; Cuidadores.

ABSTRACT: *To evaluate the dental care of the elderly and oral care provided by the caregiver to the elderly through closed questionnaire, CPO-D index, Simplified Oral Hygiene Index and Plaque Index in Dental Prosthetics; Method: Research quantitative and qualitative descriptive, with 50 seniors and their two respective caregivers (100) in a Long Term Care Institutions in the State of Rio de Janeiro. As a result, after the intervention, it was noticed that the CPO-D remained high due to the number of fillings and teeth extracted. However, the necessary care has been shown to be effective in providing the necessary treatments and very precise guidance on current care and prevention levels. Conclusion: This intervention, consisting of oral hygiene instructions and implementation of the self-care protocol, and oral care for the elderly, and for the caregivers of the institution, will certainly have significant and beneficial effects in favor of improvement and adequate oral hygiene in the patients. seniors.*

Keywords: *Dentistry; Oral Health; Seniors; Caregivers.*

RESUMEN: *Para evaluar el cuidado dental del cuidado de los ancianos y oral proporcionada por el proveedor de cuidado de los ancianos a través de cuestionario cerrado, el Índice CPO-D, Oral Simplificado Índice de Higiene y el Índice de Placa en las Prótesis Dentales; Método: Investigación cuantitativa y cualitativa descriptiva, con 50 personas mayores y sus cuidadores dos respectivos (100) en una Institución de Larga duración en el Estado de Río de Janeiro. Como resultado, después de la intervención, se notó que o CPO-D se mantuvo alta debido a la cantidad de empastes y dientes extraídos. Sin embargo, se ha demostrado que la atención necesaria es efectiva para proporcionar los tratamientos necesarios y una orientación muy precisa sobre los niveles actuales de atención y prevención. Conclusión: Esta intervención, que consiste en instrucciones de higiene bucal e implementación del protocolo de autocuidado, y cuidado bucal para ancianos y para los cuidadores de la institución, ciertamente tendrá efectos significativos y beneficiosos a favor de la mejora y la higiene bucal adecuada en los pacientes, ancianos.*

Palabras clave: *Odontología; Salud Oral; Personas mayores; Cuidadores.*

Introdução

O conhecimento sobre o processo saúde-doença bucal é necessário, a fim de que se execute corretamente a higienização dos dentes, mucosas, língua e prótese dentária, configurando-se tal procedimento como um cuidado diário e fundamental para a manutenção

da saúde bucal e possibilitando a mudança de hábitos de higiene bucal, assim como melhorias nas condições de saúde sistêmicas de um indivíduo.

A falta de informação sobre a saúde bucal pode ser apontada como uma das responsáveis pela carência de ações no autocuidado e no cuidado bucal, sendo necessárias a capacitação e a estimulação, tanto dos idosos quanto de seus prestadores de cuidados (Zuluaga, Montoya, & Contreras, 2011), além da supervisão aos cuidadores no seu trato com os idosos.

Verificou-se, por meio deste estudo, que, via de regra, não é realizada a supervisão de saúde bucal nas instituições de longa permanência para idosos, talvez por atribuição de prioridades equivocadas às questões de saúde, além da falta de informação dos idosos e de suas dificuldades funcionais. Sabe-se que essas dificuldades, assim como as condições psicossociais de um idoso, especialmente daquele residente em ILPI (Costa, & Mercadante, 2013), podem afetar sobremaneira a qualidade de sua saúde bucal com esta, conseqüentemente, prejudicando sua saúde em geral (Pinheiro, Montandon, & Pinelli, 2010; Ramos, Fais, Pinelli, & Montandon, 2012; Moreira, *et al.*, 2017).

A partir das considerações feitas, o objeto deste estudo é a avaliação comparativa do autocuidado bucal do idoso e o cuidado prestado pelo cuidador referente a esta área do corpo, antes da, e após a, instrução e implantação do protocolo de higienização bucal por um cirurgião-dentista odontogeriatra.

Assim, este estudo se justifica, sobretudo, pela ausência de informações e capacitação sobre a saúde bucal em relação aos cuidadores e à real ausência de cirurgiões-dentistas especializados na maior parte das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), no Brasil.

Este estudo contribui para a avaliação das necessidades de orientação e educação em relação ao autocuidado e ao cuidado bucal à população idosa e seus cuidadores, além da implementação e implantação de protocolo de cuidado à saúde bucal individualizado e permanente para a higienização bucal em ILPIs.

Foi estabelecido, como objetivo geral, avaliar o conhecimento e prática do autocuidado bucal do idoso e do cuidado bucal prestado pelo cuidador ao idoso que vive em Instituição de Longa Permanência, através da comparação das condições de saúde bucal antes da, e após a, implementação de protocolo para os idosos e seus cuidadores, acerca da saúde bucal. E, como objetivos específicos, avaliar o cuidado bucal do idoso e o cuidado bucal, prestado pelo cuidador, ao idoso por meio de questionário fechado, Índice de Ataque de Cárie (CPO-D), Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) e Índice de Placa Bacteriana em Próteses

Dentárias (IPD); elaborar protocolo com ações para o autocuidado e cuidado de higienização bucal no idoso; implantar o protocolo com ações para o autocuidado e cuidado de higienização bucal no idoso e comparar o cuidado e autocuidado em relação às condições bucais do idoso antes da, e após a, implantação do protocolo de higienização bucal para idosos e seus cuidadores.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa descritiva, com os idosos e seus respectivos cuidadores em uma Instituição de Longa Permanência, a Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes, conhecida como CGABEG, no município do Rio de Janeiro. Procedeu-se como em uma pesquisa-ação (Barbier, 1985), fundamentalmente em razão de os autores desempenharem aí suas atividades, e buscarem a implantação de um protocolo de atendimento local, aplicável em realidades semelhantes

Fizeram parte deste estudo 150 sujeitos, sendo 50 idosos, e 02 (dois) cuidadores de cada idoso, totalizando 100 cuidadores, quando foram avaliadas as variáveis referentes ao CPO-D, à presença de placa visível nos dentes e nas próteses dentárias dos idosos.

A partir dos dados coletados, foi construído um banco de dados e este foi analisado pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 22.0.

Para caracterização da amostra e análise do comportamento das variáveis, os dados foram sintetizados por meio de estatísticas descritivas, gráficos descritivos e distribuições de frequências. Na Análise Inferencial Quantitativa as hipóteses de normalidade das distribuições das variáveis foram verificadas pelo teste de Shapiro-Wilk (Favero, Belfiore, Silva, & Chan, 2009).

Uma vez não confirmada a distribuição normal para estes dados, prosseguiu-se a análise com abordagem não paramétrica, cujas medidas relacionadas (inicial e final) foram comparadas pelo Teste de Wilcoxon (Medronho, *et al.*, 2009).

Todas as discussões foram realizadas, considerando-se o nível de significância máximo de 5%, ou seja, adotou-se a seguinte regra de decisão nos testes: rejeição da hipótese nula sempre que o p-valor associado ao teste fosse menor que 0,05.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, assim como ao da Casa Gerontológica de Aeronáutica

Brigadeiro Eduardo Gomes que, através de respectivo documento, deram o parecer a todos os procedimentos previstos.

A participação dos idosos e seus cuidadores foi feita após a explicação detalhada da pesquisa, incluindo seus objetivos e benefícios, tendo sido explicitado que a participação na pesquisa não implicaria em riscos, que as informações seriam confidenciais, não se identificando os participantes; foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido para o Cuidador e outro Termo de Consentimento Livre Esclarecido para o Idoso/Responsável, conforme resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato, os sujeitos foram identificados por códigos.

A técnica da coleta de dados se deu através de (04) quatro etapas. Cada etapa corresponde a (01) um mês, totalizando (04) quatro meses de coleta de dados. Visto que em (01) um mês, tem-se (04) quatro semanas, em cada dia de cada semana foram pré-agendadas (05) cinco visitas às residências com duração de 01 hora cada.

Na 1ª semana, a cada dia participaram (05) cinco idosos e (05) cinco respectivos cuidadores. Enquanto na 2ª semana, a cada dia esses mesmos idosos foram revisitados para a participação do segundo cuidador, sendo mais (05) cinco cuidadores, visto que cada idoso possui dois cuidadores em sua residência. Assim, na 1ª e 2ª semanas, obteve-se um total de 25 idosos e 50 cuidadores participantes. Assim sucessivamente, na 3ª e 4ª semanas, sendo outros 25 idosos e outros 50 cuidadores diferentes dos das duas semanas anteriores. Sendo assim, a cada mês, 50 idosos e 100 cuidadores participaram da pesquisa, totalizando 150 sujeitos.

Os idosos e seus cuidadores foram abordados pela pesquisadora conforme marcação predefinida, em comum acordo, com a explicação, tanto para os idosos como para os cuidadores, de que a pesquisa visava a obter uma avaliação das condições de saúde bucal dos idosos e as instruções de higiene bucal por meio da implantação de um protocolo com ações para o autocuidado e o cuidado na saúde bucal dos idosos. Foi explicitado pela pesquisadora que a participação era espontânea e que, a qualquer momento, os participantes poderiam desistir, sem trazer constrangimento para qualquer das partes. Os dados das condições de saúde bucal foram coletados e transcritos para planilhas manuais e procedeu-se à análise de ocorrência.

Na 1ª (primeira) etapa, foi feita uma entrevista com questionário fechado ao idoso e/ou o cuidador abordando os hábitos de higienização bucal, frequência dessa higienização, conhecimento do cuidado bucal do idoso e dos seus cuidadores.

Em seguida, foi realizado o exame clínico através do Índice de Ataque de Cárie (CPO-D), Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) e Índice de Placa Bacteriana em Próteses Dentárias (IPD), para o levantamento das condições de saúde bucal de todos os idosos.

Para o cálculo do índice CPO-D e seus componentes, todos os dentes examinados obrigatoriamente receberam um código, conforme a classificação do Quadro 1. O total de dentes CPO-D de um indivíduo se dá pela somatória dos componentes C (cariados), P (perdidos ou extraídos por cárie) e O (obturados ou restaurados) nos dentes permanentes.

Quadro 1 – Códigos e critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde para o diagnóstico e registro de cárie da coroa dentária (WHO, 2003)

Código	Condição Dental (Critério para CPO-D)
0	Dente Ausente / Espaço Vazio
1	Dente Permanente Cariado
2	Dente Permanente Obturado
3	Dente Permanente Extraído
4	Dente Permanente com Extração Indicada
5	Dente Permanente Hígido
6	Dente Decíduo Cariado
7	Dente Decíduo Obturado
8	Dente Decíduo com Extração Indicada
9	Dente Decíduo Hígido

O CPO dos indivíduos examinados foi calculado através do somatório dos dentes cariados, perdidos e obturados.

Neste estudo epidemiológico, foram envolvidos exames de um grande contingente de pessoas, e, portanto, calculada a média aritmética do CPO na população idosa pesquisada, através do somatório CPO-D de todos os indivíduos examinados, dividido pelo número total de pessoas examinadas.

Para a classificação do índice CPO-D, usou-se a escala de cinco níveis, recomendada pelo Programa de Saúde Bucal da Organização Mundial de Saúde, sendo a prevalência muito baixa de 0,0 a 0,1; baixa de 1,2 a 2,6; média de 2,7 a 4,4; alta de 4,5 a 6,5; e muito alta, maior que 6,6 (Pereira, 2003).

Ao término desta primeira etapa, foram avaliadas as condições de saúde bucal de cada idoso, a partir dos hábitos de higiene bucal, os procedimentos utilizados para essa higienização, a frequência, os materiais usados para a higienização bucal do idoso, de sua necessidade de auxílio para a higiene bucal e a necessidade de instrução de higiene bucal para esse idoso, assim como para os seus respectivos cuidadores.

Na 2ª (segunda) etapa, o protocolo de ações para o cuidado e autocuidado na higienização bucal do idoso foi elaborado pela pesquisadora.

Na 3ª (Terceira) etapa, após o levantamento das condições de saúde bucal, foi supervisionado o autocuidado bucal de cada idoso sem dependência para realizar a higienização bucal, ao qual a pesquisadora forneceu instruções e implantou o protocolo de ações para o autocuidado de higienização bucal do idoso.

Este mesmo procedimento foi realizado com os dois cuidadores, de cada idoso com dependência em executar a higienização bucal. O intuito foi supervisionar o cuidado bucal prestado pelos cuidadores aos idosos, detectando as dificuldades que, posteriormente, foram adaptadas sob diversas situações através da instrução e implementação do protocolo de ações para o cuidador e autocuidado na higienização bucal do idoso.

Tanto os idosos como seus cuidadores foram abordados pela pesquisadora para a aplicação do protocolo de maneira individual.

Aqueles idosos que, rotineiramente, realizavam, sozinhos, os cuidados bucais foram encaminhados à pia do seu respectivo banheiro de quarto, em companhia da pesquisadora, que os supervisionava na realização da higienização dos dentes e/ou das próteses dentárias removíveis, instruindo e estimulando o autocuidado com o auxílio da implantação do protocolo para uma melhor e mais adequada higienização da própria cavidade bucal. Quando necessário, o procedimento foi repetido.

No caso de idosos dependentes que não conseguiam realizar sozinhos os cuidados bucais, primeiro foram realizados os procedimentos de higienização dos dentes e depois da prótese dentária removível pelo cuidador, com a supervisão da pesquisadora, instruindo-os no cuidado através da implantação do protocolo para uma melhor e mais adequada higienização bucal. Quando necessário, o procedimento foi repetido.

Na 4ª (quarta) etapa, no terceiro mês, ocorreu a terceira e última etapa da coleta de dados, na qual foi feita a comparação entre as condições de saúde bucal inicial anterior à supervisão, instrução de higiene bucal e implantação do protocolo de autocuidado e cuidado

bucal para idosos e as condições de saúde bucal final (atual) posteriormente às ações de higiene bucal com os idosos e cuidadores da instituição.

A partir desta comparação, verificou-se o aprendizado no processo de higienização bucal e a eficiência do uso de um protocolo de autocuidado e cuidado bucal para idosos.

Um novo e atualizado exame clínico foi realizado nos idosos para avaliar o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) nas superfícies dentárias, assim como o índice de Placa Bacteriana em Próteses Dentárias.

Entretanto, foi refeito um novo Índice CPO-D apenas no idoso que compareceu à consulta de emergência no consultório de odontologia da instituição, após o primeiro exame clínico, na primeira etapa.

Resultados e Discussões

A maioria dos idosos apresenta de parcial a total dependência, fazendo-se necessário que o cuidador realizasse sua higienização bucal. No entanto, muitos idosos, apesar de serem dependentes para realizar algumas atividades de vida diária e apresentarem dificuldades motoras, não aceitaram auxílio do cuidador e insistiram em fazer a higienização bucal, sozinhos. Na primeira etapa desta pesquisa, através da entrevista com questionário fechado, constatou-se a predominância dessa dependência dos idosos em realizar a higienização bucal. Dos 50 idosos, em 26 deles (52% da amostra), observou-se ter de parcial a total dependência do cuidador para realizar a higienização bucal. E, dos 100 cuidadores, 52 (52% da amostra) realizavam a higienização bucal do idoso.

De fato, a capacidade funcional, em especial a dimensão motora, é importante indicador de envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos. Com a perda dessa capacidade, o idoso está predisposto à fragilidade, dependência, institucionalização, problemas de mobilidade, risco aumentado de quedas e até sua morte. Os problemas de mobilidade podem trazer complicações ao longo do tempo e gerar a necessidade de cuidados de longa permanência e alto custo.

Quanto à frequência da higienização, a maioria dos idosos, assim como a maioria dos cuidadores da ILPI, faziam a higienização bucal duas vezes ao dia, pela manhã e à noite. Esse número de vezes pode ser justificado pelas inúmeras atividades que ambos desenvolvem, sendo que, além disso, os cuidadores encontram resistência e dificuldade em higienizar o idoso acamado.

Em relação à instrução de higiene bucal, dos 50 idosos participantes, 30 (60%) já haviam recebido instrução de higiene bucal, devido provavelmente à presença do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional desta ILPI. Dos 20 que não receberam instrução, havia 07 idosos que nada responderam devido a seu déficit cognitivo. Dos 100 cuidadores, 60 deles (60%) não haviam recebido instruções de higiene bucal, por não estarem incluídos no planejamento de instrução de higiene bucal dos dentistas anteriores.

Com relação ao uso de prótese dentária, dos 50 idosos, 33 deles (66%) usavam próteses. Dos 33 que usavam próteses dentárias, 30 usavam na arcada superior e 27 na arcada inferior. Dos 30 idosos que usavam prótese na arcada superior, 21 usavam prótese total (PT) e 09 usavam prótese parcial removível a grampo (PPRG). E, dos 27 que usavam na arcada inferior, 07 tinham prótese total e 20, prótese parcial removível a grampo.

Em relação ao uso de próteses dentárias, as totais são predominantemente mais utilizadas na superior do que na inferior, por ser, esta última, difícil de alcançar estabilidade e retenção, devido à reabsorção óssea, pelas inúmeras extrações, e pela idade avançada, comprometendo a adaptação da prótese na mucosa.

Todas as próteses eram higienizadas, sendo que 20 idosos faziam o autocuidado da prótese dentária que usavam e 13 idosos não faziam a higienização sozinhos, sendo feita por 26 cuidadores que os auxiliavam nessa tarefa. A higienização era realizada uma vez ao dia por 04 cuidadores e 03 idosos; a maior parte deles, 20 cuidadores e 14 idosos, realizava a limpeza duas vezes ao dia; três vezes ao dia era realizada por 02 cuidadores e 03 idosos e nenhum cuidador, assim como nenhum idoso fazia a higienização das próteses dentárias quatro ou mais vezes ao dia. Esta distribuição resultou em médias de aproximadamente 2,0 higienizações ao dia, tanto quando feitas pelo cuidador e/ou pelo idoso.

Em relação à instrução de higiene das próteses dentárias, 24 idosos e 32 cuidadores declararam que já haviam recebido instruções, ao passo que 08 cuidadores e 26 idosos não tinham recebido instrução, sendo que 07 desses idosos tinham déficit cognitivo.

Os p-valores obtidos mostram que não há diferença significativa entre o número de dentes cariados antes e depois da intervenção, p-valor=1,00; nem entre os números de dentes perdidos, p-valor=0,180; mas há uma diferença significativa entre os números de dentes obturados (p-valor=0,046) antes e depois da intervenção (média inicial de 3,6 e média final de 3,7). Conseqüentemente, o índice CPO-D dos pacientes depois da intervenção é significativamente distinto do CPO-D de antes da intervenção (p-valor=0,020); ou seja, sob o ponto de vista estatístico, o índice médio CPO-D depois da intervenção é significativamente

maior, devido principalmente ao fato de que o número de dentes obturados durante a intervenção foi significativo.

Conforme a classificação recomendada pelo Programa de Saúde Bucal da Organização Mundial de Saúde, o CPO-D desta amostra, tanto no momento inicial quanto no momento final pós-intervenção, é considerado muito alto, indicando elevado percentual de edentulismo (mais da metade dos idosos na CGABEG).

O edentulismo também foi um dos maiores problemas encontrados na pesquisa de Moreira, *et al.* (2017). Tais resultados quanto ao edentulismo podem ser atribuídos ao elevado número de dentes permanentes extraídos, devido a uma odontologia anterior de prática mutiladora, baseada na concepção de que a perda total dos dentes é algo normal e natural com o avançar da idade, atualmente caracterizada dentro de uma equivocada concepção do processo de envelhecimento.

Na cidade de São Paulo, SP, foi realizado um levantamento epidemiológico para verificar as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados. Foram selecionados 293 indivíduos, estratificados segundo a faixa etária (65-74 anos e 75 anos e mais) e gênero. O levantamento seguiu critérios preconizados pela OMS para determinar a prevalência das doenças bucais. Os resultados encontrados caracterizaram condições clínicas insatisfatórias, podendo ser evidenciados pelo elevado índice de CPO-d e alta porcentagem de edentulismo, 30,8% e 68,3%, respectivamente (Rosa, Fernandez, Pinto, & Ramos, 1992).

Embora o perfil epidemiológico nacional nos mostre ainda elevada prevalência de edentulismo e doenças bucais entre os mais idosos, mundialmente este perfil vem se modificando, com uma tendência de maior retenção dos dentes naturais pela população que está envelhecendo. Resulta daí a preocupação com esta parcela crescente da população e a necessidade de mudanças nos paradigmas de saúde, incorporando um novo modelo de saúde, cujas alterações nos valores e atitudes em relação à saúde bucal possam efetivamente modificar o perfil epidemiológico bucal das futuras gerações de idosos.

Quanto às análises estatísticas do Índice de Placas, do Nível de Higienização anti-placas, do Índice de Cálculos, do Nível de Higienização anti-cálculos, e do IHOS, antes e depois da intervenção; bem como os p-valores do teste de Wilcoxon, comparando em pares (inicial e final), observa-se pelo valor do Coeficiente de Variação que, com exceção dos Níveis de Higienização de Placas e Cálculos, as variáveis têm distribuição bem heterogênea, ou seja, os valores são bem variados na amostra considerada. Observou-se, de fato, uma melhora na

higienização dos dentes, tendo diminuição da presença de placa, tanto na superfície vestibular quanto na lingual.

Também é significativa a diferença entre os Níveis de Higienização anti-placas, inicial e final (p -valor=0,007); entretanto, esta diferença é num sentido contrário, de não melhoria. O nível de higienização médio inicial era de 2,44 (razoável) e passou a ser 2,69 (precário); a mediana era de 2,50, e passou a ser 3,00. Este resultado é importante pois ressalta que, embora o Índice de Placas tenha reduzido significativamente, o nível da higienização feita pelo paciente não melhorou, embora tivesse redução significativa sob o ponto de vista estatístico.

Não foi verificada diferença significativa entre os Índices de Cálculos inicial e final (p -valor=1,000), e nem entre os Níveis de Higienização Cálculo inicial e final (p -valor=0,000), como esperado, uma vez que não foi realizada raspagem supra-gengival no período considerado. Ao comparar os IHOS inicial e final, observa-se uma redução na média (de 2,53 para 2,30) e na mediana (de 2,81 para 2,50). O teste de Wilcoxon garante que esta diferença é significativa sob o ponto de vista estatístico (p -valor=0,000), comprovando também o efeito de melhoramento efetivo da intervenção.

Nas principais análises estatísticas do Índice Prótese Dentária (IPD), antes e depois da intervenção, para próteses superiores e inferiores, bem como os p -valores do teste de Wilcoxon, comparando em pares (inicial e final), observa-se, pelo valor do Coeficiente de Variação, que o IPD em todas as situações consideradas tem distribuição bem heterogênea, ou seja, os valores são bem variados na amostra. Os p -valores obtidos mostram que a diferença verificada entre o IPD inicial e final não é significativa sob o ponto de vista estatístico, nem para as próteses superiores (p -valor=0,109), nem para as próteses inferiores (p -valor=1,000). Ou seja, mesmo sendo verificadas redução na média (de 0,94 para 0,82) e mediana (de 0,75 para 0,67) do IPD das próteses superiores, esta redução não é significativa sob o ponto de vista estatístico.

Adicionalmente, foi investigado se há diferença significativa entre o IPD nas próteses superiores e inferiores. Ao comparar os valores médios, medianos e os máximos de próteses superiores e inferiores, observa-se que o IPD de próteses superiores é, em termos médios e medianos, maior que o IPD de próteses Inferiores. Os resultados do teste de Wilcoxon, descritos pelos p -valores, mostram que há diferença significativa entre o IPD de próteses superiores e o IPD de próteses inferiores, tanto antes da intervenção (p -valor=0,109); quanto depois da intervenção (p -valor=0,008).

Quanto à classificação do Índice de Placa em Prótese Dentária em relação às próteses superiores, o nível de higienização foi de 23 excelentes (76,67%); 06 razoáveis (20%) e 01

precário (3,33%). Enquanto nas próteses inferiores, o nível de higienização foi de 27 excelentes (100%) e nenhum razoável ou precário. Em uma análise geral, sem discriminar se a prótese é superior ou inferior, obteve-se um total de 50 próteses em excelente nível de higienização (87,72%), 06 razoáveis (10,53%) e 01 em estado precário (1,75%). Em uma análise geral, após a intervenção, obteve-se um total de 52 próteses (92,98%) em excelente nível de higienização, 04 razoáveis (7,01%) e nenhuma em estado precário. Esta evolução é resumida no Quadro 2, junto com os índices que tiveram também diferença significativa com a intervenção.

Quadro 2: Comparação da situação inicial e final dos índices que tiveram diferença significativa sob o ponto de vista estatístico

	CPO-D	Índice de Placa	IHO-S	Índice de Prótese Dentária Superior	Índice Prótese Dentária Global
Inicial	22,76	1,35	2,53	0,94	Excelente – 50(87,72%) Razoável – 06(10,53%) Precária – 01(1,75%)
Final	22,90	1,12	2,30	0,88	Excelente – 54 (92,98%) Razoável – 03 (7,01%) Precária – 0 (0,00%)

Conclusões

Por meio da comparação entre as condições de saúde bucal inicial e final após a intervenção, percebeu-se que o CPO-D continuou elevado por causa do número de obturações e dentes extraídos; mas o cuidado necessário, objetivo maior da intervenção, foi efetivo ao se realizarem os tratamentos adequados e necessários.

A melhoria no Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) e no Índice de Placa da Prótese Dentária (IPD) foi evidente e comprovadamente significativo sob o ponto de vista clínico e estatístico.

Conclui-se, então, que esta intervenção, constituída de instrução de higiene bucal e implantação do protocolo de autocuidado e cuidado bucal para idosos e para os cuidadores da instituição, tem um efeito significativo e benéfico em favor da melhoria e da higienização bucal eficiente nos idosos, tão importante para a saúde destes, para sua qualidade de vida, convivência social e autoestima.

Esta pesquisa permitiu perceber a ausência de conhecimentos específicos para as ações de higienização bucal no idoso, pela inadequada ou falta de instrução de higiene bucal, tanto por parte dos idosos como dos seus cuidadores. Observou-se ainda a importância da capacitação do cuidador para auxiliar e realizar uma higienização bucal ideal no idoso.

Referências

- Barbier, R. (1985). *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Costa, M. C. N., & Mercadante, E. F. (2013). O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos) e o que isso representa para o sujeito idoso. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 16(1), 209-222. ISSNprint 1516-2567. ISSNNe 2176-901X. Recuperado em 01 de dezembro, 2018, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/17641/13138>.
- Favero, L. P., Belfiore, P., Silva, F. L., & Chan, B. L. (2009). *Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier.
- Medronho, R. A., Bloch, K. V., Luiz, R. R., & Werneck, G. L. (2009). *Epidemiologia*. São Paulo, SP: Editora Atheneu.
- Moreira, G. E., Santos, B. F. E., Fernandes, L. A., Pereira, A. A., Rocha, V. F. B., & Lima, D. C. (2017). Alterações bucais e o grau de dependência de idosos institucionalizados. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(4), 331-344. ISSNprint 1516-2567. ISSNNe 2176-901X. Recuperado em 02 dezembro, 2018, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/39792/26923>.
- Pereira, A. C. (2003). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed. (440 p.).
- Pinheiro, N., Montandon, A. A. B., & Pinelli, L. A. P. (2010). Condições periodontais e saúde bucal de idosos de instituição com alta prevalência de comprometimento cognitivo. *Revista de Odontologia da UNESP*, 3, 62. Recuperado em 01 de dezembro, 2018, de: <http://www.revodontolunesp.com.br/article/588018bd7f8c9d0a098b4dc7>.
- Ramos, N. F. F., Fais, L. M., Pinelli, L. A. P., & Montandon, A. A. B. (2012). Reprodutibilidade de índice de capacidade funcional para higiene bucal em idosos institucionalizados. *Revista de Odontologia da UNESP*, 41(Especial 2), 134. Recuperado em 01 de dezembro, 2018, de: <http://s3.amazonaws.com/host-articleassets/rou/5880194c7f8c9d0a098b50ae/fulltext.pdf>.
- Rosa, A. G. F., Fernandez, R. A. C., Pinto, V. G., & Ramos, L. R. (1992). Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública*. 26(3), 155-160. Recuperado em 01 de dezembro, 2018, de: <https://core.ac.uk/download/pdf/37703653.pdf>.
- Zuluaga, D. J. M., Montoya, J. A. G., & Contreras, C. I. (2011). Association between oral health, cognitive impairment and oral health-related quality of life. *Gerodontology*, 29(2), 667-673. Recuperado em 01 de dezembro, 2018, de: doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00542.x.

WHO. (2003). World Health Organization. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Genebra, Suisse: WHO.

Recebido em 22/04/2019

Aceito em 30/09/2019

Ingrid Petra Chaves Sá – Mestre em Clínica Odontológica. Ligada à Casa Gerontológica de Aeronáutica, CGABEG, Ilha do Governador, Rio de Janeiro, RJ.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8144-9293>.

E-mail: vilmarcof@hotmail.com

Selma Petra Chaves Sá - Professora Titular da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9878-7179>.

E-mail: selmapetrasa@gmail.com

Vilmar da Conceição Oliveira Filho - Nutricionista. Mestre em Ciência do Cuidado em Saúde, Universidade Federal Fluminense. Especialista em Fisiologia do Exercício, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5398-0266>.

E-mail: vilmarcof@hotmail.com