

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO  
INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E MARKETING  
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

ANDERSON DE ALBUQUERQUE ALVES

**AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL DOS  
PACIENTES ACAMADOS DE MUNICÍPIO DA  
REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Recife/2022

ANDERSON DE ALBUQUERQUE ALVES

# **AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL DOS PACIENTES ACAMADOS DE MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Monografia apresentada ao Centro  
Universitário Brasileiro – UNIBRA, como  
requisito parcial para obtenção do título  
de Cirurgião Dentista.

**Orientador:** Prof. Me. Augusto César  
Leal Silva Leonel

Recife/2022

ANDERSON DE ALBUQUERQUE ALVES

Ficha catalográfica elaborada pela  
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

A474a Alves, Anderson de Albuquerque  
Avaliação da condição bucal dos pacientes acamados de município da  
região metropolitana do Recife. / Anderson de Albuquerque Alves. - Recife:  
O Autor, 2022.  
42 p.  
  
Orientador(a): Me. Augusto César Leal Silva Leonel.  
  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário  
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Odontologia, 2022.  
  
Inclui Referências.  
  
1. Atenção primária à saúde. 2. Prótese dentária. 3. Pessoas  
acamadas. I. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. II. Título.

CDU: 616.314

*À minha mãe e meus orientadores  
por toda ajuda e paciência.  
Dedico.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me conceder a vida e a oportunidade de estudar e atingir meus objetivos profissionais. Por ter me permitido, em meio às adversidades e obstáculos durante esses cinco anos, acreditar na possibilidade de crescimento e amadurecimento.

Aos meus pais, principalmente minha mãe Ana Paula da Silva França, pelo amor incondicional a mim dedicado e por terem sempre cultivado valores capazes de estruturar minha carreira com dignidade, sobretudo por ter como função o auxílio ao próximo.

Ao meu irmão Andrew Rivaldo de Albuquerque Alves, pelo apoio e todo carinho.

Ao meu Namorado Clayton Barbosa de Andrade que me ajudou com todo o seu apoio e carinho durante todo o desenvolvimento do projeto.

Aos meus amigos Abelardo Moraes e Gabriely Ketilem. A eles, todo meu respeito, admiração e gratidão.

Ao meu orientador Augusto César Leal por todo apoio e paciência durante a realização da pesquisa.

A minha coordenadora do curso de odontologia, Fernanda Donida, por todo apoio educacional e suporte oferecido durante os últimos cinco anos.

As professoras, Cecília de Oliveira e Edila Feitosa pelos ensinamentos que marcaram minha vida acadêmica.

E em especial agradeço a Dra. Fabiana Teixeira por me ajudar a desenvolver esse projeto ao meu lado, você foi uma professora que me ajudou a mudar a minha vida acadêmica, profissional e pessoal. Você foi e é muito especial para mim, obrigado por tudo!

*A vida é uma corrida que não se  
corre sozinho. E vencer não é  
chegar, é aproveitar o caminho.  
(Braulio Bessa, 2018)*

## **AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL DOS PACIENTES ACAMADOS DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Anderson de Albuquerque Alves <sup>1</sup>

Augusto César Leal da Silva Leonel, Professor Orientador <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Discente do curso de Odontologia do Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA

<sup>2</sup> Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA

**Resumo:** A Política Nacional de Atenção Básica determina a visita domiciliar como uma obrigação de toda a equipe básica de saúde destinada a pacientes que tenham dificuldades de acesso aos serviços odontológicos. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi avaliar as condições de saúde bucal dos pacientes acamados da região adstrita a uma Unidade de Saúde da Família situada no município de Paulista-PE. Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados clínicos e sociodemográficos. Como resultados, 41 pacientes foram examinados, sendo 67,6% do sexo feminino e 94,6% acima dos 60 anos de idade. Observou-se que 64,9% da amostra apresentou índice de dentes cariados, perdidos e obturados, “27 ou mais”, 91,9% já haviam perdido seis ou mais dentes, 75,7% necessitavam utilizar prótese total ou parcial e ainda dentre os que já faziam o uso, constatou-se que 56,9% encontravam-se inadequadas. Quanto ao índice periodontal comunitário, 32% dos sextantes examinados apresentaram bolsa muito profundas, o que caracteriza um quadro severo de perda de inserção. Durante as visitas domiciliares foi averiguado a dependência total de uma ação multiprofissional para estender a assistência a esse grupo, além disso destaca-se nos resultados a alta prevalência de perda dentária e necessidade de prótese, então sugere-se a contratação de um Cirurgião-dentista especialista em prótese e posteriormente implementação de um laboratório regional de prótese dentária para suprir a demanda.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Prótese dentária. Pessoas acamadas.

## **ASSESSMENT OF THE ORAL CONDITION OF BEDROOM PATIENTS IN A MUNICIPALITY IN THE METROPOLITAN REGION OF RECIFE**

Anderson de Albuquerque Alves <sup>1</sup>

Augusto César Leal da Silva Leonel, Professor Orientador <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Student of the Dentistry course at Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA

<sup>2</sup> Professor of the Dentistry course at Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA

**Abstract:** The National Primary Care Policy determines the home visit as an obligation of the entire basic health team for patients who have difficulties in accessing dental services. Therefore, the objective of the present study was to evaluate the oral health conditions of bedridden patients in the region attached to a Family Health Unit located in the city of Paulista-PE. This is a cross-sectional study with clinical and sociodemographic data collection. As a result, 41 patients were examined, being 67.6% female and 94.6% over 60 years of age. It was observed that 64.9% of the sample had decayed, missing and filled teeth, “27 or more”, 91.9% had already lost six or more teeth, 75.7% needed to use total or partial dentures and still among those who already used it, 56.9% were found to be inadequate. As for the community periodontal index, 32% of the examined sextants had very deep pockets, which characterizes a severe condition of attachment loss. During home visits, the total dependence on a multidisciplinary action to extend care to this group was verified, in addition, the high prevalence of tooth loss and the need for prosthesis stands out in the results, so it is suggested to hire a Dental Surgeon. specialist in prosthesis and later implementation of a regional laboratory of dental prosthesis to supply the demand.

**Keywords:** Primary health care. Dental prosthesis. bedridden people.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estado geral de saúde dos pacientes acamados.....	20
Gráfico 2 - Percentual dos dentes perdidos.....	21
Gráfico 3 – Percentual dos dentes cariados.....	22
Gráfico 4 – Percentual dos dentes obturados.....	23
Gráfico 5 – Percentual da necessidade de prótese.....	24
Gráfico 6 – Percentual do uso de prótese(s) .....	24
Gráfico 7 – Percentual da condição da(s) prótese(s) em uso.....	25
Gráfico 8 – Percentual da condição periodontal segundo o índice CPI.....	26
Tabela 1 – Percentual do índice CPOD.....	26

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
3.1 Envelhecimento e odontologia .....	13
3.2 Legislação .....	14
3.3 Cuidador e Higiene Bucal.....	14
<b>4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>15</b>
4.1 Tipo de estudo.....	15
4.2 Local da pesquisa.....	15
4.3 Amostra de participante.....	15
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	15
4.5 Recrutamento dos Participantes.....	16
4.6 Instrumentos de Coleta de Dados.....	16
4.7 Aspectos Éticos.....	18
4.8 Análise e interpretação Dos Dados.....	18
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>18</b>
5.1 Características sociodemográficas.....	18
5.2 Estado geral da saúde dos pacientes acamados da amostra.....	19
5.3 Condição Bucal dos pacientes acamados da amostra .....	20
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>28</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é uma tendência mundial, levando a mudanças tanto no perfil sociodemográfico como epidemiológico da população (COELHO, 2017). A idade da pessoa idosa, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é variável a depender do nível de desenvolvimento do país. Nos países em desenvolvimento, como se enquadra o Brasil, a pessoa idosa é aquela que tem 60 ou mais anos de idade (INAGAKI, 2008).

A Atenção Domiciliar (AD) é definida como uma modalidade que envolve ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016). Esse tipo de atenção tem se expandido como resposta às transformações demográficas, epidemiológicas e sociais, viabilizando propostas de cuidado que promovam mais qualidade de vida e maior bem-estar para o usuário do sistema de saúde e as suas famílias, diminuindo assim as iniquidades na saúde (SEIXA; SOUZA; SILVA, 2014).

Como já definido pela Política Nacional de Atenção Básica, que determina a visita domiciliar como uma das obrigações da equipe destinada a pacientes e famílias que tenham dificuldades de acesso aos serviços, esse plano é estabelecido para oferecer uma atenção primária integral e equânime (BRASIL, 2012). Para que isso ocorra de maneira eficaz na AD, é importante que o profissional adquira condutas desfocadas do modelo hospitalocêntrico, criando vínculos mais próximos com os usuários do SUS. Pois, os serviços e ações de saúde são promovidas em suas próprias residências, com objetivo de estabelecer ou restabelecer a saúde, potencializar o grau de autonomia, além de diminuir agravos que promovem inabilidades ou enfermidades (NETO *et al.*, 2019).

No Brasil, mesmo que o paciente tenha a presença de um cuidador institucionalizado e que seja acompanhado por um profissional da saúde, foi averiguado que apenas cerca de 33,3% dos profissionais receberam algum tipo de instrução específica sobre a saúde bucal (ALVES *et al.*, 2014). Na perspectiva do Sistema Único de Saúde a situação ainda é mais intrigante, pois cerca de 90% dos cuidadores é um familiar, o que pode ser ainda mais alarmante (NEVES *et al.*, 2019).

O papel da equipe multiprofissional na Visita Domiciliar (VD) é de grande valia na atenção ao acamado. Entretanto, apenas 56% dos Cirurgiões-Dentistas inseridos na Atenção Primária de Saúde (APS) realizam a VD, comparadas a outros profissionais como médicos e enfermeiros que apresentam um percentual de 99% e 92%, respectivamente (DE-CARLI *et al.*, 2015). A falta de mobilidade juntamente à longos períodos em repouso no leito podem acarretar em problemas sistêmicos graves, sendo os sistemas cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, musculoesquelético e urinário os mais afetados (BONFÁ *et al.*, 2020). Além disso, muitas patologias bucais adjuntas a doenças sistêmicas podem gerar agravos significativos do quadro geral de saúde do indivíduo (BRASIL, 2017).

Partindo do que é descrito na literatura, são necessárias ações interdisciplinares públicas específicas voltadas para pacientes acamados, visado a prevenção em saúde bucal para os mesmos e orientação para o cuidador (MORAES; COHEN, 2021). Alguns agravos na saúde bucal dos acamados necessitam de uma atenção integral e multidisciplinar na Estratégia de Saúde da Família, entretanto, isso representa um impasse na formação do cirurgião-dentista que ainda favorece os princípios do modelo biomédico individualizado e com destaque às tecnologias (DE-CARLI *et al.*, 2015).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Avaliar a condição bucal dos pacientes acamados assistidos por uma USF da região metropolitana do Recife.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Determinar o perfil sociodemográfico desses pacientes;
- Avaliar os determinantes sociais;
- Verificar a prevalência de cárie por meio da aplicação do índice CPO-D;
- Levantar a prevalência de doença periodontal por meio da aplicação do índice CPI;
- Avaliar a necessidade de prótese e averiguar a condição das mesmas daqueles que já fazem uso.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Envelhecimento e odontologia

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2017, indicou um aumento de 4,8 milhões entre 2012 e 2017, mostrando um crescimento de 18% de pessoas idosas nesse período. Estima-se ainda que em 2032 esse grupo etário deverá alcançar em média 43,3 milhões (IBGE, 2018). Com essa transição é importante também o acompanhamento e entendimento dos agravos que mais atingem essa população, afim de elaborar políticas públicas e programas que auxiliem o idoso a ter uma melhor qualidade de vida (MIRANDA *et al.*, 2016).

O envelhecimento populacional traz vários agravos que podem repercutir no Sistema Único de Saúde, dentre eles o aumento da procura por serviços de saúde, o crescimento de outras modalidades do cuidado focadas para o idoso frágil ou dependente (SALES; FERNANDES NETO; CATÃO, 2017).

Apesar da pessoa senil ser a mais acometida por algumas doenças crônico-degenerativas, por conta do histórico de saúde no Brasil, em que se evidenciava um modelo curativo e não preventivo, todos os grupos etários podem ser afetados por essas patologias. Dentre elas os episódios de acidente vascular cerebral, diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia demonstram ser as de maior grau de comorbidade (BONFÁ; *et al.*, 2020). Tendo em vista que de acordo com a OMS, em 1946, a saúde é definida como um bem-estar físico, mental e intelectual do indivíduo, então a saúde bucal está interligada a saúde geral do cidadão.

Várias alterações fisiológicas e anatômicas são pertinentes ao idoso como retrações dos tecidos gengivais, alterações básicas na superfície da língua (perda das papilas filiformes e circunvaladas), erosões e abrasão dentária. Apesar disso, muitos problemas odontológicos encontrados nessa população são em sua origem desordens de processos patológicos acumulados no decorrer da vida, sejam eles em função de uma higiene bucal ineficaz, iatrogenias, falta de orientação e de interesse em saúde bucal e o não acesso à serviços de assistência odontológica (SANTOS; SOUZA, 2019)

### **3.2 Legislações voltadas a atenção primária**

No ano de 2000, a implantação da odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF), consolidada pela Portaria Ministerial nº 1.444, teve como principal objetivo reorganizar o modelo de atenção básica e expandir o acesso dos pacientes que já faziam parte da ESF aos serviços de saúde bucal. O principal benefício para os pacientes acamados foi a oferta de cuidados odontológicos, que deixou de ser realizada apenas nas unidades de saúde (BRASIL, 2000).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), publicada em 2004, a saúde bucal é vista com um novo entendimento e como um aspecto indiscutível para a preservação da qualidade de vida da pessoa idosa (BRASIL, 2004).

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), publicada em 2006, o serviço do cuidado ao idoso deve ser concebido pela família, de forma geral, complementada pelo apoio especializado e regular dado por meio da (ESF), garantindo assim a atenção integral (BRASIL, 2006).

A lei 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde, diz em seus artigos que as ações e serviços de saúde devem obedecer aos princípios e doutrinas da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, participação da comunidade e conjugação de recursos (financeiros, tecnológicos, materiais e humanos), a fim de garantir a assistência em saúde de forma regionalizada, hierarquizada e em direção única (BRASIL, 1990). Dito isto para que ocorra uma ação integral, equânime e universal no nível de atenção básica é preciso que o Cirurgião-Dentista tenha ciência dos impasses pertinentes ao seu campo de atuação (SERAFIM, 2020).

### **3.3 Cuidador e Higiene Bucal**

A saúde bucal é de extrema importância para saúde geral do indivíduo, impactando diretamente na qualidade de vida do mesmo, sendo de suma importância que o acamado tenha a percepção do autocuidado associado a isso a falta de convívio social e problemas psicológicos podem causar no indivíduo a perda pelo zelo da sua saúde oral (MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016).

O cuidador exerce um papel imprescindível na qualidade de vida do acamado, assegurando o conforto e proteção do mesmo, ajudando com os

cuidados de higiene, realizando as mudanças de posição na cama, além de contribuir na preservação da saúde mental e autoestima (MENDES, 2021). Em uma escala de grau de dependência, cerca de 89% dos acamados encontram-se parcial ou totalmente dependentes do cuidador para realizar o autocuidado (NEVES *et al.*, 2019). A maior parte não consegue realizar a higiene bucal, sendo está feita por terceiros que muitas vezes, por falta de orientação, a realizam de forma errônea ou ineficaz. (BONFÁ *et al.*, 2020). O acesso desse grupo à saúde bucal e cuidado é demasiadamente negligenciado, o que torna o indivíduo mais propício ao acúmulo de biofilme nos elementos dentais e em consequência disso, um aumento de depósitos de microrganismos patogênicos. Isso tudo pode acarretar não só em um processo inflamatório nos tecidos periodontais, mas também em outras regiões do organismo (SANTOS, 2020).

Além disso, destacam-se pessoas com comprometidos cognitivos, limitação física e problemas visuais decorrentes dos outros processos, fatores esses que comprometem a percepção do autocuidado, acarretando em altos níveis de placa bacteriana, cárie dentária e maiores chances de desenvolvimento de lesões em mucosa (FERREIRA *et al.*, 2014).

Ademais, sem a percepção do autocuidado o acamado pode não ser colaborativo com a realização dos cuidados de higiene. (NEVES *et al.*, 2019).

## **4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal envolvendo os pacientes acamados assistidos por uma USF da região metropolitana do Recife.

### **4.2 Local da pesquisa**

A presente pesquisa foi realizada na microárea adstrita à USF de Jardim Paulista Baixo IV, localizada no bairro de Jardim Paulista, no Município do Paulista, região metropolitana do Recife.

### **4.3 Amostra de participante**

A pesquisa foi conduzida com uma amostra de conveniência composta por 56 pacientes acamados acompanhados pela USF de Jardim Paulista Baixo IV.

#### **4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram incluídos na pesquisa os pacientes acamados e assistidos pela USF Jardim Paulista Baixo, de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os pacientes acamados que não possuíam assistência de um cuidador, em razão da dificuldade de acesso completo às informações do questionário, além daqueles que se recusaram a participar da pesquisa ou que não assinaram o TCLE.

#### **4.5 Recrutamento dos Participantes**

Foram visitados todos os usuários do SUS acamados cadastrados na USF Jardim Paulista Baixo IV.

#### **4.6 Instrumentos de Coleta de Dados**

A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Seres Humanos do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), sob o número do parecer: 5.159.169 (ANEXO).

Todos os pacientes acamados que participaram do estudo já eram acompanhados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da USF do Município de Paulista –PE. Todas as visitas foram pré-agendadas e com o uso de uma ficha foram coletados os dados sociodemográficos dos participantes ( APÊNDICE). Quanto aos exames da cavidade oral, o mesmo foi realizado por um pesquisador (estudante de odontologia do 10º período na UNIBRA), previamente calibrados por uma Cirurgiã-Dentista experiente, após higienização oral completa utilizando-se escova dental e dentifrício fluoretado.

Os exames bucais foram realizados no domicílio dos pacientes assistidos pela Unidade Básica de Saúde com luz artificial, utilizando-se odontoscópio,



pinça clínica e sonda periodontal milimetrada Carolina do Norte, conforme preconizada pelo Manual do examinador para o projeto SB Brasil, para melhor visualização das estruturas bucais e respeitando os princípios de biossegurança. Os dados foram registrados em uma ficha semelhante a utilizada no Projeto SB2010 do Ministério da Saúde (SB Brasil, 2010).

Para avaliar a experiência de cárie foi utilizado o índice CPO-D (SB Brasil, 2010). Para determinar o índice de cada paciente foi levado em consideração somente a condição da coroa de cada espaço dentário. Os espaços dentários foram analisados um por um, começando pelo incisivo central superior (11) até terceiro molar (18), seguindo para incisivo central superior esquerdo (21) até terceiro molar esquerdo (28), seguindo para hemiarcada inferior esquerda (31 ao 38) e, concluindo com direito (41 ao 48), seguindo a metodologia proposta pelo SB Brasil em 2010 (SB Brasil, 2010).

Quanto a condição periodontal, a mesma foi avaliada através da utilização do índice CPI (Índice Periodontal Comunitário), seguindo todos os critérios desenvolvidos e proposto pelo Manual do examinador (SB Brasil, 2010), esse índice permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa.

Para a avaliação da necessidade de troca da prótese foram utilizados os índices propostos por SB BRASIL (BRASIL, 2009). Se houver a presença de algum dos critérios abaixo listados a prótese que está em uso é inadequada, e, portanto, deve ser trocada:

- a) Retenção – prótese folgada ou apertada
- b) Estabilidade reciprocidade – prótese apresentando deslocamento ou báscula
- c) Fixação – prótese lesionando os tecidos
- d) Estética – prótese apresentando manchas ou fraturas, ou quando está inadequada ao perfil facial do paciente

A avaliação da necessidade do uso de prótese dentária foi feita com os critérios listados no Projeto SB Brasil 2010.

#### Uso de prótese

Código

0. Não usa prótese dentária
1. Usa uma ponte fixa

2. Usa mais de uma ponte fixa
3. Usa prótese parcial removível
4. Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis
5. Usa prótese dentária total
9. Sem informação

#### Necessidade de Prótese

#### Código

0. Não necessita de prótese dentária
1. Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento
2. Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento
3. Necessita de uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento
4. Necessita de prótese dentária
5. sem informação

### **4.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Os indivíduos participantes da pesquisa, ou o seu responsável legal, foram informados previamente sobre os objetivos da pesquisa, assim como os riscos e benefícios da mesma. E, aqueles que aceitaram participar receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE) informando todos os passos da pesquisa e garantindo total sigilo das informações.

A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIBRA.

### **4.8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

Os dados obtidos nessa pesquisa foram tabulados e analisados através de estatística descritiva utilizando o software Statistical Package for the Social

Sciences (SPSS) (IBM, Chicago, IL, EUA), versão 25.0. Todos os resultados das variáveis quantitativas foram relatados como frequência e porcentagem.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Inicialmente, foram mapeados pelos Agentes Comunitários de Saúde 56 pacientes acamados. Entretanto, no momento da realização da coleta dos dados quatro pacientes já haviam falecido, dois se recusaram a participar do estudo, três se mudaram para outro município, outros seis pacientes não foram examinados pela ausência do Agente Comunitário de Saúde Responsável pela área e quatro pacientes não foram incluídos na análise por que tinham a idade acima de noventa anos. Dessa forma, considerou-se neste estudo cerca de trinta e sete pacientes acamados entre 26 a 90 anos.

A população abaixo dos 60 anos correspondeu a 5,4% da amostra, já a população acima dos 60 anos foi responsável por 94,6%. Quanto ao sexo, verificou-se que 67,6% eram do sexo feminino e 32,40% eram do sexo masculino, sendo 59,50% da amostra composta por solteiros, viúvos ou divorciados e 40,50% de casados ou em união estável.

Vários estudos descritos na literatura descrevem que os pacientes acamados eram predominantemente idosos, similarmente a amostra desse estudo. Entretanto, essa condição pode atingir todas as faixas etárias em decorrência de doenças degenerativas ou acidentes (DE-CARLI *et al.*, 2015) (FLECK *et al.*, 2000) (GUARRIDO *et al.*, 2002) (CHIESA *et al.*, 2003).

De acordo com Moreira e colaboradores (2005) as principais barreiras encontradas para o acesso ao atendimento odontológico são a baixa escolaridade dos pacientes, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal voltados à essa população. Os dados do presente trabalho convergem com essa afirmativa, tendo em vista que dentre os pacientes acamados que participaram do estudo aproximadamente 78,4% afirmaram ter renda de até um salário mínimo, ao passo que 21,6% ganhavam de dois a quatro salários mínimos.

## 5.2 ESTADO GERAL DA SAÚDE DOS PACIENTES ACAMADOS DA AMOSTRA

Segundo Ortiz (2017), os idosos brasileiros apresentam, em geral, algum tipo de doença crônica, sendo a hipertensão e a diabetes as mais prevalentes. Esse dado foi comprovado por esta pesquisa, onde observou-se que 81,1% dos pacientes acamados eram hipertensos, 51,4% diabéticos e 73% apresentavam outro(s) problema(s) cardiovascular além da hipertensão (Gráfico 1).

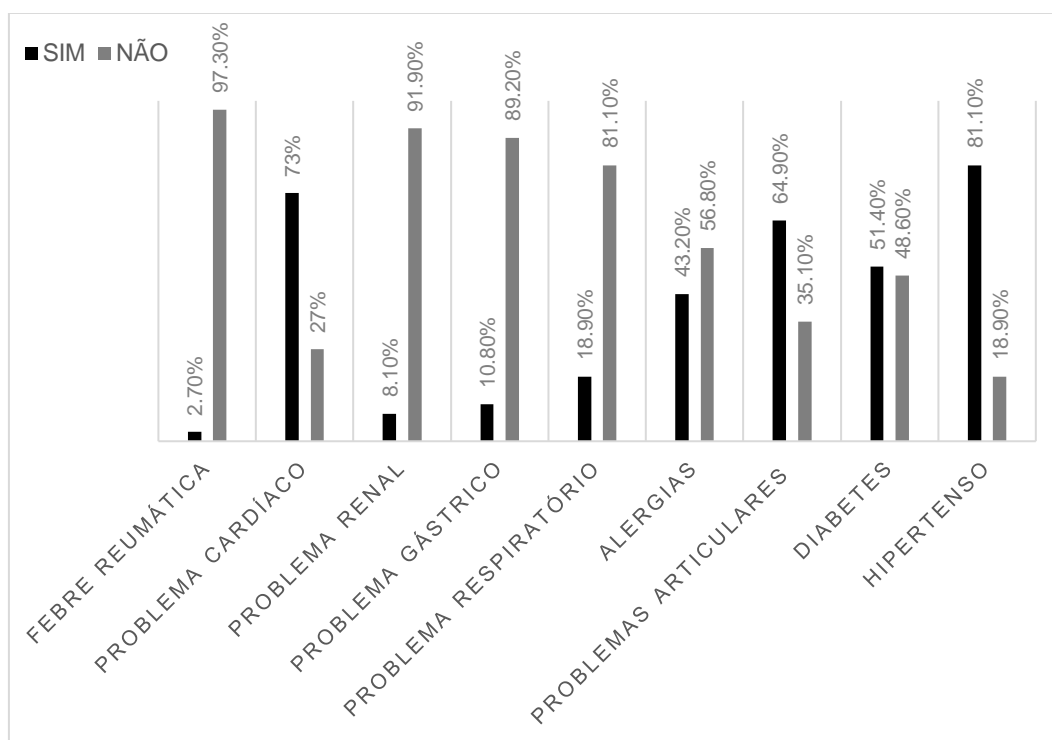


Gráfico 1 – Estado geral de saúde dos pacientes acamados.

## 5.3 CONDIÇÃO BUCAL DOS PACIENTES ACAMADOS DA AMOSTRA

No Brasil, apesar das diversas políticas públicas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o histórico de um modelo basicamente assistencial se estende nos dias atuais. Reflexo disso é que uma

parcela da população ainda opta pela remoção do elemento dentário frente a patologias de origem odontogênica ou periodontal. Esse fato predispõe a uma população idosa que em sua maioria encontra-se total ou parcialmente desdentada (SIMÕES; CARVALHO, 2011). Essa afirmativa foi comprovada no presente estudo e pode ser observada no Gráfico 2, onde 91,9% dos participantes já haviam perdido seis ou mais dentes.

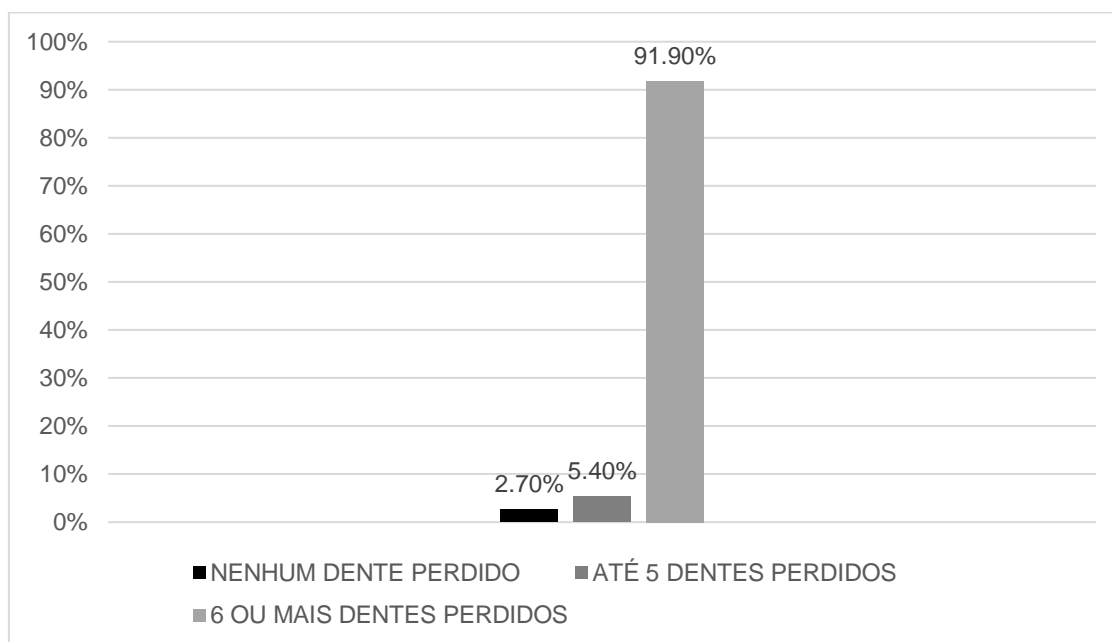


Gráfico 2 – Percentual de dentes perdidos nos pacientes acamados

Peres e colaboradores (2010) realizaram um estudo a respeito da prevalência da perda dentária em idosos acima dos 65 anos utilizando os dados do SB Brasil (2010) e constataram que o Brasil permanece com um dos maiores índices de desdentados totais, em torno de 54% dos pacientes examinados. Para Al-Rafee (2020), a região na qual a população está inserida deve ser considerada como um importante fator de mudança para as causas da perda dentária, devido principalmente as características socioeconômicas e demográficas. Fatores como baixa renda e dificuldade de acesso à educação pioram o quadro.

O ministério da saúde estabeleceu em sua Portaria GM/MS nº 1.444/00 a introdução da equipe de saúde bucal (ESB) no contexto do programa de saúde da família, devendo a mesma montar uma estratégia de planejamento e princípios baseados na atenção básica vinculando-a a comunidade e

estabelecendo o princípio da integralidade em toda a sua abrangência de forma multidisciplinar e contínua (BIZERRIL *et al.*, 2015). No presente estudo foi constatado que a Estratégia de Saúde da Família, a qual foi vinculado o estudo, não havia no seu corpo de funcionários membros da ESB. Além disso, quando houve uma ESB na unidade o atendimento aos pacientes acamados se restringia apenas ao nível de prevenção.

No Brasil há uma grande diferença nos âmbitos socioeconômicos e culturais entre as macrorregiões, principalmente entre o Sul e o Nordeste, e essas diferenças podem interferir de forma considerável na saúde bucal da população, com ênfase para os indivíduos que buscam atendimento público. Em seu estudo Peres e colaboradores (2010) destacaram que no Sul predomina-se a condição socioeconômica mais favorável do país, o que coincide com uma maior prevalência de usuários que já fazem uso de prótese dentária. Azevedo e colaboradores (2010) constataram um maior uso de prótese fixas nos usuários residentes dessa região, o que sugere um maior poder aquisitivo visto que esse serviço só é disponibilizado no serviço privado. Já no Nordeste a situação é justamente oposta. Apesar das políticas públicas tentarem fazer com que uma maior parte dos usuários tenham acesso ao serviço odontológico nas regiões menos privilegiadas como a região Nordeste, muitas iniquidades ainda permanecem marcantes no país (PERES, 2013).

Nos Gráficos 3 e 4 são apresentados, respectivamente, os dados relativos a presença de cárie e a presença de dentes obturados, onde 32,4% dos pacientes possuíam até cinco dentes cariados e 13,5% até cinco dentes obturados.

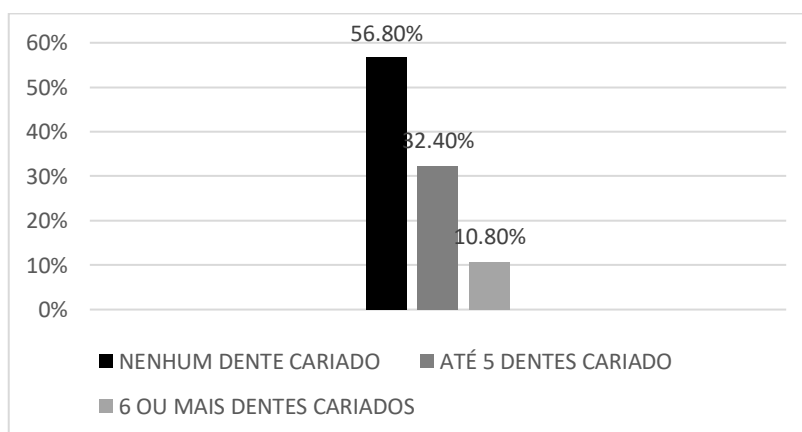


Gráfico 3 – Percentual dos dentes cariados

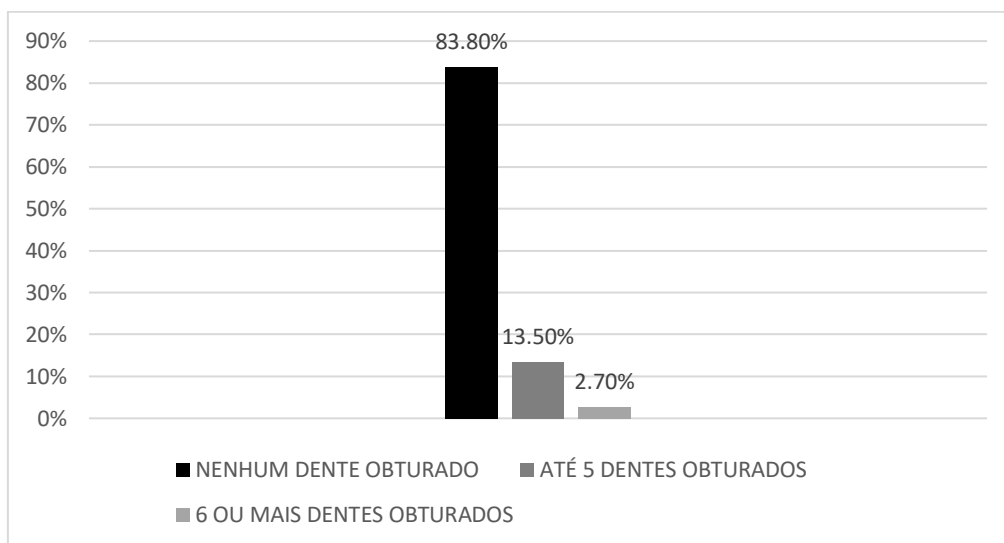


Gráfico 4 – Percentual dos dentes obturados

Apesar da implementação do serviço protético fornecido pelo Estado advindo da política nacional de saúde bucal (2004), que propicia a implementação dos laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD), segundo Guimarães *et al.*, (2017) esse tipo de serviço ainda é insuficiente e centralizado em determinadas localizações. Em contra partida, muitos municípios ainda enfrentam dificuldade para consolidação dessa política pública e quando solicitadas respostas dos municípios para descobrir o porquê do não credenciamento dos LRPD, cerca de 65% alegaram a ausência de um técnico em prótese dentária, 52% justificaram falta de orientações complementares por parte da Secretaria de Estado da Saúde e 50% dos municípios entrevistados argumentaram que a faixa de produção mínima é de difícil cumprimento pelos municípios de baixo porte populacional.

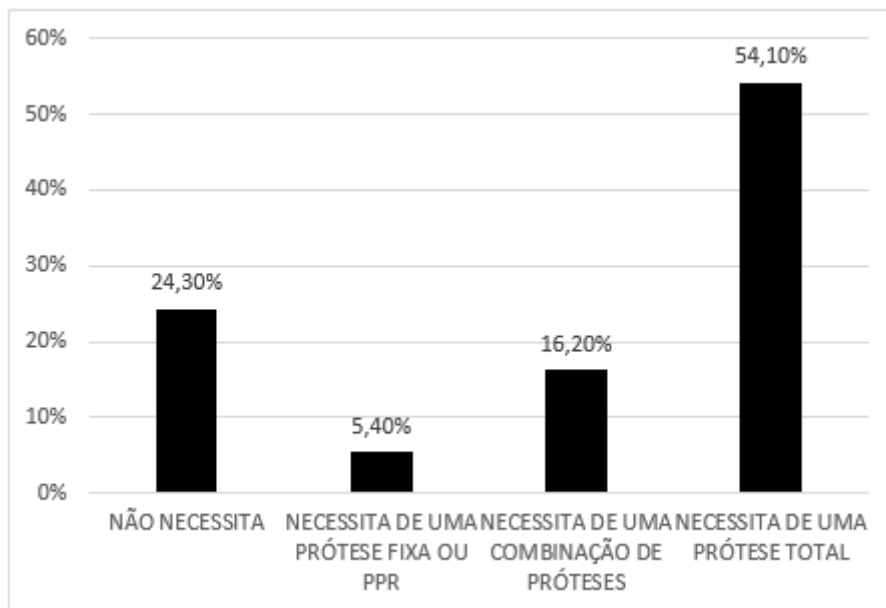


Gráfico 5 – Percentual da necessidade de prótese

De acordo com essa narrativa, o presente estudo analisou dentre os participantes quantos necessitavam fazer uso de prótese dentária. O Gráfico 5 mostra que 75,7% dos mesmos necessitavam utilizar prótese total ou parcial. Foi avaliado ainda que faziam o uso de prótese, e no Gráfico 5 constatou-se que 54,1% ainda não faziam o uso da prótese que necessitava. O Gráfico 7 apresenta o resultado relativo às condições da(s) prótese(s) dos pacientes que já faziam a utilização da mesma e constatou-se que 56,9% encontravam-se inadequadas para uso.



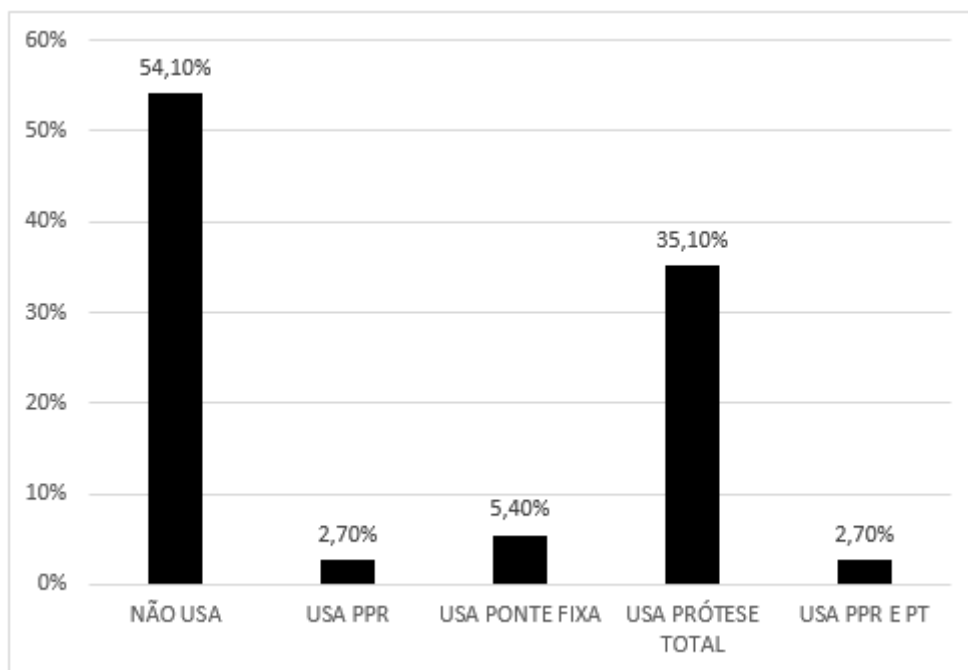


Gráfico 6 – Percentual do uso de prótese(s)

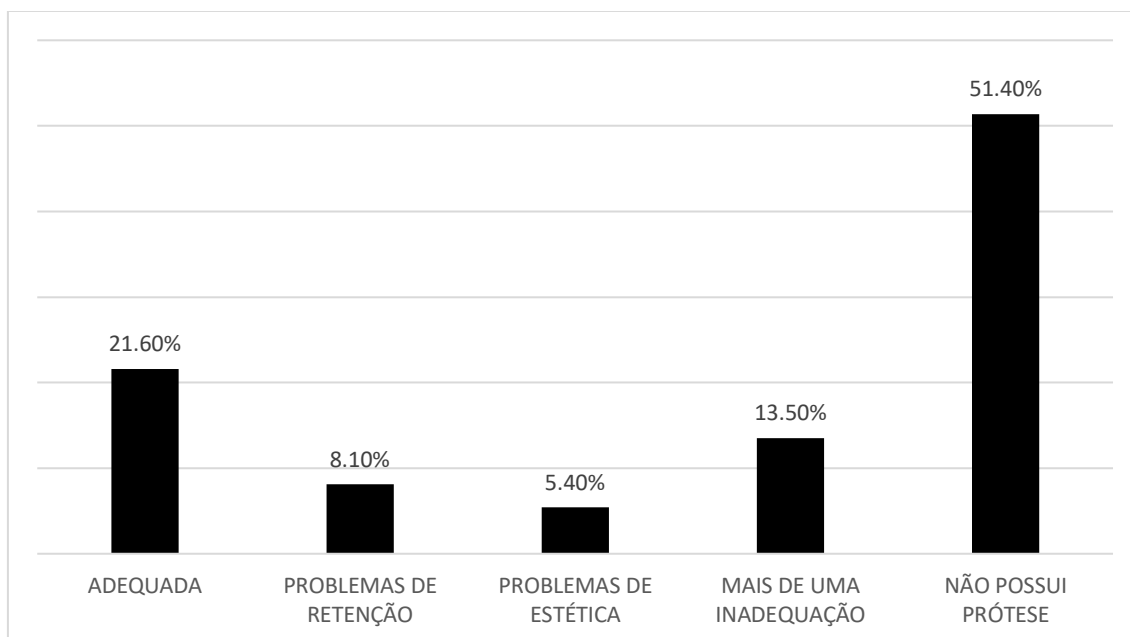


Gráfico 7 – Percentual da condição da(s) prótese(s) em uso

Em seu estudo, Fretes e colaboradores (2016) afirmaram que em pessoas idosas o biofilme dentário tende a acumular-se mais devido à perda da destreza manual e, quando há presença, a inflamação geralmente é exacerbada em comparação aos indivíduos mais jovens por conta da resposta do sistema imunológico que é ineficiente. Genco (2014) observou que algumas condições

sistêmicas como diabetes e hipertensão podem influenciar no processo de saúde-doença do periodonto. No presente estudo, como já foi citado, os pacientes são predominantemente de idade superior a 60 anos e foi exposto o alto índice de presença de quadros de doenças crônicas dentre os pacientes. Esses fatores sistêmicos podem ter influenciando nos dados expostos no Gráfico 8 onde, apesar de 48% dos indivíduos apresentarem sextantes excluídos por falta de elementos dentários, cerca de 32% dos sextantes examinados apresentaram bolsa muito profundas, o que caracteriza um quadro severo de perda de inserção.

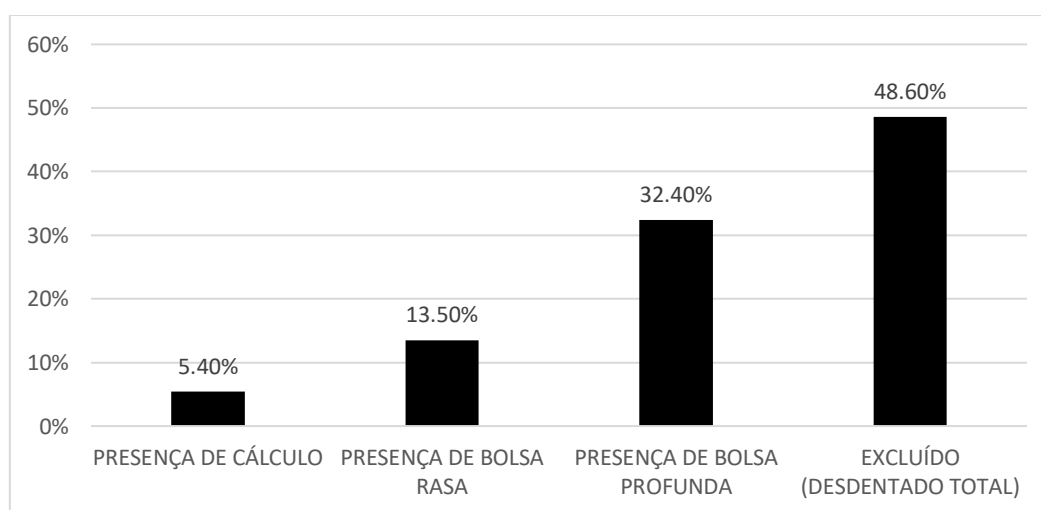


Gráfico 8 – Percentual da condição periodontal segundo o índice CPI

De acordo com o levantamento epidemiológico realizado pelo SB Brasil (2010), que categorizou o histórico de cárie dos pacientes examinados através do índice CPO-D, o resultado de pacientes entre 65 a 74 anos encontrou um CPO-D médio de 27,53, sendo manifestado a predominância do componente “P” que fazia referência aos dentes perdidos. Em comparação com esses resultados, o presente estudo realizou o cálculo do índice CPO-D e na Tabela 1 constatou-se que 64,9% dos examinados apresentavam um CPO-D médio de 27 ou mais, e com prevalência dos elementos perdidos. O que caracteriza uma epidemia de dentes perdidos e edentulismo em idosos, por conta de um modelo excludente e mutilador que anteriormente era presente no Brasil e fazia com que o acesso a saúde bucal fosse difícil e limitado (ORTIZ, 2017).

<b>Índice CPO-D</b>	
CPOD até 20	21,6%
CPOD de 21 a 26	13,50%
CPOD 27 ou mais	64,90%

Tabela 1 – Percentual do índice CPOD

## **6 CONCLUSÃO**

Durante as visitas domiciliares foi averiguado a importância da atuação multiprofissional para estender a atenção em saúde bucal para os pacientes que se encontram acamados, destacam-se dentro da equipe de saúde básica os agentes comunitários de saúde que exercem uma função de indicar os acamados com mais urgência em receber os serviços odontológicos.

Os dados mais relevantes foram acerca da perda dentária e necessidade de prótese dentária, então sugere-se ao município de Paulista a contratação de um Cirurgião-Dentista especialista em prótese dentária e subsequente a isso a implementação de um laboratório regional de prótese dentária para conseguir resolver a demanda principal desse grupo.

## REFERÊNCIAS

AL-RAFEE, Mohammed A. The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 9, n. 4, p. 1841, 2020.

ALVES, Vanessa Martins et al. Avaliação do conhecimento de cuidadores sobre a higiene bucal de pacientes idosos institucionalizados. **Archives of Health Investigation**, v. 3, n. 5, 2014.

AQUINO, Andressa Lima. **Odontologia no contexto das unidades básicas de saúde**. 2020. Tese de Doutorado.

AZEVEDO, Juliana S. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00054016, 2017.

BIZERRIL, Davi Oliveira et al. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-8, 2015.

BORDIN, Danielle et al. Fatores associados à condição de acamado em idosos brasileiros: resultado da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2020.

BRASIL, L. O. Medicina Periodontal na Atualidade. **Monografia]**. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba–Universidade Estadual de Campinas, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Resultados principais**. Brasília; MS; 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria 1.464 de 24 de junho de 2011.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016. Disponível

em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)

BRASIL; **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Política nacional de atenção básica. 2012.

CHIESA, Anna M.; FRACOLLI, Lislaine A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Rev Bras Saúde Família**, v. 5, n. 7, p. 42-9, 2004.

COELHO, Carla Isabel Leão de Sá et al. **Envelhecimento e saúde em Portugal**. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa (1974-2031). 2017.

DE AQUINO, José Milton et al. Atenção da equipe de saúde bucal no atendimento domiciliar: Revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 37, p. e1958-e1958, 2019.

DE BRITO, Leonardo Francisco Silva; DE OLIVEIRA VARGAS, Mara Ambrosina; LEAL, Sandra Maria Cezar. Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 359, 2007.

DE OLIVEIRA, Simone Gomes et al. A versatilidade das ações realizadas pela equipe de saúde bucal na visita domiciliar: relato de caso. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 2, n. 1, 2017.

DE-CARLI, Alessandro Diogo et al. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 441-450, 2015

DIEDRICH, Aline Ortiz Gonzales. **Acesso aos serviços públicos de saúde na população idosa brasileira: revisão sistemática de literatura**. 2017.

DOS SANTOS, Eduardo Benassi et al. AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE ORIENTAÇÃO A CUIDADORES SOBRE A HIGIENE ORAL DE PACIENTES ACAMADOS NA CIDADE DE TOLEDO-PR. **Scientific-Clinical Odontology**, p. 278, 2020.

FERES, Magda et al. The subgingival periodontal microbiota of the aging mouth. **Periodontology 2000**, v. 72, n. 1, p. 30-53, 2016.

FLECK, Marcelo et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34, p. 178-183, 2000.

GALVÃO, Alexandra dos Santos; MACHADO, Iris Cláudia de Oliveira. AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL EM PACIENTES ACAMADOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE GUARATINGUETÁ-SP. 2013.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004.

GUIMARÃES, Mirna Rodrigues Costa et al. Desafios para a oferta de prótese dentária na rede de saúde pública. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 46, p. 39-44, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil. Rio de Janeiro. Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil [Internet]. Brasília (DF): **IBGE; 2018**. [citado 2020 novembro 20]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101704.pdf>

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, p. 957-963, 2006.

MEDEIROS, Joseane Beatriz Gurgel. **Atenção domiciliar em saúde bucal: um estudo piloto**. 2019.

MENDES, Larissa Alvim et al. A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR NA ATENÇÃO DOMICILIAR. In: **Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG**. 2021.

MIRANDA, Livia Carvalho Viana; SOARES, Sônia Maria; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3533-3544, 2016.

MORAES, Liliane Barbosa de; COHEN, Simone Cynamon. Um olhar sobre a saúde bucal de pacientes acamados domiciliados cadastrados em unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Teresópolis/RJ. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310213, 2021.

MOREIRA, Rafael da Silveira et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1665-1675, 2005.

NEVES, Ana Carolina de Oliveira Jeronymo et al. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

PERES, Marco Aurélio et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Revista de saúde pública**, v. 47, p. 78-89, 2013.

SALES, Márcia Virgínia Gonçalves; FERNANDES NETO, J. de A.; CATÃO, M. H. C. V. Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura. **Arch Health Invest**, v. 6, n. 3, p. 120-4, 2017.

SANTOS, Leticia Mendes et al. Autopercepção sobre saúde bucal e sua relação com utilização de serviços e prevalência de dor de dente. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 2, p. 14-27, 2016.

SANTOS, Nathália Maria Lopes dos; HUGO, Fernando Neves. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 4319-4329, 2018

SILVA, Elisângela Mascarenhas da et al. **Avaliação da organização e do desempenho dos serviços de atenção primária no controle da tuberculose em Feira de Santana-BA**, 2007. 2009.

SILVA, Renata Marques da; PERES, Ana Carolina Oliveira; CARCERERI, Daniela Lemos. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2259-2270, 2020.

SIMÕES, Ana Carolina de Assis; CARVALHO, Denise Maciel. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2975-2982, 2011.

TRAVASSOS, Claudia; DE OLIVEIRA, Evangelina XG; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 975-986, 2006.



**APÊNDICE**

**FICHA CLÍNICA**  
(Identificação do Profissional)

---

NOME DO PROFISSIONAL  
CIRURGIÃO-DENTISTA - CLÍNICO GERAL  
CRO-(UF) N° \_\_\_\_\_

---

Endereço completo

(Identificação do Paciente e do Responsável pelo Tratamento)

Prontuário n° \_\_\_\_\_.

Nome \_\_\_\_\_

---

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

---

Estado Civil \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

---

Renda mensal: ( ) até 1 salário mínimo ( ) de 2 a 4 salários mínimos ( ) mais de 5 salários mínimos

**FICHA DE ANAMNESE**

Questionário de Saúde

Sofre de alguma doença: ( ) Sim ( ) Não -

Qual(is) \_\_\_\_\_

---

Está em tratamento médico atualmente? ( ) Sim ( ) Não.

Gravidez: Sim ( ) Não ( )

Está fazendo uso de alguma Medicação? ( ) Sim ( ) Não –

Quais \_\_\_\_\_

---

Fuma? ( ) sim ( ) não

O que? ( )

Bebe? ( ) sim ( ) não

O que? ( )

Sofre de alguma das seguintes doenças ?

Febre Reumática: Sim ( ) Não ( ); Problemas Cardíacos: Sim ( ) Não ( )

Problemas Renais: Sim ( ) Não ( ); Problemas Gástricos: Sim ( ) Não ( )

Problemas Respiratórios: Sim ( ) Não ( ); Problemas Alérgicos: Sim ( ) Não ( )

Problemas Articulares ou Reumatismo: Sim ( ) Não ( ); Diabetes: Sim ( ) Não ( )

Hipertensão Arterial: Sim ( ) Não ( );

Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do Paciente

EXAME DENTAL – DESCRIÇÃO DENTE – A - DENTE

18 \_\_\_\_\_

17 \_\_\_\_\_

16 \_\_\_\_\_

15 \_\_\_\_\_

14 \_\_\_\_\_

13 \_\_\_\_\_

12 \_\_\_\_\_

11 \_\_\_\_\_

21 \_\_\_\_\_

22 \_\_\_\_\_

23 \_\_\_\_\_

24 \_\_\_\_\_

25 \_\_\_\_\_

26 \_\_\_\_\_

27 \_\_\_\_\_

28 \_\_\_\_\_

38 \_\_\_\_\_

37 \_\_\_\_\_

36 \_\_\_\_\_

35 \_\_\_\_\_

34 \_\_\_\_\_

33 \_\_\_\_\_

32 \_\_\_\_\_

31 \_\_\_\_\_

41 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

42 \_\_\_\_\_

43 \_\_\_\_\_

44 \_\_\_\_\_

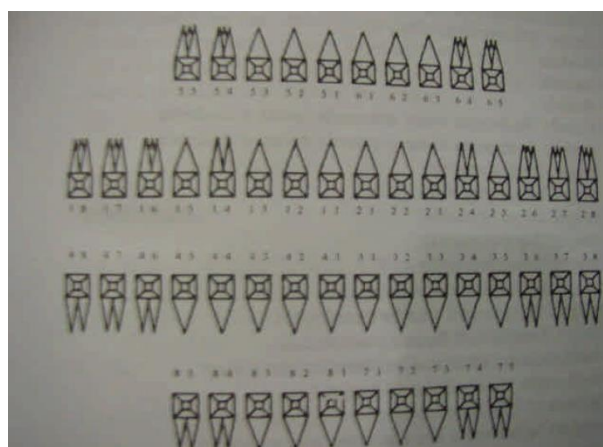
45 \_\_\_\_\_

46 \_\_\_\_\_

47 \_\_\_\_\_

48 \_\_\_\_\_

### ODONTOGRAMA



#### Registro de Anormalidades e Patologias Situação Periodontal – Exames Complementares

---



---



---



---

paciente é usuário de prótese dentária?

( ) SIM ( ) NÃO

Uso de prótese

Código: \_\_\_\_\_

0. Não usa prótese dentária

1. Usa uma ponte fixa

2. Usa mais de uma ponte fixa
3. Usa prótese parcial removível
4. Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis
5. Usa prótese dentária total
9. Sem informação

**A PROTESE DENTÁRIA QUE ESTA EM USO SE ENCONTRA INADEQUADA?**

( ) SIM ( ) NÃO

**EM QUAL ASPECTO SE ENCONTRA INADEQUADA ?**

- a) Retenção – está folgada ou apertada
- b) Estabilidade reciprocidade – apresenta deslocamento ou báscula
- c) Fixação – lesiona os tecidos
- d) Estética – apresenta manchas ou fraturas e não está adequada ao perfil facial do paciente

**Necessidade de Prótese**

Código: \_\_\_\_\_

0. Não necessita de prótese dentária
1. Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento
2. Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento
3. Necessita de uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento
4. Necessita de prótese dentária
5. sem informação

Os códigos e os critérios utilizados foram os preconizados pela OMS e são os seguintes:

0- Coroa hígida

Onde não há prevalência de cárie. Levando em consideração alguns sinais como:

- Manchas esbranquiçadas;
- Áreas escuras, brilhantes, duras ou fissuradas no esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- Lesões que com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

1- Coroa cariada

Sulco, fissuras ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou da parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). Observando que quando coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas raiz, a OMS recomenda que o código “1” seja registrado apenas na casela correspondente à coroa.

2- Coroa restaurada porém cariada

Onde uma ou mais restaurações ou área estão cariados. Sem distinção entre caries primárias ou secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a restaurações.

3- Coroa restaurada e sem cárie

Uma ou mais restaurações definitivas e sem presença de cárie primária ou recorrente.

#### 4- Dente perdido devido à cárie

Um dente permanente foi extraído devido a cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa.

#### 5- Dente perdido por outra razão

Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

#### 6- Selante

Há um selante ou fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 (cárie).

#### 7- Apoio de ponte ou coroa

Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Onde dentes extraídos e substituídos por elemento de ponte fixa são codificados na casela da condição da coroa, como 4 ou 5.

#### 8- Coroa não erupcionada

Quando dente permanente ainda não foi erupcionado, atendendo a cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma e etc.

#### T- Trauma (Fratura)

Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidencia de carie.

#### 9- Dente excluído

Aplicando a qualquer dente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex., comprometimento de furca, mobilidade etc.), é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante não é considerado.

Não se considera o terceiro molar na contagem de dentes presentes no sextante, na faixa etária de 18 e 19 anos. Caso se detecte a presença de um dente e o terceiro molar nesta faixa etária, o sextante será excluído. Os dentes-índices para cada sextante são:

- Até 19 anos: 16, 11, 26, 36, 31 e 46.
- 20 anos ou mais: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

Exame - Pelo menos 6 pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os

procedimentos de exame deverão ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área mésio-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda deverá ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia).

Registros – Será considerado na avaliação desse índice que:

- a) embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada;
- b) quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar o sextante registrando um "X".

Códigos - São os seguintes os códigos utilizados no CPI :

- 0 - sextante hígido;
- 1 - sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem);
- 2 - cálculo (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível);
- 3 - bolsa de 4 mm a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda);
- 4 - bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não está visível);
- X - sextante excluído (menos de 2 dentes presentes);
- 9 - sextante não examinado.

## ANEXO

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
BRASILEIRO - UNIBRA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL DE PACIENTES ACAMADOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE RECIFE

**Pesquisador:** Augusto César Leal da Silva Leonel

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54119421.0.0000.0130

**Instituição Proponente:** IBGM - INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTAO & MARKETING LTDA - EPP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.159.169

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal, envolvendo os pacientes acamados assistidos por uma USF da região metropolitana do Recife, sob orientação da Prof. Msc. Augusto Cesar Leal da Silva Leonel.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:** Avaliar a condição bucal dos pacientes acamados assistidos por uma USF da região metropolitana do Recife.

**Específicos:**

Determinar o perfil sociodemográfico desses pacientes;

Avaliar os determinantes sociais;

Verificar a prevalência de cárie por meio da aplicação do índice CPO-D;

Levantar a prevalência de doença periodontal por meio da aplicação do índice CPI;

Avaliar a necessidade de prótese e averiguar a condição das mesmas daqueles que já fazem uso.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

• Riscos: O paciente poderá sofrer algum tipo de constrangimento durante a anamnese ou durante o procedimento de coleta dos dados sociodemográficos e clínicos, porém isso é minimizado por a

**Endereço:** R. Padre Inglês, 356, Campus III, 1º andar

**Bairro:** BOA VISTA

**CEP:** 50.050-230

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)3036-0001

**E-mail:** comitedeetica@grupounibra.com

Continuação do Parecer: 5.159.169

coleta ser realizada no próprio domicílio, além disso os mesmos receberão esclarecimentos sobre a pesquisa e poderão desistir de participar a qualquer momento.

• **Benefícios:** Através deste estudo, poderemos verificar a condição bucal dos pacientes acamados dos adstritos na USF de Jardim Paulista Baixo IV; contribuindo para consolidar com maior clareza planos de promoção e prevenção em saúde bucal no contexto de comunidade do Município de Paulista. Benefícios diretos, como melhoria na otimização da higiene oral, poderão ser observados nos voluntários participantes e realizar a orientação ao cuidador em relação à instrução da higiene oral do acamado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

No contexto do cuidado ao acamado o profissional enfrenta ainda mais impasses na atenção básica em saúde, sendo assim, a literatura precisa entender a situação atual desse grupo de indivíduos para propor ações realistas e focadas em gerar um impacto positivo na prevenção das patologias que mais acometem o sistema estomatognático desse grupo específico.

O presente estudo justifica-se a entender a real condição bucal e parâmetros sociodemográficos dos pacientes acamados de uma Unidade de Saúde da Família (USF) da região metropolitana do Recife. Em uma crescente procura por oferecer uma atenção integral e equânime no serviço público de saúde, emerge a necessidade de mais contribuições no que concerne a situação de saúde bucal dos acamados, para através deste estudo entender os principais empecilhos e então propor ações de promoção de saúde que cooperem na mudança da realidade atual.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes termos de apresentação obrigatória:

- Projeto de Pesquisa;
- Carta de anuência assinada pelo serviço onde a pesquisa será realizada;
- Folha de rosto;
- TCLE;
- Termo de sigilo e confidencialidade devidamente assinado;
- Lattes dos pesquisadores envolvidos

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados.

**Endereço:** R. Padre Inglês, 356, Campus III, 1º andar

**Bairro:** BOA VISTA **CEP:** 50.050-230

**UF:** PE **Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)3036-0001

**E-mail:** comitedeetica@grupounibra.com



**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
BRASILEIRO - UNIBRA**



Continuação do Parecer: 5.159.169

Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da notificação com o relatório final da pesquisa.

O pesquisador deverá fazer o download do modelo de relatório final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Após apreciação deste relatório o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos ainda que o (a) pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3; da resolução CNS/MS N°466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1825528.pdf	12/11/2021 09:28:23		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	12/11/2021 09:27:59	Augusto César Leal da Silva Leonel	Aceito
Outros	LATTESALUNO.pdf	30/10/2021 11:02:26	Augusto César Leal da Silva Leonel	Aceito
Outros	LATTESORIENTADOR.pdf	30/10/2021 11:02:07	Augusto César Leal da Silva Leonel	Aceito
Outros	VINCULOALUNO.pdf	30/10/2021 10:58:39	Augusto César Leal da Silva Leonel	Aceito
Outros	ANUENCIAUSF.pdf	30/10/2021 10:58:28	Augusto César Leal da Silva Leonel	Aceito
Outros	ANUENCIASECRETARIA.pdf	30/10/2021 10:57:59	Augusto César Leal da Silva Leonel	Aceito
Outros	TERMODESIGILO.pdf	30/10/2021 10:47:17	Augusto César Leal da Silva Leonel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	30/10/2021 10:46:33	Augusto César Leal da Silva Leonel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.doc	30/10/2021 10:45:07	Augusto César Leal da Silva Leonel	Aceito

**Endereço:** R. Padre Inglês, 356, Campus III, 1º andar

**Bairro:** BOA VISTA

**CEP:** 50.050-230

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)3036-0001

**E-mail:** comitedeetica@grupounibra.com

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
BRASILEIRO - UNIBRA



Continuação do Parecer: 5.159.169

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 10 de Dezembro de 2021

---

**Assinado por:**

**Elyda Gonçalves de Lima  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** R. Padre Inglês, 356, Campus III, 1º andar

**Bairro:** BOA VISTA

**CEP:** 50.050-230

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)3036-0001

**E-mail:** [comitedeetica@grupounibra.com](mailto:comitedeetica@grupounibra.com)