



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

**TESE DE DOUTORADO**

BUBACAR EMBALÓ

**CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E SAÚDE BUCAL DA PESSOA IDOSA  
DOMICILIADA: ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Florianópolis, 2022.

BUBACAR EMBALÓ

**CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E SAÚDE BUCAL DA PESSOA IDOSA  
DOMICILIADA: ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva para obtenção do título de doutor em Odontologia.

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer  
Ferreira de Mello

Florianópolis, 2022.

Embaló, Bubacar

Condições de vida, saúde e saúde bucal da pessoa idosa domiciliada: estudo de método misto / Bubacar Embaló ; orientadora, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, 2022. 102 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. Idoso . 3. Saúde Bucal. 4. Atenção Domiciliar. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

Bubacar Embaló

Condições de vida, saúde e saúde bucal da pessoa idosa domiciliada: estudo de método misto

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 10 de outubro de 2022, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.<sup>a</sup> Renata Goulart Castro, Dra  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.<sup>a</sup> Daniela de Rossi Figueiredo, Dra  
Universidade do Sul de Santa Catarina-UniSul

Prof.<sup>a</sup> Heloísa Godoi, Dra  
Prefeitura municipal de Araquari

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutor em Odontologia atribuído pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Insira neste espaço a  
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Insira neste espaço a  
assinatura digital

Profa Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Dra  
Orientadora

Florianópolis, 2022

# DEDICATÓRIA

Para a Bruna Adama Ribeiro Embaló, love do papai!  
À minha família, em especial ao meu pai Dr. Serifo Embaló  
A Meu avô Quera Embaló (*In memórian*)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à ALLAH todo poderoso pela saúde, pela vida e por ter me guiado e iluminado durante esta caminhada.

Tenho a feliz oportunidade de concluir a etapa mais almejada da minha carreira acadêmica, o doutorado. Chegar o fim dessa etapa, somente foi possível com o amparo e apóio incondicional da minha família, da minha orientadora e meus amigos. Sinto-me gratificado por essa chance.

Foi um processo complexo, desafiador com mistura equilibrada de alegria, tristeza, de amor, ódio e principalmente muitas felicidades.

A minha família, em especial o meu pai, por acreditar e investir em mim durante pouco mais de 12 anos de estudo no estrangeiro. Ele foi o meu maior motivador e incentivador. Não me permitiu desistir, mesmo nos dias mais nublados me deu esperança e perseverança para alcançar os meus sonhos. Muito obrigado, por tudo, Dr. Serifo Embaló.

Meus sinceros agradecimentos a minha esposa Aua Embaló, o tempo todo ao meu lado, incondicionalmente.

A minha orientadora Profa Dra Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, por não desistir de mim, em acreditar e me incentivar para a conclusão desse trabalho de Tese. Obrigado pelo acolhimento, pelo carinho e principalmente pela relação que construímos ao longo desse percurso. Pela contribuição acadêmica-científica, pelos ensinamos pessoais e confiança, sempre mostrando-me a nobre função da pesquisa: produzir novos conhecimentos.

A todos os professores do Departamento de Odontologia e da PPGO, sem exceção. Obrigado pelos ensinamentos e por compartilharem comigo os vossos conhecimentos científicos e experiências da vida.

Às minhas colegas de mestrado e doutorado pela amizade, em especial a bolsista da iniciação científica Thayná Ferreira Simões de Oliveira pelo comprometimento, colaboração e auxílio na realização deste trabalho. Também, a secretaria e a coordenação da PPGO pelo apóio.

Estendo os meus agradecimentos as professoras Izabel Cristina S. Almeida e a Elena Riet Correa Rivero por conceder-me a oportunidade que mudou a minha vida. Ao amigo professor Filipe Modolo e Rogerio Gondak.

Ao Brasil, em especial a CAPES, pelo auxílio financeiro que viabilizou a realização do doutorado e a UFSC pelo acolhimento.

Aos amigos André Poletto, Heloise Diene e Bruno Pizzi, foram os meus motivadores, vivenciamos de perto as minhas angústias e crises. Obrigado por tudo que fizeram por mim. Gratidão!

Aos meus amigos Dr. Elizio F. Jr. Baldé, Dr. Waldir Jaló, Dra Betinha Victor e Zidane Bamba pela força e incentivo. Também, a direção do Hospital Nacional Simão Mendes, Serviço de Estomatologia e Otorrinolaringologia e a Universidade Jean Piaget da Guiné-Bissau.

*As árvores solitárias, quando conseguem crescer, crescem fortes.*

*(Winston Churchill)*

**Não espere envelhecer para cuidar de saúde porque na velhice você só terá o que restou dela. (Douglas Pinho)**



## RESUMO

A literatura tem reportado melhora na saúde geral e bucal ao longo da vida haja visto que as pessoas estão vivendo mais e retendo por mais tempo os seus dentes. Entretanto, a partir dessa constatação, observa-se um aumento da ocorrência de doenças bucais em idosos com algum grau de comprometimento da capacidade funcional. Essa situação é mais grave quando se analisa as pessoas idosas domiciliadas, pois além da maior prevalência de doenças crônico-degenerativas que geram perda funcional, lidam com barreiras que dificultam o acesso aos cuidados à saúde bucal de rotina. Este trabalho de tese buscou compreender as condições de vida, saúde e saúde bucal de pessoas idosas que se encontram domiciliadas. Tratou-se de um estudo transversal de base populacional, observacional de métodos mistos, do tipo convergente paralelo, com ênfase igual para ambos os conjuntos de dados. Na fase quantitativa, seguiram-se os fundamentos do método epidemiológico. A fase qualitativa foi sustentada pela análise de conteúdo. O estudo foi realizado no Município de Florianópolis, Santa Catarina/Brasil. A coleta de dados na fase quantitativa ocorreu por meio de questionário e exame clínico. Foram incluídas questões sociodemográficas, o instrumento de mensuração da fragilidade *Kihon Ckecklist*, condição de dentes e mucosa, higiene bucal, acesso a atendimento odontológico e visita de Cirurgião dentista no domicílio. Procedeu-se a análise descritiva e bivariada por meio do teste Qui-quadrado (IC 95%). Tendo como variáveis independentes: recebeu a visita do Cirurgião-dentista em seu domicílio e faz/recebe higiene bucal diariamente. Na fase qualitativa, a coleta de dados foi realizada com idosos e seus cuidadores e cirurgiões dentistas do Atenção Primária de Saúde, seguindo roteiro de entrevista semiestruturado. As falas foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. Em seguida, os dados foram integrados a partir de uma matriz. O estudo foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob parecer 3.168.868. Participaram 123 idosos; idade média de 81,3 anos; 62,6% mulheres; 52% domiciliados por até 4 anos; possuíam cuidador 87% e 89,4% eram frágeis. Em relação à presença de dentes, 56,1% edêntulos; 40,5% possuíam de 1 a 8 dentes. Biofilme, lesão de cárie e restos radiculares foram observados, respectivamente em 69,9%, 25,2% e 12,8% dos participantes. Necessitavam de auxílio para higiene bucal 45,5% e não realizavam

limpeza diária 24,4%. A dificuldade de acessar atendimento odontológico por estar domiciliado foi relatada por 32,5% e visita do Cirurgião dentista ocorreu em 16,3%. Não foram observadas diferenças estatísticas significativas entre as variáveis sociodemográficas, condição de saúde bucal com receber ou não visita do Cirurgião dentista em domicílio. Para o fazer ou receber diariamente a higiene bucal, observou-se diferenças estatísticas para o sexo, idade, renda *percapita*. Na fase qualitativa participaram 37 idosos e seus cuidadores e oito cirurgiões dentistas. A análise revelou três categorias relacionadas ao contexto do idoso no domicílio, cuidado do idoso no domicílio e atenção à saúde bucal às pessoas idosas domiciliadas nos serviços públicos de saúde. Observou-se convergências entre os resultados quantitativos e qualitativos para todas as categorias de análise. As pessoas idosas domiciliadas foram consideradas frágeis, dependentes de terceiros para os cuidados bucais e de saúde, os quais não são garantidos de modo consistente, no domicílio. Apresentam limitação de socialização, baixa força física, risco de depressão e baixa função cognitiva. A saúde bucal observada foi considerada precária pela presença de problemas bucais que demandavam intervenção. O estudo apontou necessidade de atendimento odontológico no domicílio no âmbito dos serviços públicos de saúde.

**Descritores:** Idoso. Saúde Bucal. Atenção Domiciliar. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The literature has reported improvements in general and oral health throughout life, as people are living longer and retaining their teeth longer. However, from this finding, an increase in the occurrence of oral diseases is observed in the elderly with some degree of impairment of functional capacity. This situation is more serious when analyzing elderly housebound, because in addition to the higher prevalence of chronic degenerative diseases that generate functional loss, they deal with barriers that make it difficult to access routine oral health care. This thesis sought to understand the living conditions, health and oral health of elderly people who are domiciled. This was a population-based, observational, mixed-methods, parallel convergent, cross-sectional study, with equal emphasis on both data sets. In the quantitative phase, the foundations of the epidemiological method were followed. The qualitative phase was supported by content analysis. The study was carried out in the city of Florianópolis, Santa Catarina/Brazil. Data collection in the quantitative phase took place through a questionnaire and clinical examination. Sociodemographic questions, the Kihon Checklist frailty measurement instrument, condition of teeth and mucosa, oral hygiene, access to dental care and home visits by a dentist were included. Descriptive and bivariate analysis was performed using the chi-square test (95% CI). Having as independent variables: received a visit from the Dental Surgeon at home and does/receives oral hygiene daily. In the qualitative phase, data collection was carried out with the elderly and their caregivers and dentists from Primary Health Care, following a semi-structured interview script. The speeches were audio recorded, transcribed and analyzed according to Bardin's content analysis. Then the data were integrated from a matrix. The study was approved by the Ethics Committee for Research with Human Beings under protocol number 3.168.868. 123 elderly participated; mean age of 81.3 years; 62.6% women; 52% domiciled for up to 4 years; 87% had a caregiver and 89.4% were frail. Regarding the presence of teeth, 56.1% were edentulous; 40.5% had 1 to 8 teeth. Biofilm, caries lesion and root debris were observed, respectively, in 69.9%, 25.2% and 12.8% of the participants. 45.5% needed help with oral hygiene and 24.4% did not perform daily cleaning. Difficulty in accessing dental care due to being domiciled was reported by 32.5% and a visit by the Dental Surgeon occurred in 16.3%. No statistically significant differences were observed between sociodemographic variables, oral health status and whether or not the dentist

was visited at home. To do or receive oral hygiene daily, statistical differences were observed for sex, age, per capita income. In the qualitative phase, 37 elderly people and their caregivers and eight dental surgeons participated. The analysis revealed three categories related to the context of the elderly at home, care for the elderly at home and oral health care for elderly people residing in public health services. Convergence was observed between the quantitative and qualitative results for all analysis categories. Elderly housebound were considered fragile, dependent on third parties for oral and health care, which are not consistently guaranteed at home. They have limited socialization, low physical strength, risk of depression and low cognitive function. The observed oral health was considered precarious due to the presence of oral problems that required intervention. The study pointed to the need for dental care at home within the scope of public health services.

**Keywords:** Elderly; Oral Health; Home Care; Primary Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Mapa dos Distritos Sanitários de saúde de Florianópolis e Centros de Saúde abrangidos pela pesquisa e distribuição do número de entrevistas. .... | 31 |
| Figura 2. Roteiro para a obtenção das listas dos participantes, marcação e coleta de dados. Florianópolis. 2019/2020. ....                                  | 34 |
| Figura 3. Integração dos dados quantitativos e qualitativos. ....   | 42 |
| Figura 4 Domínios do Kihon Check List. Florianópolis. 2019/2020. ....   | 48 |
| Figura 5 A nuvem das cem palavras mais comuns na categoria contexto domiciliar. ....  | 52 |
| Figura 6 A nuvem das cem palavras mais comuns na categoria Cuidado do Idoso Domiciliado. ....   | 54 |
| Figura 7 As cem palavras mais comuns na categoria Atenção a SB do idoso domiciliado no SUS. Florianópolis. 2019. ....                                       | 57 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 Delineamento do estudo. Florianópolis. 2019/2020.....   | 29 |
| Quadro 2 Categorias e subcategorias de análise do conteúdo. Florianópolis. 2019.   | 51 |
| Quadro 3 Matriz de integração dos resultados qualitativos e quantitativos com meta-inferências. Florianópolis. 2019/2020 ..... | 59 |

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas idosas domiciliadas (N=123). Florianópolis. 2019. ....  | 43 |
| Tabela 2 Condição de saúde bucal e cuidados bucais no domicílio (N=123). Florianópolis, 2019/2020. ....   | 44 |
| Tabela 3Análise bivariada dos dados das condições sociodemográficas, saúde bucal e cuidados bucais dos idosos domiciliados, segundo recebe visita domiciliar do Cirurgião dentista (CD) e faz/ recebe higiene bucal diária(N=123). .... | 45 |
| Tabela 4 Pontuação do <i>Khion check list</i> . Florianópolis. 2019/2020; N=123.....  | 46 |
| Tabela 5 Análise bivariada dos dados das condições de saúde e vida dos idosos domiciliados, segundo recebe visita domiciliar do Cirurgião dentista (CD) e faz/ recebe higiene bucal diária(N=123). ....                                 | 49 |
| Tabela 6Caracterização dos idosos participantes (n=37) e cirurgiões dentistas (n=8). ....   | 50 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS- Atenção Primária de Saúde

CD- Cirurgião Dentista

ESB- Estratégia de Saúde Básica

*KCL- Kihon Checklist*



## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>17</b> |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>  | <b>21</b> |
| Objetivo Geral .....  | 21        |
| Objetivos Específicos .....   | 21        |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>                                      | <b>22</b> |
| <b>4 JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE DO ESTUDO .....</b>                         | <b>27</b> |
| <b>5 MÉTODO .....</b>   | <b>28</b> |
| 5.1 Delineamento do estudo .....  | 28        |
| 5.2 Local e População de Estudo .....                                     | 30        |
| 5.3 Plano amostral .....  | 31        |
| 5.4 Contato com Participantes .....                                       | 32        |
| 5.5 Critérios de inclusão .....   | 35        |
| 5.6 Critérios de exclusão .....   | 35        |
| 5.7 Coleta de dados .....   | 36        |
| 5.8 Análise de dados quantitativos .....                                  | 39        |
| 5.9 Análise de dados qualitativos .....                                   | 39        |
| 5.10 Análise de integração dos dados quantitativos e qualitativos .....   | 41        |
| 5.11 Aspectos éticos .....  | 42        |
| <b>6. RESULTADOS .....</b>  | <b>43</b> |
| 6.1 Resultados Quantitativos .....  | 43        |
| 6.2 Resultados Qualitativos .....   | 50        |
| 6.2.1 Contexto do idoso domiciliado .....                                 | 51        |
| 6.2.2 Cuidado do Idoso Domiciliado .....                                  | 53        |
| 6.2.3 Atenção a SB do idoso domiciliado no SUS .....                      | 56        |
| 6.3 Integração de dados qualitativos e quantitativos .....                | 58        |
| <b>7 DISCUSSÃO .....</b>  | <b>67</b> |
| <b>8 CONCLUSÃO .....</b>  | <b>78</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>79</b> |
| <b>Anexo 1 – Questionário .....</b>                                       | <b>90</b> |
| <b>Anexo 2 – Roteiro de Entrevista .....</b>                              | <b>92</b> |
| <b>Anexo 3- Parecer de Comitê de Ética .....</b>                          | <b>93</b> |
| <b>Anexo 4 -Termos de Consentimentos Livre e Esclarecido – TCLE .....</b> | <b>96</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial observado tanto em países desenvolvidos, como naqueles em vias de desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). A população com mais de 60 anos no mundo cresce a uma taxa de cerca de 3% ao ano, portanto, estima-se que essa população duplique até 2050, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). De igual modo, o Brasil vem apresentando uma mudança demográfica e experimentando o envelhecimento de forma rápida e expressiva. Segundo a estimativa do *Word Bank* (2022), a taxa de crescimento da população Brasileira aumentou 0,7% em 2021. Esta realidade é consequência do prolongamento da expectativa de vida juntamente com a queda da fecundidade e reflexo da melhoria das condições de vida e saúde da população, com destaque para a oportunidade de acesso à prevenção e tratamento das doenças com o uso de vacinas, antibióticos e quimioterápicos (KALKHORAN, SARA; BENOWITZ, NEAL L .; RIGOTTI, 2018)

De acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2021), de 2012 a 2021, a população total do Brasil aumentou 7,6%. Nesse período, a população com a faixa etária de 60 anos ou mais deu um salto de 11,3% para 14,7%. Em 2012 a população com 60 anos ou mais era de 22,3 milhões, ocorrendo um crescimento de 39,8% no mesmo período e ultrapassando 30 milhões em 2021. Portanto, vale salientar que o impacto do aumento proporcional do número de idosos aponta para a importância de se ter uma ampliação de pesquisas sobre o tema, que possam trazer informações relevantes e que resulte em benefícios para os idosos.

A Constituição Brasileira de 1988 garante que saúde é direito de todos e dever do estado, sendo as ações e serviços ofertados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos estados, municípios e União, de forma direta ou indireta, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. O SUS regulamentado em todo território nacional, tendo como princípios a universalidade, integralidade e a equidade (BRASIL, 1990).

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde é ordenado pela atenção primária, baseado na análise do risco individual, coletivo e no critério cronológico, observando as especificidades previstas para pessoas com proteção especial. Este modelo de atenção à saúde tem na Saúde da Família (ESF) sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção primária cujo propósito é reorganizar a prática assistencial, passando a considerar os aspectos do ambiente físico e social das famílias (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006; ROSA; LABATE, 2005). Ainda, as ações e serviços de saúde ocorrem vinculadas às áreas de abrangências definidas como responsabilidade de uma equipe de saúde multidisciplinar buscando uma maior integração com a comunidade e o território (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

As atribuições comuns aos profissionais das equipes de atenção básica estão a realização do cuidado integral à saúde da população adstrita quando necessário no âmbito do domicílio. Assim, espera-se que os profissionais de saúde obtenham conhecimento da realidade da população e formação de um vínculo com a mesma a partir de sua inserção na comunidade via assistência domiciliar proporcionar um atendimento que leve em conta as diferentes necessidades de saúde das pessoas (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Para que isso fosse possível, foi promulgada a lei Nº 10.424, tem como finalidade a regulamentação da assistência domiciliar do Sistema Único de Saúde. Os atendimentos domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora (BRASIL, 2002).

O atendimento domiciliar aos idosos na atenção básica, tem como propósito promover uma integração com os outros níveis de atenção em saúde e garantir essa integralidade a partir das condutas multidisciplinares que atendam às necessidades desta população (ROCHA; MIRANDA, 2013). É a partir das visitas domiciliares que têm como prioridade o diagnóstico da realidade do indivíduo, torna-se possível realizar as intervenções que são necessárias para cada família, com base nas informações coletadas. E também é um instrumento muito importante para subsidiar intervenções ou planejamentos de ações em saúde (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Essa prática assistencial é muito importante para manutenção da saúde de idosos com algum grau de dependência, além de estimular a participação efetiva das famílias nas condutas multidisciplinares (ROCHA; MIRANDA, 2013).

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dar-se-á por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada (MENDES; LIMA; MANCUSSI, 2005). Com o envelhecimento aumenta o risco de comprometimento da saúde (geral e bucal) e das condições de vida (deficiências, fragilidades e dependências) (SAMPAIO et al., 2016). Portanto, na medida em que inverte a pirâmide populacional, vê-se um novo problema a ser enfrentado pelas políticas públicas de saúde, uma vez que as demandas nos serviços nesse campo passam a não corresponder exatamente à necessidade do idoso (CÂNDIDA et al., 2012). No Brasil, a sociedade não está preparada para essa mudança no perfil populacional e, embora as pessoas estejam vivendo mais, a qualidade de vida não acompanha essa evolução. Portanto, observa-se a necessidade de prolongar o tempo de vida de forma saudável e com qualidade, diminuindo a necessidade de atendimento médico e o gasto com saúde. Nessas circunstâncias nota-se a importância de avaliar a condição de fragilidade dos idosos, que inclui aspectos físicos, psicológicos/mentais e sociais. Essa condição de fragilidade pode ter como resultado o comprometimento das funções e necessidade de cuidado ao longo prazo, onde o diagnóstico precoce é fundamental para aumentar a probabilidade de prolongar a vida de forma saudável (HORIBE et al., 2018).

Nesse sentido, uma revisão sistemática da literatura identificou diferentes instrumentos de avaliação multidimensional de idosos domiciliados publicados na literatura científica e analisou suas propriedades psicométricas, entre as quais o *Kihon Checklist* (KCL) (SAMPAIO et al., 2016). O *Kihon Checklist* (KCL) é um instrumento multidimensional criado em 2006 pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão para identificar idosos vulneráveis a fragilidade e identificar quem tem uma maior chance de tornar-se dependente, e intervir oferecendo educação nutricional, orientação para higiene bucal e treinamento físico (SATAKE et al., 2016), e validado em vários estudos (HASEGAWA et al., 2019; SAMPAIO et al., 2014; SAMPAIO et al., 2016). Cerca de 31% dos idosos no Japão foram testados quanto à fragilidade usando o KCL, tornando-o, de fato, a maior ferramenta de triagem para a fragilidade (KERA et al., 2017). Essa ferramenta visa avaliar os seguintes domínios: força física, nutrição, alimentação, socialização, memória, humor e estilo de vida a partir de 25 perguntas objetivas. Com essa avaliação é possível aumentar a ênfase nos cuidados preventivos

e realização de intervenções para diminuir a chance de futuras incapacidades e necessidade de cuidados por outra pessoa (HASEGAWA et al., 2019; SAMPAIO et al., 2016). KCL é validado e utilizado em populações idosas no Brasil (SAMPALIO et al., 2014).

A literatura tem reportado melhora na saúde geral e bucal ao longo da vida, tendo em vista que as pessoas estão vivendo mais e retendo por mais tempo os seus dentes. Entretanto, a partir dessa constatação observa-se um aumento da ocorrência de doenças bucais nessa faixa etária (ROCHA; MIRANDA, 2013). Essa situação é mais grave quando se analisa os idosos domiciliados, porque uma grande parte dessas pessoas, cronicamente doentes, sofrem de perda funcional devido as barreiras locais que dificultam o acesso aos cuidados médicos e odontológicos de rotina (GLUZMAN; MEEKER; AGARWAL, 2013). Estudos mostram falta de acesso de cuidados de saúde e saúde bucal adequados e aumento da necessidade de atendimentos especializados para esse grupo vulnerável (KAMIJO *et al.*, 2018; PORTO *et al.*, 2018). Observa-se também a necessidade de realizar pesquisas sobre o tema em estudo, já que existem poucos estudos abordando quais são as principais necessidades e estado de saúde bucal dos idosos domiciliados (GLUZMAN; MEEKER; AGARWAL, 2013).

Assim, conhecer as condições de vida e saúde bucal dessas pessoas domiciliadas, bem como compreender a relação destas condições com aspectos de saúde geral pode produzir dados importantes para auxiliar no planejamento de ações em saúde no contexto organização da atenção básica no SUS. Nesse sentido, objetivo deste é compreender as condições de vida, saúde e saúde bucal de pessoas idosas que se encontram domiciliadas.

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

- ✓ Compreender as condições de vida, saúde e saúde bucal de pessoas idosas que se encontram domiciliadas.

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Compreender as relações existentes entre as condições de vida, saúde e saúde bucal com os cuidados a saúde bucal das pessoas idosas que se encontram domiciliadas;
- ✓ Descrever as condições de vida e saúde, bem como as de saúde bucal das pessoas idosas domiciliadas;
- ✓ Descrever o acesso aos de serviços de saúde bucal das pessoas idosas domiciliadas, acompanhadas pela atenção primária, bem como os cuidados a saúde bucal no domicílio;
- ✓ Estimar associações entre condições de vida, saúde e saúde bucal com a realização de higiene bucal diária e visita do dentista no domicílio;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Com o aumento da população idosa, observa-se o aumento da probabilidade de desenvolvimento de comorbidades que podem resultar em incapacidades nesse grupo da população, e também alto número de doenças crônicas e, conseqüentemente, maior demanda por serviços de saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). A maior parte dos idosos que possuem doenças crônicas, sofrem de significativos prejuízos funcionais que podem os limitar ao ambiente do domicílio, diminuindo o seu acesso aos cuidados de saúde de rotina (GLUZMAN; MEEKER; AGARWAL, 2013). Portanto, vale ressaltar de que o plano de tratamento realizado de forma abrangente e que englobe todos os problemas de saúde dos idosos pode prolongar o tempo de vida de forma saudável e reduzir a necessidade de assistência médica e os custos com a saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2018; HORIBE *et al.*, 2018).

São idosos domiciliados aqueles com limitações físicas, sociais e psiquiátricas e, por isso, têm dificuldades para sair de casa, conseguindo fazê-lo apenas com auxílio de terceiros (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). Essas limitações podem levar a uma inatividade física e isolamento social, resultando em dificuldades para realizar as atividades diárias (KOYAMA *et al.*, 2016), e um aumento da necessidade de cuidados domiciliares (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). A incapacidade funcional desse grupo populacional tem atraído mais atenção para os serviços de saúde, já que é um problema enfrentado por muitas sociedades que estão em processo de envelhecimento (KOYAMA *et al.*, 2016).

Devido a possibilidade dos idosos se tornarem dependentes ao longo do seu envelhecimento por serem mais propensos a situações de estresse que podem estar relacionadas a quedas, confusão mental e imobilidade (FIGUEIREDO *et al.*, 2018), torna-se necessário identificar na comunidade pessoas desse grupo que são mais vulneráveis à situação de fragilidade, ou seja, com maiores riscos de necessitarem de auxílio para realização das atividades diárias (SAMPAIO *et al.*, 2016).

Anteriormente conceituava-se a fragilidade como sendo resultado de déficits físicos mas, atualmente, entende-se que é um processo que também engloba aspectos cognitivos, psicológicos, sociais, nutricionais e dentre outros fatores (DENT; KOWAL; HOOGENDIJK, 2016; SAMPAIO *et al.*, 2016; SATAKE *et al.*, 2016). O KCL

é um *checklist* abrangente de saúde que é constituído por 25 perguntas (Anexo 1) com respostas objetivas (Sim ou Não), que são divididas em 7 categorias: 1-força física, 2-nutrição, 3-função oral, 4-socialização, 5-memória, 6-humor e 7-estilo de vida (HASEGAWA et al., 2019; SAMPAIO et al., 2016). O valor preditivo de cada domínio quanto a necessidade de cuidado de longo prazo ou hospitalização é diferente (LMO et al., 2013). O instrumento completo mostrou ser um método de avaliação válido para a fragilidade e preditor de necessidades de cuidados de longa duração, podendo ser aplicado por qualquer profissional da saúde treinado para tal (HORIBE et al., 2018) e, tendo como vantagens poucas questões, diretas e fáceis de responder, e possibilidade de identificar facilmente domínios problemáticos que exigem foco, já que as perguntas são agrupadas e organizadas de acordo com cada domínio (HASEGAWA et al., 2019). A sensibilidade e especificidade do KCL para prever a necessidade de garantir os idosos cuidados de longa duração após 1 ano de avaliação é 55,7% e 90,3%, respectivamente (KERA et al., 2017). Vale salientar que apesar do *Khion Checklist* (KCL) ser desenvolvido independentemente do conceito de fragilidade, é uma boa ferramenta de triagem para identificar a fragilidade no cenário da atenção primária ou em ambulatórios para promoção e prevenção (HASEGAWA et al., 2019), e é adequado para estudos interculturais e também pode ser aplicado para idosos domiciliados e dependentes que vivem em Instituições de Longa Permanência (SAMPALIO et al., 2016). No KCL a fragilidade é dada através da pontuação total em: 0-3 um idoso robusto/independente, 4-7 pré-frágil e >8 frágil (SATAKE et al., 2016; SATAKE; SHIMOKATA, 2017).

Com base nos resultados obtidos a partir do KCL pode-se realizar um planeamento em saúde com objetivo de melhorar o estado nutricional dos idosos, o estado físico, função oral, saúde mental e função cognitiva com ênfase na prevenção e detecção das pessoas desse grupo populacional que possuem riscos de precisarem de cuidados no futuro, prevenindo futuras incapacidades (SAMPALIO et al., 2016). A utilização de instrumentos para avaliação da fragilidade da população idosa pode contribuir para retardar a dependência de idosos e diminuir efeitos adversos a saúde causada pelo processo de senescência (SAMPALIO et al., 2014).

É notável o aumento na expectativa de vida e a maior permanência dos dentes naturais (GLUZMAN; MEEKER; AGARWAL, 2013), fato que aumenta a presença de doenças bucais em idosos e uma maior ocorrência dessas doenças da cavidade bucal



em pessoas idosas que possuem dependência funcional (ORNSTEIN, Katherine A *et al.*, 2015). O número de idosos que precisam de cuidados de longa duração está crescendo com o envelhecimento da população, demonstrando a necessidade de uma assistência de saúde, incluindo os cuidados com a saúde bucal, para a manutenção da higiene bucal e o atendimento odontológico a esses idosos (MORISHITA *et al.*, 2001).

Para o atendimento odontológico desses idosos também é importante que o Cirurgião dentista compreenda os aspectos nutricionais, psicológicos, culturais, sociais, educacionais, questões econômicas como fatores que influenciam na vida dessas pessoas e que em conjunto com as predisposições genéticas, estilo de vida, são uma combinação complexa que reflete diretamente na saúde bucal (CHALMERS; ETTINGER, 2008).

Em um estudo realizado com idosos domiciliados, residentes de Nova York, observou-se uma saúde bucal comprometida, devido à falta de acesso ao atendimento odontológico (KOYAMA *et al.*, 2016). Ornstein *et al.*, (2015) demonstrou que idosos limitados ao domicílio normalmente não foram em uma consulta odontológica há anos. O que resulta em possibilidade de comprometimento da saúde bucal, gerando dor, infecções, entre outros agravos. Morishita *et al.*, (2001) também aponta que os cuidados com a saúde bucal de idosos limitados ao domicílio não são adequados, porque muitas vezes os cuidadores consideram que a saúde bucal é menos importante que o tratamento médico. Além disso, constata-se uma falta de percepção dos idosos em relação a necessidade de atendimento odontológico.

Pode-se observar que a retenção prolongada dos dentes nesses idosos predispõe ao risco contínuo do surgimento de novas lesões de cárie, coronárias e radiculares, como também o aparecimento de doenças periodontais. A prevalência de doenças presentes nesses idosos domiciliados e os maus hábitos de saúde bucal reportados enfatizam a importância de trabalhar com essa população mais vulnerável (CHALMERS; ETTINGER, 2008).

Existem poucas informações disponíveis na literatura científica sobre a saúde bucal de idosos limitados ao domicílio (MORISHITA *et al.*, 2001). Na tentativa de esclarecer a relação entre as condições de higiene bucal e a fragilidade entre idosos residentes em uma comunidade rural japonesa, Hasegawa *et al.*, (2019) avaliou o

número de dentes remanescentes, condição de uso da prótese, estado de higiene bucal, condição de boca seca e contagem bacteriana salivar em 308 idosos. Os resultados deste estudo apontaram que o estado de higiene bucal e a condição dos dentes remanescentes podem estar relacionados ao grau de fragilidade do idoso (HASEGAWA *et al.*, 2019).

Na pesquisa de Ornstein *et al.*, (2015) foi realizado exame de saúde bucal de idosos domiciliados e avaliados os tecidos moles, presença de cárie dentária, mobilidade dental, sangramento e inflamação gengival, além da avaliação da higiene bucal e qualidade das próteses totais. Para medir os problemas relatados pelos idosos, foi utilizado o Índice Geriátrico de Avaliação da Saúde Bucal (GOHAI). Os resultados demonstraram que 24% eram edêntulos. Dos que possuíam dentes, 79% apresentavam pelo menos um dente cariado; 40% precisavam de restauração. Cerca de 46% precisavam de extrações dentárias. Também foram encontradas anormalidades teciduais leves em 52,8% dos idosos, onde as mais comuns foram a candidíase oral e lesões ulceradas da mucosa. Já em relação aos idosos desdentados, observou-se ausência acentuada de prótese total adequada para um dos arcos ou para os dois arcos (ORNSTEIN, Katherine A *et al.*, 2015). Em respostas ao GOHAI, cerca de um terço relatou desconforto e dor na cavidade bucal; 15% declaram que tinham dor de dente no momento da aplicação do questionário. Aproximadamente 28% reclamaram de halitose, 50,4% tinham problemas na mastigação e 59,4% dos idosos que usavam próteses acham que elas estão insatisfatórias. Um quarto dos idosos relataram desconforto e nervosismo por apresentarem problemas dentários, muitas vezes evitando se alimentar na frente de outras pessoas (ORNSTEIN, Katherine A *et al.*, 2015).

O estudo de Calabrese *et al.*, (1999) aplicou o GOHAI e também realizou exame bucal em idosos que viviam em domicílio, repetindo a coleta após 8 semanas. Observou-se 56% de edêntulos; 58% usavam prótese total maxilar. O número médio de dentes por pessoa foi 12; 7,5% tinham lesões de cárie radicular; 55% apresentavam necessidade de procedimentos restauradores. (CALABRESE *et al.*, 1999). Os dados obtidos pelo GOHAI refletiram que os participantes da pesquisa tinham apenas moderada ou nenhuma dificuldade no desempenho das atividades diárias devido a problemas bucais. A pontuação média do GOHAI do grupo edêntulo foi ligeiramente maior do que no grupo dentado (CALABRESE *et al.*, 1999).

É evidente a importância de manter a saúde bucal dos idosos de forma adequada para que essas pessoas consigam viver confortavelmente, livres de dor e satisfeitos com sua saúde bucal. Esses aspectos resultam em aumento da autoestima e ajudam os idosos viver com maior qualidade de vida (CHALMERS; ETTINGER, 2008).

#### 4 JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE DO ESTUDO

A população idosa representa quase 10% da população total do município de Florianópolis. O conhecimento das condições de vida, saúde e saúde bucal de pessoas idosas que se encontram domiciliadas é escasso. Também, sabe-se que a população idosa apresenta maiores tendências para desenvolver comorbidades que podem resultar em incapacidades, alto número de doenças crônicas e, conseqüentemente, maior demanda por serviços de saúde. Estudos mostram falta de acesso de cuidados de saúde e saúde bucal adequados e aumento da necessidade de atendimentos especializados para esse grupo vulnerável.

Nesse contexto, faz-se necessário estudos epidemiológicos de base populacional que possam descrever e compreender as condições de vida, saúde e saúde bucal de pessoas idosas que se encontram domiciliadas com finalidade de subsidiar políticas públicas e ações concretas no que concerne ao aprimoramento das visitas domiciliares e monitoramento das condições de vida, saúde e saúde bucal dessa população.

Trabalha-se com a hipótese de que a população idosa domiciliada possui uma condição de saúde bucal precária, com necessidades de atendimento odontológico não respondidas, e que esta situação está associada às condições de vida e saúde, bem como o perfil de utilização dos serviços na atenção primária. Além disso, pressupõem-se que o cuidado à saúde bucal é limitado, realizado com dificuldades no âmbito domiciliar, e sem muito suporte dos serviços de saúde, havendo dificuldade de acesso, especialmente às ações/atendimentos realizados em visitas domiciliares. Ainda, estima-se que os serviços públicos de saúde bucal têm dificuldade de planejar e organizar a gestão do cuidado à saúde bucal para idosos em domicílio.

## 5 MÉTODO

### 5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, observacional de métodos mistos, do tipo convergente paralelo, com ênfase igual para ambos os conjuntos de dados. Foram adotadas abordagens quantitativas e qualitativas para coleta e análise dos dados (Quadro 1), em duas fases. Na fase quantitativa, seguiram-se os fundamentos do método epidemiológico. A fase qualitativa foi sustentada pela análise de conteúdo (MENDES; MISKULIN, 2017).

O método quantitativo avalia frequência, gravidade e tendência de agravos. Aborda as probabilidades, associações estatisticamente significativas para se conhecer uma realidade (VARGAS et al., 2019). Já a abordagem qualitativa considera a existência de uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes (MENDES; MISKULIN, 2017). A análise de conteúdo não é uma técnica, mas um conjunto de técnicas de análise das comunicações (BARDIN, 2011-; MENDES; MISKULIN, 2017) ou como uma técnica que é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos. A perspectiva teórica adotada no estudo foi implícita.

A metodologia mista é definida pelo Creswell e Clark (2011) como um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. O método misto do tipo paralelo convergente, adotado neste estudo, ocorre quando o investigador implementa simultaneamente ambos os métodos durante a mesma fase do processo da investigação, priorizando-os igualmente, porém, tornando-os independentes durante a análise dos dados e combinando os seus resultados para interpretação (CRESWELL; CLARK, 2011). Os pressupostos que justificam a abordagem mista no presente estudo são os princípios de triangulação e compensação. O princípio de triangulação busca a convergência, a corroboração e a correspondência dos resultados dos diferentes métodos (BRESSAN et al., 2016). O princípio de compensação aponta que ambos os métodos possuem seus próprios pontos fortes e fracos, de maneira que a sua combinação permite ao pesquisador compensar seus pontos fracos para extrair pontos fortes de ambas

(BRESSAN et al., 2016). Em suma, a interação entre os dois métodos fornece melhores possibilidades analíticas.

Estudos quantitativos ou qualitativos (vice-versa) isolados não conseguem revelar as múltiplas e diferentes faces da saúde do idoso domiciliado, assim como apresentar dados que se aproximam da complexa realidade que estes se encontram (MELLO; ERDMANN, 2007).

Quadro 1 Delineamento do estudo. Florianópolis. 2019/2020.

| DESENHO DO ESTUDO               | ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS DO TIPO PARALELO CONVERGENTE   |   |
|---------------------------------|---|---|
|                                 | Quantitativo  | Qualitativo   |
|                                 | Dedutivo<br>Observacional transversal   | Indutivo  |
| LOCAL                           | Florianópolis/SC, atenção primária à saúde, 120 áreas de abrangência  |   |
| PARTICIPANTES                   | 123 idosos domiciliados   | 37 idosos e/ou respectivos cuidadores<br>08 Cirurgiões-dentistas da APS   |
| COLETA DE DADOS                 | Formulário sociodemográfico<br>Exame Clínico Bucal<br>Formulário <i>Khion Check List</i>  | Entrevistas semiestruturadas face a face audiogravadas  |
| ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | Estatística descritiva<br><br>Análises bivariadas: teste Qui-quadrado e teste Exato de Fischer<br><br>Utilização do <i>software SPSS</i> versão 23.0® | Transcrição absoluta das entrevistas<br><br>Análise de conteúdo<br><br>Utilização do <i>software Nvivo</i> versão 11® |
| INTEGRAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS  | Síntese e apresentação dos dois conjuntos de resultados em matriz analítica única (joint display).  |   |

Fonte: Do autor.

## 5.2 Local e População de Estudo

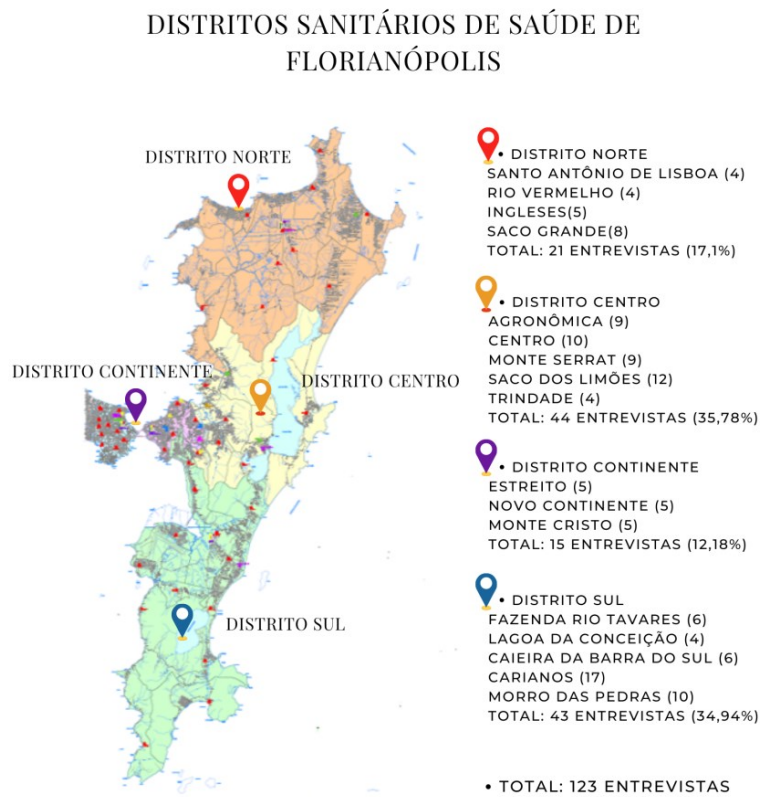
O estudo foi realizado no Município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, situado na Região Sul do Brasil. A cidade possui elevado índice de desenvolvimento humano (IDH=0,847). Segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2021), o município de Florianópolis conta com a população de 516.524, sendo 48,423 possuem 60 anos ou mais de idade, o que corresponde mais de 11,4% da população total.

O contexto do estudo se refere especificamente aos Centros de Saúde que ofertam serviços no nível da atenção primária à saúde. Atualmente o município de Florianópolis dispõe de 4 Distritos Sanitários (DS) – Sul, Norte, Centro e Continente - , 49 Centros de Saúde (CS) e 120 equipes de saúde (áreas de abrangência) (Figura 1). Os dados foram coletados nas áreas de abrangência dos centros de saúde.

A população do estudo foi constituída por indivíduos com 60 anos ou mais de idade domiciliados (as) por algum motivo, atendidos pelas equipes de saúde da sua área de abrangência e seus cuidadores(as). Portanto, foi considerado idoso domiciliado aquele que possui incapacidade (física, mental e/ou outra) que resultam em limitações de deslocamento para fora do domicílio.

Também foram incluídos profissionais cirurgiões-dentistas vinculados à atenção primária de equipes de saúde bucal do município.

Figura 1. Mapa dos Distritos Sanitários de saúde de Florianópolis e Centros de Saúde abrangidos pela pesquisa e distribuição do número de entrevistas.



Fonte: Mapa de Florianópolis.

### 5.3 Plano amostral

#### 5.3.1 Da abordagem quantitativa

O cálculo amostral quantitativo foi realizado com base na estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2021), que contabilizou 48.423 pessoas com 60 anos ou mais no município. Desses, aplicou-se a estimativa de uma proporção de 4,9% de acamados (BORDIN et al., 2020). Considerando uma amostra homogênea, um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%, chegou-se ao número de 223 pessoas.

Para alcançar esse quantitativo, procedeu-se uma amostragem por conveniência, estratificada em dois estágios. No primeiro estágio, foram sorteadas 20 áreas de abrangência de equipes de saúde (das 120 do município), cinco em cada um dos quatro Distritos Sanitários do município. Foi estimado que houvesse de 10 a 12 pessoas idosas domiciliadas acompanhadas por equipe de saúde. No segundo estágio, em cada área de abrangência, foi solicitada à equipe correspondente,



pessoalmente ou via telefone, a listagem atualizada de pessoas idosas domiciliadas acompanhadas na Atenção Primária a Saúde (APS) com nome, endereço, telefone e data de nascimento. Todas as pessoas da listagem foram ordenadas por data de nascimento em uma planilha.

A amostra inicial do estudo foi definida após disponibilização das listagens de pessoas idosas pelas equipes de saúde. Considerando as 20 listas fornecidas, e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram contabilizados um total de 236 idosos domiciliados. Durante o processo de coleta dos dados, houve 31 perdas.

### 5.3.2 Da abordagem qualitativa

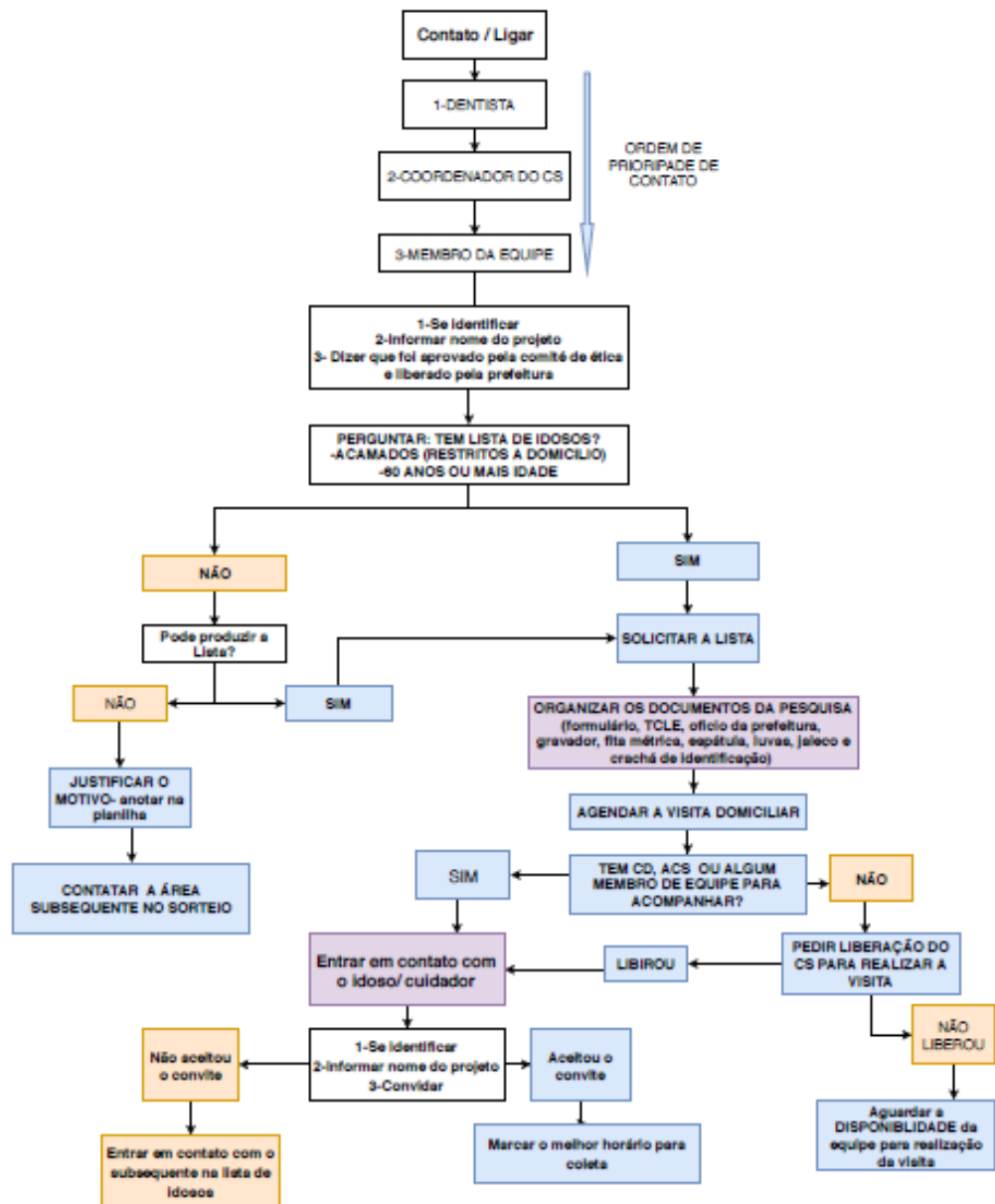
A amostragem para a realização do estudo qualitativo consistiu na participação de idosos e cuidadores (as). Foram incluídos em intervalo de um em cada cinco participantes do plano amostral inferencial quantitativo, finalizando com 37 idosos e/ou seus respectivos cuidadores. Ainda, o estudo também incluiu 08 (oito) profissionais cirurgiões-dentistas vinculados à atenção primária das equipes de saúde bucal do município.

### 5.4 Contato com Participantes

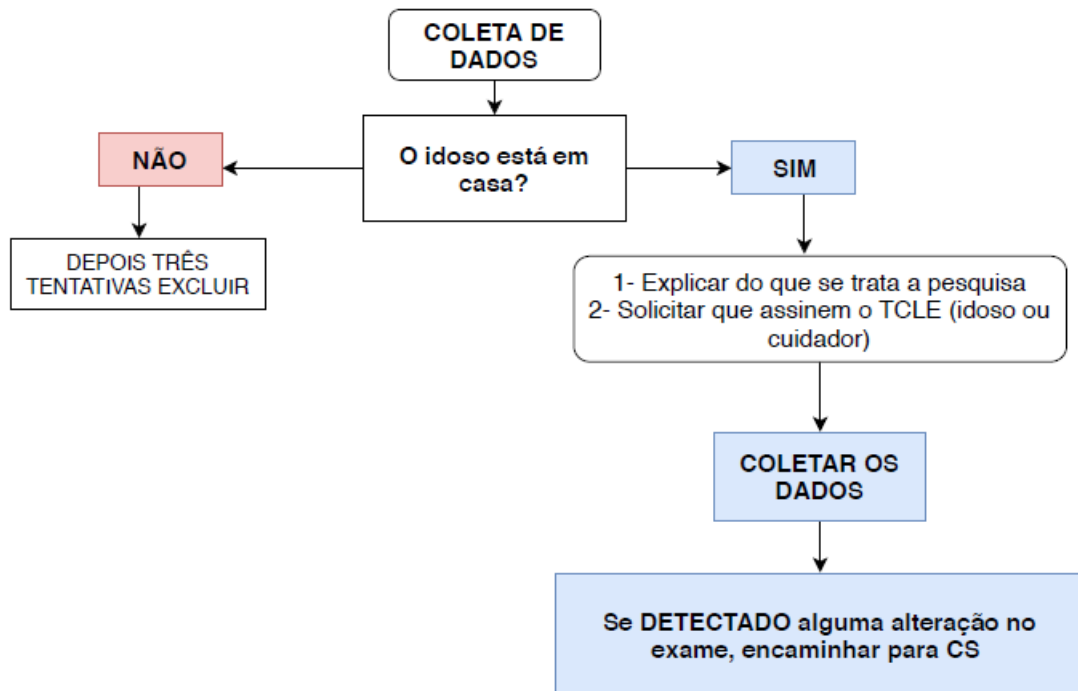
De posse das listagens (Figura 2), as 20 equipes de saúde foram contatadas novamente pelos pesquisadores e convidadas a contribuir com o prosseguimento do estudo, permitindo que estes acompanhassem as visitas domiciliares às pessoas idosas. Nos casos em que não foi possível acompanhar os membros das equipes da saúde, o contato foi realizado diretamente via telefone, pelo pesquisador responsável. No caso de aceite após o contato telefônico, a ida do pesquisador ao domicílio foi previamente agendada, conforme o roteiro (Figura 2). Pessoas idosas e/ou cuidadores que se recusaram a participar da pesquisa após primeiro contato dos pesquisadores, presencialmente no momento da visita domiciliar ou via telefone, estiveram ausentes do domicílio após três tentativas de contato presencial, por parte da equipe de pesquisadores, ou haviam se mudado de endereço, foram considerados como perda amostral e incluído o idoso domiciliado subsequente na lista.

Os cirurgiões-dentistas foram convidados a participar da pesquisa, pessoalmente ou por e-mail, pela equipe de pesquisadores.

Figura 2. Roteiro para a obtenção das listas dos participantes, marcação e coleta de dados. Florianópolis. 2019/2020.



Continuação da Figura 2.



FONTE: Do próprio autor.

### 5.5 Critérios de inclusão

-Ter 60 anos ou mais no momento do primeiro contato dos pesquisadores, receber visita domiciliar e encontrar-se domiciliado, estar gozando de boa saúde física e/ou mental para participar do estudo, no momento da entrevista e do exame.

- Para os idosos dependentes e impossibilitados por algum motivo de responder os questionários, foram incluídos os seus respectivos cuidadores(as), que deveriam possuir 18 anos ou mais.

- Para os cirurgiões-dentistas, serem profissionais vinculados à atenção primária, membros de equipes de saúde bucal do município de Florianópolis, na fase de coleta dos dados.

### 5.6 Critérios de exclusão

- Idosos que estivessem ausentes do domicílio após três tentativas.
- Idosos que não recebiam visita domiciliar.

-Idosos residentes em ILPI ou que se encontrassem hospitalizados no momento do primeiro contato dos pesquisadores.

-Cuidador com idade inferior a 18 anos.

### 5.7 Coleta de dados

Quatro equipes compostas por um Cirurgião dentista e um estudante de curso de graduação em Odontologia, como auxiliar, participaram de um treinamento de 4 horas para a padronização dos fluxos, dos instrumentos e dos critérios. A coleta dos dados ocorreu entre 02 de setembro de 2019 e 16 de março de 2020, data última definida pela impossibilidade de seguimento da coleta pela pandemia da COVID-19. Previamente, foi realizado um estudo piloto em uma área de abrangência não sorteada no processo de amostragem. Este serviu para testar e aprimorar os instrumentos, bem como para auxiliar na organização do trabalho de campo.

A coleta de dados foi realizada no domicílio, por meio do questionário respondido pelo idoso ou cuidador (anexo 1). Posteriormente, procedeu-se o exame clínico realizado pelo Cirurgião dentista utilizando espátula de madeira e sob luz artificial (lanterna). O idoso acamado foi entrevistado e examinado no leito, em outras condições, sentado em uma cadeira ou sofá. As informações coletadas foram registradas pelo pesquisador, em um formulário do Google Forms® elaborado especificamente para a pesquisa. Na ausência de rede de internet, foram utilizados formulários de papel.

A coleta dos dados quantitativos teve como foco caracterizar as condições sociodemográficas, de vida, saúde e saúde bucal dos idosos domiciliados participantes no estudo.

Para traçar o perfil da pessoa idosa domiciliada foi aplicado um questionário fechado, com questões que foram respondidas pelo participante idoso e, em caso de impossibilidade deste, foi aplicado ao cuidador(a) responsável que estiver acompanhando o idoso no momento da coleta. As variáveis sociodemográficas coletadas foram:

- Sexo: Masculino; Feminino
- Idade: Os dados foram categorizados em anos: 60 a 69; 70 a 79; 80 a 89; 90 anos ou mais.

- Renda *per capita*: média de ganhos totais dos residentes do domicílio, nos últimos três meses, em salários mínimos.
- Escolaridade: Em número de anos completos de estudo formal.
- Presença de cuidador: Sim; Não
- Tempo domiciliado: Foi considerado em anos no momento da coleta; quando menor que 11 meses, foi arredondando para um ano.

Os dados relacionados à condição de vida e saúde foram obtidos por meio de aplicação do instrumento de avaliação multidimensional *Kihon Check List*, (KCL) (SAMPAIO et al., 2016) , constando 25 itens de resposta dicotômica (sim/não). O *Kihon Checklist* (KCL) é um instrumento multidimensional criado em 2006 pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão para identificar idosos vulneráveis a fragilidade e identificar quem tem uma maior chance de tornar-se dependente, e intervir oferecendo educação nutricional, orientação para higiene bucal e treinamento físico (SATAKE et al., 2016) e validado em vários estudos (HASEGAWA et al., 2019; SAMPAIO et al., 2014; SAMPAIO et al., 2016). Cerca de 31% dos idosos no Japão foram testados quanto à fragilidade usando o KCL, tornando-o, de fato, a maior ferramenta de triagem para a fragilidade no Japão (KERA et al., 2017). Essa ferramenta visa avaliar os seguintes domínios: força física, nutrição, alimentação, socialização, memória, humor e estilo de vida a partir de 25 perguntas objetivas. Com essa avaliação é possível aumentar a ênfase nos cuidados preventivos e realização de intervenções para diminuir a chance de futuras incapacidades e necessidade de cuidados por outra pessoa (HASEGAWA et al., 2019; SAMPAIO et al., 2016). KCL é validado e utilizado em populações idosas no Brasil (SAMPAIO et al., 2014).

Em função da maioria dos idosos estar acamada, o item relativo à medição do peso e da altura, para medir o Índice de Massa Corporal do idoso, foi substituído pela Medida da Circunferência da panturrilha (PAGOTTO et al., 2018). Foi avaliado o escore geral e escore de cada domínio (SEWO SAMPAIO et al., 2016), a saber:

- Estilo de vida (itens 1 a 20): o idoso frágil obteve 10 pontos ou mais;
- Força física (itens 6 a 10): três pontos ou mais indicam baixa força física;
- Nutrição (itens 11 e 12): dois pontos indicam baixo estado nutricional;
- Alimentação (itens 13 a 15): dois pontos ou mais no domínio sugere alimentação comprometida;

- Socialização (itens 16 e 17): resposta negativa na pergunta 16 ou 17 indica limitação à casa;

- Memória (itens 18 a 20): um ponto ou mais no domínio da memória sugere baixa função cognitiva;

- Humor (itens 21 a 25): dois pontos ou mais no domínio do humor indica risco de depressão.

A condição de saúde bucal foi avaliada por meio de exame clínico bucal, considerando as seguintes variáveis:

- Presença de placa sobre dentes e próteses (sim/não)
- Número de dentes naturais presentes;
- Número de lesões cavitadas por cárie;
- Número de raízes residuais;
- Presença de fístula ou exsudato (sim/não)
- Presença de mobilidade dental (sim/não)
- Lesões da mucosa oral (sim/não)

Duas questões sobre a higiene bucal diária e visita do Cirurgião dentista no domicílio foram realizadas. 1- recebeu a visita do Cirurgião dentista em seu domicílio (Sim;Não), 2- e faz/recebe higiene bucal diariamente (Sim; Não).

Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas individuais, com apoio de um roteiro semiestruturado com questões elaboradas que visam compreender as condições de vida do idoso domiciliado. O roteiro de entrevista (anexo 2) continha as seguintes questões norteadoras, adaptadas caso o respondente fosse o cuidador: 1- Fale sobre como você cuida da sua saúde e da sua saúde bucal. 2- O que o senhor (a) faz para cuidar da sua boca, dos seus dentes, das suas próteses dentárias? 3- O senhor (a) fica boa parte do tempo em casa. Como isso interfere no cuidado da sua saúde? E da saúde bucal?

As entrevistas foram gravadas com auxílio de aparelho celular e em seguida transcritas. A entrevista foi respondida pelo idoso (a) e, em caso de impossibilidade, foi realizada com o cuidador(a) responsável que estiver acompanhando o idoso domiciliado no momento da coleta dos dados. Os dados quantitativos e os qualitativos foram coletados na mesma visita domiciliar.

a coleta de dados com os profissionais cirurgiões-dentistas foi realizada por meio online, por meio de questionário do googleforms enviado por e-mail fornecido pelo participante após o aceite. os participantes responderam por escrito aos

seguintes questionamentos: 1- quais são os fatores que influenciam a realização da atenção à saúde bucal dos idosos domiciliados. em relação ao idoso? 2- Quais são os fatores que influenciam a realização da atenção à saúde bucal dos idosos domiciliados. em relação à família ou ao cuidador? 3- Quais são os fatores que influenciam a realização da atenção à saúde bucal dos idosos domiciliados. em relação ao profissional da saúde (dentista ou membros da equipe de saúde bucal)? 4- Quais são os fatores que influenciam a realização da atenção à saúde bucal dos idosos domiciliados. em relação aos serviços de saúde? 5- Quais os outros aspectos que você deseje indicar...?

#### 5.8 Análise de dados quantitativos

Para o *KCL*, os domínios foram avaliados separadamente. Foi considerado um idoso frágil aquele que tem 10 ou mais pontos no domínio estilo de vida. Para o domínio força física, três ou mais pontos indicam o seu comprometimento. Dois pontos no domínio nutrição indicam baixo estado nutricional. Dois ou mais pontos no domínio de alimentação sugere comprometimento da função oral. Uma resposta negativa na questão número 16 do *KCL* indica “limitação da socialização”; um ou mais pontos no domínio da memória indica baixa função cognitiva; e dois ou mais pontos no domínio do humor indica risco de depressão (SAMPAIO *et al.*, 2014).

Também realizou-se a análise bivariada por meio de Teste Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, tendo como variáveis independentes: recebeu a visita do Cirurgião dentista em seu domicílio (Sim; Não) e faz/recebe higiene bucal diariamente (Sim; Não). As variáveis dependentes foram as dimensões do *Kihon checklist* (KERA *et al.*, 2017) e as variáveis relacionadas com a condição de saúde bucal e cuidados no domicílio. Os resultados foram analisados pelo software IBM SPSS® (versão 23). Valor de  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo.

#### 5.9 Análise de dados qualitativos

Os dados audiogravados nas entrevistas foram transcritos de forma literal em um editor de texto do *Microsoft*® e submetidos à análise qualitativa no software



Nvivo11®. Da mesma forma ocorreu com os dados obtidos por meio da resposta escrita obtida com os cirurgiões-dentistas.

Os dados foram analisados a partir do que propõe Bardin, (2011) e considerando o processo proposto por DA SILVA (2015). Para Bardin (2011), a análise do conteúdo se classifica em três diferentes etapas cronológicas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na etapa da pré-análise, os dados foram organizados para operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, também, estabeleceu-se os indicadores para realizar a interpretação das informações coletadas e a leitura geral das entrevistas transcritas. A fase da pré-análise foi composta por quatro etapas: 1) leitura flutuante das entrevistas transcritas, contato com o texto para conhecê-lo, obtendo impressões e orientações; 2) Definição do corpus do estudo que obedeceu as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; 3) construção de objetivos e hipóteses, que se deu a partir da leitura inicial dos dados constitutivos do *corpus* das entrevistas; e 4) a elaboração dos códigos iniciais (BARDIN, 2011).

A etapa da exploração do material, refere-se à gerência das decisões que foram tomadas na etapa anterior (pré-análise). Esta etapa contemplou a construção do processo de codificação considerando os recortes textuais em unidades de registros, definidas as regras de contagem das palavras, classificação e agrupamento das informações em categorias temáticas (BARDIN, 2011; DA SILVA, 2015; MENDES; MISKULIN, 2017). A contagem das palavras foi realizada a partir de nuvem de cem palavras mais comum em cada categoria. A codificação é uma fase essencial na análise de conteúdo e que Bardin, (2011) considera como sendo uma transformação pela qual passam os dados brutos do texto, que por meio do recorte, agregação e enumeração pode atingir a reorientação da expressão ou do conteúdo do texto. A análise resultou em três categorias e em cada categoria, os núcleos foram reduzidos a expressões significativas organizados de acordo com a sua ocorrência em subcategorias e as cem palavras mais comuns formaram a nuvem em cada categoria.

Na terceira etapa procedeu-se ao tratamento dos dados, inferências e interpretação dos resultados. Para tal, realizou-se a leitura individual de cada categoria e subcategoria, a fim de identificar significados, repetições, inter-relações e contradições no decorrer dos relatos. Além disso, delimitaram-se as ideias centrais e

secundárias e sua interlocução nos relatos dos participantes em relação ao objeto de estudo e aos resultados quantitativos.

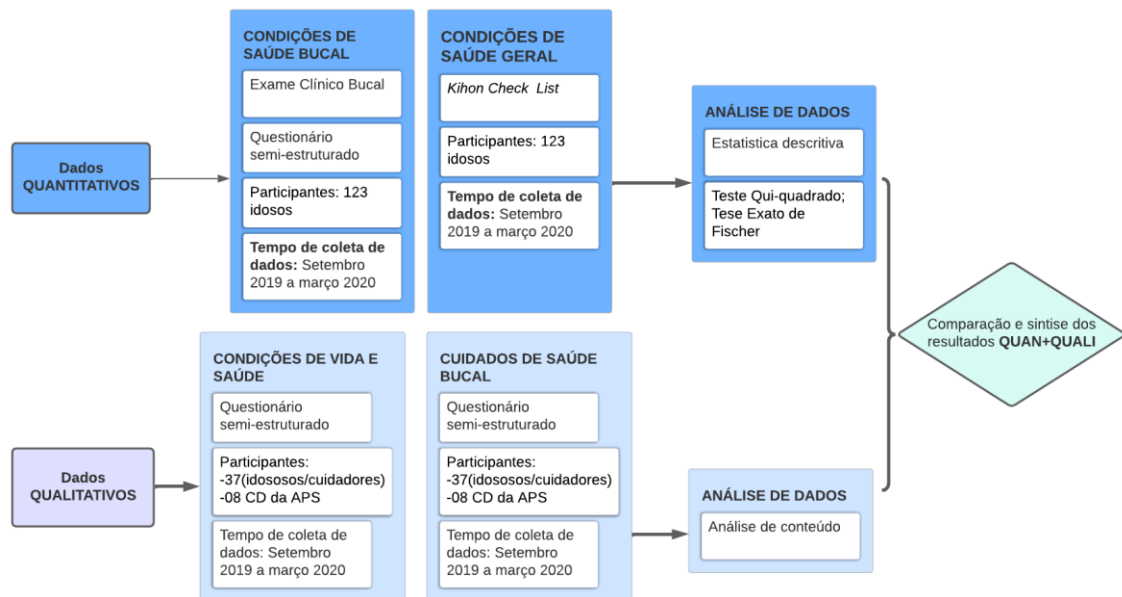
As entrevistas foram codificadas pela letra EI (Entrevista idoso) e ED (Entrevista Cirurgião dentista), seguida de números arábicos sequenciais, conforme a ordem de realização das entrevistas (E1 a E37 para idosos e ED1 a ED8 para cirurgiões-dentistas). Esse procedimento objetivou manter o anonimato da identidade dos participantes.

#### 5.10 Análise de integração dos dados quantitativos e qualitativos

A análise de dados dos métodos mistos corresponde à aplicação de técnicas analíticas aos dois tipos de conjuntos de dados e a mixagem dos mesmos (Gráfico 2). A partir da conclusão da análise, a interpretação dos resultados envolve observar os achados qualitativos e quantitativos e avaliar como as informações obtidas tratam da questão mista do estudo (CRESWELL; CLARK, 2011). A referida interpretação é denominada de extração de inferências e metainferências (DA SILVA, 2015). As metainferências são definidas pelos autores como conclusões gerais, explicações ou entendimentos desenvolvidos mediante a integração das inferências obtidas das etapas quantitativas e qualitativas separadamente de um estudo de métodos mistos (DA SILVA, 2015).

No presente estudo, a fusão/integração dos dados foi realizada por meio da construção de uma matriz na qual são exibidos tanto dados quantitativos como qualitativos, de forma que os dois conjuntos de dados possam ser diretamente comparados. Essa comparação se dá a partir da apresentação das convergências, divergências e da neutralidade entre os dados, fornecendo insights para discutir a análise integrada e a síntese do processo interpretativo (CAMPOS, 2020; CRESWELL e CLARK, 2011; PARANHOS et al., 2016; SANTOS et al., 2018).

Figura 3. Integração dos dados quantitativos e qualitativos.



Fonte: Do próprio Autor.

### 5.11 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, cumprindo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi solicitada anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis previamente ao envio do projeto ao CEPESH/UFSC. O Estudo foi aprovada em 28/03/2019, sob parecer 3.168.868 (anexo 3).

Foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para todos os participantes no estudo. Foram utilizados dois modelos de TCLE (Anexo 4):

1. Para os idosos domiciliados que apresentaram condições físicas e mentais para compreenderem o conteúdo e assinar o TCLE. Em caso de analfabetos, foi solicitada cópia de digital (em almofada de carimbo).
2. Para os idosos domiciliados que não apresentaram condições físicas e/ou mentais para compreenderem o conteúdo e assinar o TCLE, foi solicitada a assinatura ao seu cuidador formal responsável. Em caso de analfabetos, foi solicitada cópia de digital (em almofada de carimbo).

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Resultados Quantitativos

As características sociodemográficas das pessoas idosas domiciliadas participantes no estudo encontram-se apresentadas na **Tabela 1**. Participaram do estudo 123 pessoas idosas domiciliadas distribuídas nos quatro Distritos Sanitários do município de Florianópolis sendo 44 no Centro, 43 no Sul, 21 no Norte e 15 no Continente. Observou-se predomínio de mulheres (62,6%), correspondente à faixa etária entre 70 e 79 anos (35%), com até quatro anos de estudo (61%), com renda de até três salários mínimos (70,7%), domiciliadas por até quatro anos (52%) e com cuidador em regime diário (87%).

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas idosas domiciliadas (N=123). Florianópolis. 2019.

| <b>Variáveis</b>                |                 | <b>n</b> | <b>(%)</b> |
|---------------------------------|-----------------|----------|------------|
| Sexo                            | Masculino       | 46       | 37,4       |
|                                 | Feminino        | 77       | 62,6       |
| Faixa etária                    | 60 a 69 anos    | 13       | 10,6       |
|                                 | 70 a 79 anos    | 43       | 34,9       |
|                                 | 80 a 89 anos    | 39       | 31,7       |
|                                 | 90 anos ou mais | 28       | 22,8       |
| Escolaridade                    | 1-4 anos        | 75       | 61,0       |
|                                 | 5 ou mais anos  | 48       | 39,0       |
| Tempo restrito ao domicílio     | 1-4 anos        | 64       | 52,0       |
|                                 | 5 ou mais anos  | 59       | 48,0       |
| Rendimentos totais do domicílio | 1-3 SM*/mês     | 87       | 70,7       |
|                                 | >3 SM/mês       | 29       | 23,6       |
|                                 | Sem Rendimento  | 7        | 5,7        |
| Presença de cuidador            | Não             | 16       | 13,0       |
|                                 | Sim             | 107      | 87,0       |

**Fonte:** Dados da pesquisa

**\*SM:** Salários Mínimos.

Biofilme visível (69,9%), lesões cavitadas de cárie (57,4%) e edentulismo (56,1%) são os principais agravos encontrados em pessoas idosas domiciliadas (tabela 2). Quanto aos cuidados em saúde bucal, 45,5% das pessoas idosas domiciliadas faz/recebe a limpeza da boca diariamente e 24,4% não faz ou recebe esse cuidado. Dificuldade de acesso ao atendimento odontológico e ocorrência de visita do Cirurgião dentista da APS ao domicílio é relatado por 32,5% e 16,3% dos idosos domiciliados, respectivamente (tabela 2).

Tabela 2 Condição de saúde bucal e cuidados bucais no domicílio (N=123). Florianópolis, 2019/2020.

| Variáveis                                     |           | n   | %    |
|---|-----------|-----|------|
| Biofilme visível                              | Não       | 37  | 30,1 |
|   | Sim       | 86  | 69,9 |
| Número de dentes naturais                     | 0         | 69  | 56,1 |
|   | 1-8       | 28  | 22,8 |
|   | 9 ou mais | 26  | 21,1 |
| Lesões de cárie*                              | Não       | 23  | 42,6 |
|   | Sim       | 31  | 57,4 |
| Número de raízes residuais*                   | 0         | 26  | 48,1 |
|   | 1         | 19  | 35,2 |
|   | 2 ou mais | 9   | 16,7 |
| Fístula/Exsudato*                             | Não       | 53  | 98,1 |
|   | Sim       | 1   | 1,2  |
| Mobilidade dental*                            | Não       | 43  | 79,6 |
|   | Sim       | 11  | 20,4 |
| Alterações da mucosa                          | Não       | 112 | 91,1 |
|   | Sim       | 11  | 8,9  |
| Faz/Recebe a limpeza da boca diariamente      | Não       | 30  | 24,4 |
|   | Sim       | 93  | 75,6 |
| Necessita de auxílio para limpeza da boca     | Não       | 67  | 54,5 |
|   | Sim       | 56  | 45,5 |
| Dificuldade de acesso ao serviço odontológico | Não       | 83  | 67,5 |
|   | Sim       | 40  | 32,5 |
| Visita de dentista no domicílio               | Não       | 103 | 83,7 |
|   | Sim       | 20  | 16,3 |

Fonte: Dados da pesquisa.

\*Entre dentados (n=54).

A distribuição dos dados da condição sociodemográfica, saúde bucal e cuidados de saúde bucal segundo a visita do cirurgião dentista no domicílio e faz/recebe higiene bucal diariamente estão apresentados na tabela 3. Para a visita domiciliar do cirurgião dentista no domicílio, apesar de não haver diferenças estatísticas significativas, observou-se que as pessoas idosas do sexo feminino (63%), com faixa etária de 70-79 anos de idade (40,9%) e renda até três salários mínimos são as que mais receberam visitas domiciliares. Idosos domiciliados com mobilidade dentária (90,9%), lesões em mucosa oral (86,4%), lesões cavitadas de carie (25%) e com um raiz residual (16,7%), receberam visita domiciliar do cirurgião dentista no domicílio. Com relação ao Faz/recebe diariamente a higiene bucal houve associação estatística significativa para as variáveis sexo, faixa etária, renda *per capita*, teve problemas de saúde bucal e não pode sair para resolve-lo e auxílio para realizar a higiene bucal (tabela 3).

Tabela 3 Análise bivariada dos dados das condições sociodemográficas, saúde bucal e cuidados bucais dos idosos domiciliados, segundo recebe visita domiciliar do Cirurgião dentista (CD) e faz/ recebe higiene bucal diária (N=123).

|                                 |                      | Recebeu visita do CD em |           | <i>p</i> | Faz/recebe diariamente |           | <i>p</i>       |
|---------------------------------|----------------------|-------------------------|-----------|----------|------------------------|-----------|----------------|
|                                 |                      | domicílio               |           |          | higiene bucal          |           |                |
|                                 |                      | Sim                     | Não       |          | Sim                    | Não       |                |
| <b>Sexo</b>                     | Masculino            | 8(36,4%)                | 38(37,6%) | 0,912    | 28(30,1%)              | 18 (60%)  | <b>0,003*</b>  |
|                                 | Feminino             | 14(63,6%)               | 63(62,4%) |          | 65(69,9%)              | 12(40%)   |                |
| <b>Faixa etária</b>             | 60 a 69 anos         | 1(4,5%)                 | 12(11,9%) | 0,655    | 4(4,3%)                | 9(30%)    | <b>0,000**</b> |
|                                 | 70 a 79 anos         | 9(40,9%)                | 34(33,7%) |          | 30(32,3%)              | 13(43,3%) |                |
|                                 | 80 a 89 anos         | 8(36,4%)                | 31(30,7%) |          | 34(36,6%)              | 5(16,7%)  |                |
|                                 | 90 anos ou mais      | 4(18,2%)                | 24(23,8%) |          | 25(26,9)               | 3(10,0%)  |                |
| <b>Escolaridade</b>             | 1-4 anos             | 11(50%)                 | 64(63,4%) | 0,244    | 57(61,3%)              | 18(60%)   | 0,900          |
|                                 | 5 ou mais anos       | 11(50%)                 | 37(36,6%) |          | 36(38,7%)              | 12(40%)   |                |
| <b>Renda <i>per capita</i></b>  | 1-3474 reais/mês     | 15(68,2%)               | 72(71,3%) | 0,313    | 59(63,4%)              | 28(93,3%) | <b>0,007**</b> |
|                                 | 3474-23160 reais/mês | 7(31,8%)                | 22(21,8%) |          | 27(29%)                | 2(6,7%)   |                |
|                                 | Sem rendimento       | 0(0%)                   | 7(6,9%)   |          | 7(7,5%)                | 0(0,0%)   |                |
| <b>Tempo domiciliado (anos)</b> | 1-4 anos             | 11(50%)                 | 53(52,5%) | 0,833    | 52(55,9%)              | 12(40%)   | 0,129          |
|                                 | 5 ou mais anos       | 11(50%)                 | 48(47,5%) |          | 41(44,1%)              | 18(60%)   |                |
| <b>Presença de cuidador</b>     | Sim                  | 2(9,1%)                 | 14(13,9%) | 0,547    | 14(15,1%)              | 2(6,7%)   | 0,235          |
|                                 | Não                  | 20(90,9%)               | 87(86,1%) |          | 79(84,9%)              | 28(93,3%) |                |
| <b>Edentulismo</b>              | Sim                  | 12(54,5%)               | 42(41,6%) | 0,267    | 38(40,9%)              | 16(53,3%) | <u>0,231</u>   |

|  |                  |           |           |       |           |           |               |
|--|------------------|-----------|-----------|-------|-----------|-----------|---------------|
|  | Não              | 10(45,5%) | 59(58,4%) |       | 55(59,1%) | 14(46,7%) |               |
| <b>Lesões cavitadas de carie</b>                                 | Sim              | 3(25%)    | 20(47,6%) | 0,171 | 19(50%)   | 4(25%)    | 0,096         |
|  | Não              | 9(75%)    | 22(52,4%) |       | 19(50%)   | 12(75%)   |               |
|  |                  |           |           |       |           |           |               |
| <b>Dentes naturais</b>   | Não              | 10(45,5%) | 59(58,4%) |       | 55(59,1%) | 14(46,7%) |               |
|  | 1-8 dentes       | 6(27,3%)  | 22(21,8%) | 0,533 | 19(20,4%) | 9(30%)    | 0,442         |
|  | 9 ou mais dentes | 6(27,3%)  | 20(19,8%) |       | 19(20,4%) | 7(23,3%)  |               |
|  |                  |           |           |       |           |           |               |
| <b>Raízes residuais</b>  | Não              | 10(83,3%) | 21(44,7%) |       | 24(58,5%) | 7(38,9%)  |               |
|  | 1 raiz           | 2(16,7%)  | 17(36,1%) | 0,065 | 13(31,7%) | 6(33,3%)  | 0,092         |
|  | 2 ou mais raízes | 0(0,0%)   | 9(19,1%)  |       | 4(9,8%)   | 5(27,8%)  |               |
|  |                  |           |           |       |           |           |               |
| <b>Mobilidade dentária (g 2/3)</b>                               | Sim              | 20(90,9%) | 92(91,1%) | 0,979 | 87(93,5%) | 25(83,3%) | 0,088         |
|  | Não              | 2(9,1%)   | 9(8,9%)   |       | 6(6,5%)   | 5(16,7%)  |               |
| <b>Biofilme visível</b>  | Sim              | 7(31,8%)  | 30(29,7%) | 0,845 | 7(23,3%)  | 30(32,3%) | 0,354         |
|  | Não              | 15(68,2%) | 71(70,3%) |       | 23(76,7%) | 63(67,7%) |               |
| <b>Lesões de mucosa oral</b>                                     | Sim              | 19(86,4%) | 93(92,1%) | 0,395 | 27(90%)   | 85(91,4%) | 0,816         |
|  | Não              | 3(13,6%)  | 8(7,9%)   |       | 3(10%)    | 8(8,6%)   |               |
| <b>Teve problema SB e não pode sair de casa para resolvê-lo?</b> | Sim              | 11(50%)   | 72(71,3%) | 0,053 | 13(43,3%) | 70(75,3%) | <b>0,001*</b> |
|  | Não              | 11(50%)   | 29(28,7%) |       | 17(56,7%) | 23(24,7%) |               |
| <b>Precisou de ajuda para realizar a limpeza da sua boca</b>     | Sim              | 13(59,1%) | 54(53,5%) | 0,631 | 13(43,3%) | 70(75,3%) | <b>0,001*</b> |
|  | Não              | 9(40,9%)  | 47(46,5%) |       | 17(56,7%) | 23(24,7%) |               |

FONTE: Dados da pesquisa.

A pontuação dos domínios do KCL indica que a maioria dos idosos domiciliados não caminha mais de 15 minutos (86,2%), 76,4% não sai de casa mais de uma vez por semana, 61,0% tem saído menos no último ano, 52,8% sofreu ao menos uma queda no último ano e 50,4% desconfortável com a sensação de boca seca (Tabela 4).

Tabela 4 Pontuação do *Khion check list*. Florianópolis. 2019/2020; N=123.

|  |     | N   | %    |
|--|-----|-----|------|
| 1. Você consegue usar ônibus ou trem sem necessidade de ajuda?     | Sim | 8   | 6,5  |
|  | Não | 115 | 93,5 |
| 2. Você faz compras para o seu dia a dia sem necessidade de ajuda? | Sim | 3   | 2,4  |
|  | Não | 120 | 97,6 |
| 3. Você administra sua conta/poupança bancária sozinho (a)?        | Sim | 14  | 11,4 |
|  | Não | 109 | 88,6 |

|   |         |     |      |
|---|---------|-----|------|
| 4. Você visita à casa de seus amigos?   | Sim     | 31  | 25,2 |
|   | Não     | 92  | 74,8 |
| 5. Você conversa com seus familiares ou amigos?   | Sim     | 101 | 82,1 |
|   | Não     | 22  | 17,9 |
| <b>FORÇA FISICA</b>   |         |     |      |
| 6. Você sobe escada sem o apoio de corrimão ou parede?  | Sim     | 15  | 12,2 |
|   | Não     | 108 | 87,8 |
| 7. Você se levanta da cadeira sem usar o braço da mesma como apoio?   | Sim     | 26  | 21,1 |
|   | Não     | 97  | 78,9 |
| 8. Você caminha mais do que 15 minutos?   | Sim     | 17  | 13,8 |
|   | Não     | 106 | 86,2 |
| 9. Você sofreu alguma queda ou caiu no último ano?  | Não     | 58  | 47,2 |
|   | Sim     | 65  | 52,8 |
| 10. Você sente medo de cair?  | Não     | 39  | 31,7 |
|   | Sim     | 84  | 68,3 |
| <b>NUTRIÇÃO</b>   |         |     |      |
| 11. Nos últimos 6 meses, você emagreceu 2 a 3 quilos sem estar de dieta?  | Não     | 68  | 55,3 |
|   | Sim     | 55  | 44,7 |
| 12. Circunferência de panturrilha em cm   | Não     | 69  | 56,1 |
|   | Sim     | 43  | 35,0 |
|   | Missing | 11  | -8,9 |
| <b>FUNÇÃO ORAL</b>  |         |     |      |
| 13. É correto afirmar que “você não consegue comer alimentos de consistência dura tão bem como 6 meses atrás”?        | Não     | 54  | 43,9 |
|   | Sim     | 69  | 56,1 |
| 14. Você se engasga quando toma chá ou sopa?  | Não     | 77  | 62,6 |
|   | Sim     | 46  | 37,4 |
| 15. Você se sente desconfortável com a sensação de boca seca?   | Não     | 61  | 49,6 |
|   | Sim     | 62  | 50,4 |
| <b>SOCIALIZAÇÃO</b>   |         |     |      |
| 16. Você sai de casa mais do que uma vez por semana?  | Sim     | 29  | 23,6 |
|   | Não     | 94  | 76,4 |
| 17. Em comparação ao último ano, você tem saído menos de casa?  | Não     | 48  | 39,0 |
|   | Sim     | 75  | 61,0 |
| <b>MEMORIA</b>  |         |     |      |
| 18. As pessoas tem chamado sua atenção quanto ao seu esquecimento, como: “você faz as mesmas perguntas o tempo todo”? | Não     | 55  | 44,7 |
|   | Sim     | 68  | 55,3 |
| 19. Você faz ligações telefônicas checando você mesmo o número de telefone?   | Sim     | 38  | 30,9 |
|   | Não     | 85  | 69,1 |
| 20. É correto afirmar que “às vezes, você não sabe que dia ou mês é hoje”?  | Sim     | 43  | 35,0 |
|   | Não     | 80  | 65,0 |
| <b>HUMOR</b>  |         |     |      |
| 21. Nas últimas 2 semanas, você está insatisfeito com sua vida diária?  | Não     | 60  | 48,8 |
|   | Sim     | 63  | 51,2 |
| 22. Nas últimas 2 semanas, você acha sem graça as atividades com as quais você se divertia antes?                     | Não     | 57  | 46,3 |
|   | Sim     | 66  | 53,7 |

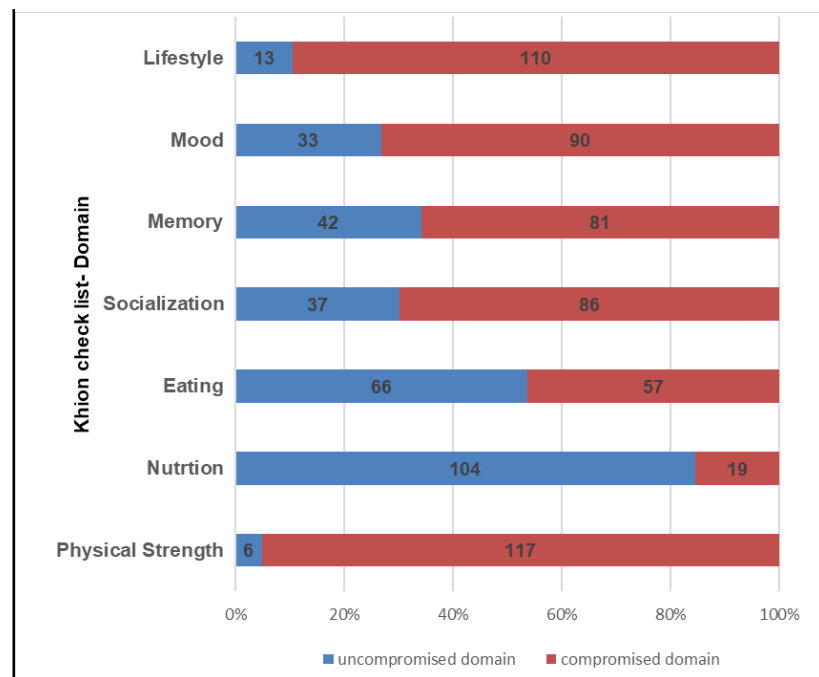


|  |     |    |      |
|--|-----|----|------|
| 23. Nas últimas 2 semanas, você sente dificuldade ao fazer coisas que antes achava fácil de fazer? | Não | 42 | 34,1 |
|  | Sim | 81 | 65,9 |
| 24. Nas últimas 2 semanas, você sente que não é mais útil para os outros?                          | Não | 61 | 49,6 |
|  | Sim | 62 | 50,4 |
| 25. Nas últimas 2 semanas, você se sente exausto sem razão?  | Não | 52 | 42,3 |
|  | Sim | 71 | 57,7 |

FONTE: Dados da pesquisa

Para às condições de vida e saúde destacou-se a presença de fragilidade (89,4%), e maior comprometimento das funções: força física (95,1%), Humor (73,25), Socialização (69,9%) e Memória (65,9%). As condições de vida e saúde das pessoas idosas domiciliadas estão apresentadas na figura 3.

Figura 4 Domínios do Kihon Check List. Florianópolis. 2019/2020.



FONTE: Dados da pesquisa.

A distribuição dos dados da condição de vida e saúde com a visita do Cirurgião dentista no domicílio e faz/recebe diariamente a higiene bucal não apresentou associação estaticamente significativa, porém observou-se que a maioria dos idosos domiciliados fragilizados (72,3%), assim como aqueles que apresentam baixa força física (77,2%), limitação em sair do domicílio (70,3%), com risco de depressão (60,9%) e baixa função cognitiva (54,4%) não recebem visita domiciliar do Cirurgião dentista da APS. Em contraste, recebem ou fazem a higiene bucal diariamente (Tabela 5).

Tabela 5 Análise bivariada dos dados das condições de saúde e vida dos idosos domiciliados, segundo recebe visita domiciliar do Cirurgião dentista (CD) e faz/ recebe higiene bucal diária (N=123).

|                       |                                   | Recebeu visita do CD |           | <i>p</i> | Faz/recebe          |           | <i>p</i> |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------|----------|---------------------|-----------|----------|
|                       |                                   | em domicílio         |           |          | diariamente higiene |           |          |
|                       |                                   | Sim                  | Não       |          | Sim                 | Não       |          |
| <b>Socialização</b>   | Tem limitação em sair da casa     | 15(68,2%)            | 71(70,3%) | 0,845    | 65(69,9%)           | 21(70%)   | 0,991    |
|                       | Não tem limitação em sair da casa | 7(31,8%)             | 30(29,7%) |          | 28(30,1%)           | 9(30%)    |          |
| <b>Força Física</b>   | Normal                            | 0(0,0%)              | 6(5,9%)   | 0,241    | 5(5,4%)             | 1(3,3%)   | 0,651    |
|                       | Baixa força física                | 22(100%)             | 95(94,1%) |          | 88(94,6%)           | 29(96,7%) |          |
| <b>Nutrição</b>       | Normal                            | 19(86,4%)            | 85(84,2%) | 0,795    | 81(87,1%)           | 23(76,7%) | 0,169    |
|                       | Baixo Estado Nutricional          | 3(13,6%)             | 16(15,8%) |          | 12(12,9%)           | 7(23,3%)  |          |
| <b>Função Oral</b>    | Normal                            | 14(63,6%)            | 52(51,5%) | 0,300    | 47(50,5%)           | 19(63,3%) | 0,222    |
|                       | F. oral comprometida              | 8(36,4%)             | 49(48,5%) |          | 46(49,5%)           | 11(36,7%) |          |
| <b>Memória</b>        | Normal                            | 8(36,4%)             | 34(33,7%) | 0,809    | 36(38,7%)           | 6(20%)    | 0,060    |
|                       | Baixa Função Cognitiva            | 14(63,6%)            | 67(66,3%) |          | 57(61,3%)           | 24(80%)   |          |
| <b>Humor</b>          | Sem risco de depressão            | 7(31,8%)             | 26(25,7%) | 0,560    | 25(26,9%)           | 8(26,7%)  | 0,982    |
|                       | Com risco de depressão            | 15(68,2%)            | 75(74,3%) |          | 68(73,1%)           | 22(73,3%) |          |
| <b>Estilo de Vida</b> | Não Frágil                        | 1(4,5%)              | 12(11,9%) | 0,311    | 11(11,8%)           | 2(6,7%)   | 0,424    |
|                       | Frágil                            | 21(95,5%)            | 89(88,1%) |          | 82(88,2%)           | 28(93,3%) |          |

FONTE: Dados da pesquisa.

## 6.2 Resultados Qualitativos

Foram realizadas 37 entrevistas com idosos e seus cuidadores e oito entrevistas com cirurgiões dentistas da APS. A tabela 6 mostra a caracterização dos participantes do estudo qualitativo.

Tabela 6 Caracterização dos idosos participantes (n=37) e cirurgiões dentistas (n=8).

|                             | <b>Variáveis</b>                          | <b>N</b> | <b>(%)</b>           |
|-----------------------------|---|----------|----------------------|
| <b>Idosos</b>               | <b>Sexo</b>                               |          |                      |
|                             | Feminino                                  | 21       | 56,8                 |
|                             | Masculino                                 | 16       | 43,2                 |
|                             | <b>Idade em anos</b>                      |          |                      |
|                             | 60 a 69                                   | 5        | 13,5                 |
|                             | 70 a 79                                   | 15       | 40,5                 |
|                             | 80 a 89                                   | 8        | 21,6                 |
|                             | 90 ou mais                                | 9        | 24,3                 |
| <b>Cirurgiões-dentistas</b> | <b>Sexo</b>                               |          |                      |
|                             | Feminino                                  | 5        | 66,7                 |
|                             | Masculino                                 | 3        | 33,3                 |
|                             | <b>Idade média</b><br>(mínimo-máximo; DP) |          | 41,9<br>(36-52; 5,5) |

Fonte: Dados da pesquisa.

A compreensão das condições de vida, saúde e saúde bucal dos idosos domiciliados construiu-se a partir do processo de codificação e categorização dos dados e fundamentados pela articulação de três categorias e dez subcategorias. As categorias com suas respectivas subcategorias estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 Categorias e subcategorias de análise do conteúdo. Florianópolis. 2019.

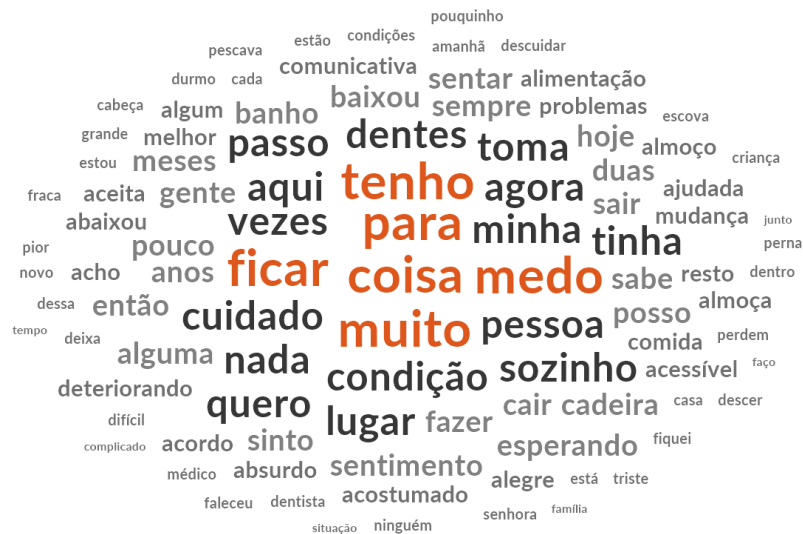
| <b>CATEGORIAS/SUBCATEGORIAS</b>                            |
|--|
| <b>Contexto do Idoso domiciliado</b>                       |
| Limitações na acessibilidade                               |
| Perdas de entes queridos                                   |
| Medo de sair de casa                                       |
| Dependência do Cuidador(a)                                 |
| <b>Cuidado do Idoso Domiciliado</b>                        |
| Cuidado à saúde bucal                                      |
| Cuidado à saúde geral                                      |
| Redes de apoio   |
| Prestação de cuidados pela esfera privada                  |
| <b>Atenção a SB do idoso domiciliado no SUS</b>            |
| Processo de trabalho dos Profissionais e Serviços de Saúde |
| Condição de saúde do idoso domiciliado e seus Cuidadores   |

Fonte: Dados da pesquisa.

### 6.2.1 Contexto do idoso domiciliado

A análise da categoria contexto do idoso domiciliado permitiu identificar as subcategorias limitações na acessibilidade, perdas de entes queridos, medo de sair de casa e dependência do cuidador (a) como elementos que norteiam as condições de vida das pessoas idosas no contexto domiciliar. A figura 3 apresenta a nuvem das cem palavras mais comuns que caracterizam a condição do idoso no contexto domiciliar.

Figura 5 A nuvem das cem palavras mais comuns na categoria contexto domiciliar.



Fonte: Dados da pesquisa.

No que tange os conteúdos que versam sobre limitações na acessibilidade observou-se que os idosos domiciliados encontravam problemas quanto a locomoção, como se segue:

*“Caminhar com cadeiras de rodas é impossível, é horrível. Já tá com uma rodinha quebrada, imagina é uma cadeira novinha, zero... ali não dá pra andar. Até acho um absurdo uma orla dessa e um lugar desse e não é nada acessível.” E1*

*“Os dentes dela estão se deteriorando porque ela não faz tratamento bucal, ela não vai no dentista, é tudo porque depende da locomoção e não tenho dinheiro para pagar o UBER fica tornando caro”. E25*

*“Me sinto ruim. tenho vontade de sair, mas olho para escada me desanima” E17*

*“Eu tenho medo de sair aí, cair por aí assim né, quando eu vou é junto com elas, mas eu tenho medo aonde sentar-se, a cadeira lá na onde eu quero ir”. E19*

A subcategoria perda de entes queridos descreve quanto os processos de perdas de familiares ou entes queridos influenciam na sua condição de saúde e vida, como se segue:

*“A senhora sabe que eu cuidava muito bem da minha saúde, mas depois que a minha esposa faleceu. Tudo baixou né, o auto estima, abaixou fazer da*

*Alimentação, não é toda a pessoa que faz a comida legal. baixou o grande sentimento que a gente tem, baixa muita coisa da gente.” E4*

*“[...] gosto de receber as visitas, mas não tenho ninguém, a minha família era tão grande e morreu tudo, não tem mais ninguém.” E33*

O medo de sair de casa está relacionado ao sentimento de segurança no ambiente domiciliar e ao mesmo tempo de isolamento.

*“[...] é tenho medo de sair né porquê pode eu cair né e em casa sempre faço as minhas coisinhas.” E13*

*“No começo ele sentava ali no banquinho mexia na terra ali capinava, arrancava algum matinho, alguma coisa. É aquela coisa que eu te falei não é um dia nem dois é 30 anos meu Deus. Então nesses 30 anos para a idade que ele tem, ele perdeu muitas coisas, todos perdem né, e no caso dele que tem problema, ficou pior.” E6*

A maioria dos idosos domiciliados têm dependência do cuidador para suprir as demandas das atividades da vida diária.

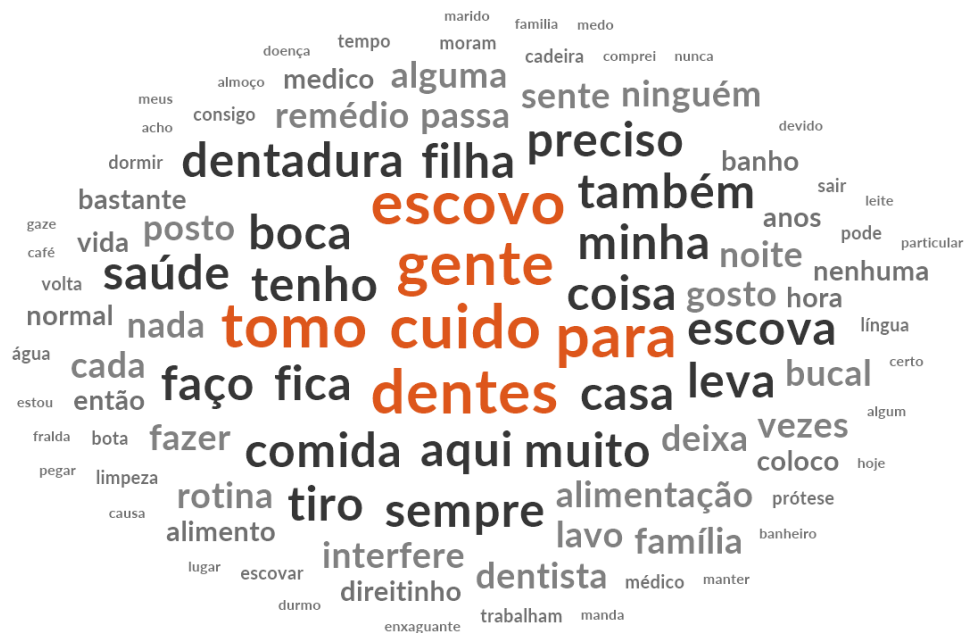
*“[...] eu já tinha época que a filha tinha que tomar banho e fazia tudo para mim, porque eu não tinha mais condições de saúde, estava muito fraca, agora sinto melhor, eu posso fazer tudo de novo.” E12*

*“A gente cuida de tudo assim, toda alimentação, medicação limpeza tudo aqui uma pessoa necessita. Leva para caminhar, faz exercício em casa, bota para pegar o sol por causa da vitamina D.” E1*

## 6.2.2 Cuidado do Idoso Domiciliado

A análise da categoria Cuidado do Idoso Domiciliado permeia em cuidados de saúde bucal, cuidados de saúde geral, redes de apoio e prestação de cuidados pela esfera privada. A figura 4 apresenta a nuvem das cem palavras mais comuns que caracterizam a categoria do Cuidado do Idoso Domiciliado.

Figura 6 A nuvem das cem palavras mais comuns na categoria Cuidado do Idoso Domiciliado.



**Fonte:** Dados da pesquisa.

Para os cuidados de saúde bucal, destacou-se os cuidados de rotina diária de saúde bucal e assistência odontológica.

*“Eu escovo, toma café e almoça, logo depois do almoço eu espero ele comer uma fruta, alguma coisa aí sim eu vou lá e escovo.” E1*

*“Cuido normal, faço as 3 escovações. A noite eu tiro ela (a prótese) como é que o conselho do dentista, a noite eu tiro elas e escovo com bicarbonato, no dia seguinte dá uma escovadinha nela de novo e coloco na boca e tem o enxaguante bucal para a noite” E9*

*“Além da escovação não fazemos nada, não recebemos nenhuma orientação nesse sentido” E22*

*[...] Nossa piorou muito. Bem ruim, ele tinha dente bonita e dente bonita, e hoje não tem quase nada. E37*

*“A gente sente falta do dentista que vocês viram pela consulta vai me auxiliar e vai manter a saúde bucal dela e vai prolongar a vida dela né que ele não vai vir um problema mais grave por causa de uma carie né eu não tenho sim o que reclamar, o que eu preciso leva um certo tempo mas eu consigo tudo nesses 4 anos.” E7*

*[...] os dentes tudo estragado, eu estou apodrecendo de pé (risos) sobre os dentes a boca né, a gente é que nem aquele que diz assim a gente é que nem peixe, a gente morre pela boca. E16*

Para o Cuidado a saúde geral destacou-se a necessidade de suprimento das necessidades básicas e assistência médica/medicamentosa. A APS desempenha um papel central no cuidado das pessoas idosas domiciliadas.

*[...] vou seguindo a rotina, todo dia mantendo a rotina mantém a saúde dela com certeza, tem que ter rotina como um bebê, quando um bebe nasce se você não cria uma rotina a família se perde no caos. Se você tem uma rotina a prosperidade tudo vem, porque tudo fica organizadinho. E7*

*[...] limpeza, cuidados necessários né banho, assepsia, limpeza na boca, na sonda, hidratante no corpo, feito várias coisas, a fisioterapia, a fono, massagem. E26*

*“Eu tenho o posto de saúde que tem a doutora Luana lá que é muito querida, que ela cuida de mim né, então qualquer coisa que eu tenho tem a Lurdes que é a gente (ACS) um amor, ela arruma tudo direitinho para nós dois e entrega os remédios e assim nós ficamos em casa, mas a gente não é descuidado do jeito nenhum.” E9*

*“Da minha saúde eu cuido tomando o medicamento da pressão de como o médico manda direitinho, os banhos certo na hora certa, a gente tem que cuidar também e do alimento, da comida.” E32*

No contexto redes de apoio, destaca-se o papel de familiares e amigos no cuidado das pessoas idosas domiciliadas.

*“[.]Sim porque ela não interage com outras pessoas né, o mundinho dela se não chega visita é...se limita entre mim e ela só, chega uma hora e enjoa[.]” E3*

*“A família em geral cuida, porque se dividir nós somos em seis irmãos, no dia se a cada dia tem um que fica aqui, aí meu irmão cuida mais do pai e a gente cuida mais da mãe, como ela se machucou e a gente acabou indo mais para o lado dela assim né, mas em geral toda a família cuida, os filhos e até os netos [...] E18*

*“[.]imagina ficar praticamente sempre em casa. Claro que levo aqui fora, tem o corredor quando tem muito calor, os vizinhos vêm e conversam.” E1*



*“Eu moro aqui com a minha filha, tem amizade com todos, não gosto de brigar com ninguém, não gosto de ferir ninguém, gosto de viver com bastante paz.”*

**E32**

A prestação de cuidados pela esfera privada supre a lacuna do SUS no cuidado das pessoas idosas domiciliadas.

*“Eu mesmo comprei o remédio na farmácia porque no postinho, eles não, eles não dão esse remédio.”* **E34**

*“Eu nunca precisei da fralda, eu sempre comprei particular. Eu nunca precisei do fisioterapeuta do SUS porque eu tenho e tive sempre particular é uma outra realidade”* **E7**

*“Nós temos um contrato com home care porque ele é cooperado da Unimed.”*

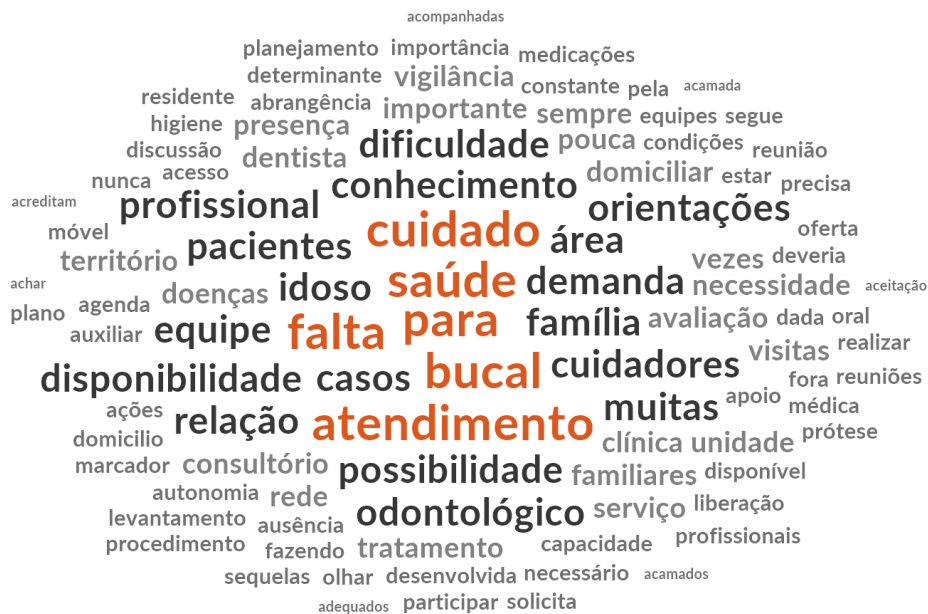
**E21**

*“Eu tenho dentista particular que eu vou precisa de 6 em 6 meses, se precisar eu vou antes.”* **E9**

### 6.2.3 Atenção a SB do idoso domiciliado no SUS

A categoria Atenção a SB do idoso domiciliado no SUS, está relacionada a condição de saúde do idoso domiciliado e dos seus cuidadores, e o processo de trabalho dos profissionais e serviços de SUS. A nuvem das 100 palavras mais frequentes a categoria Atenção a SB do idoso domiciliado no SUS podem ser encontradas na figura 5.

Figura 7 As cem palavras mais comuns na categoria Atenção a SB do idoso domiciliado no SUS. Florianópolis. 2019.



**Fonte:** Dados da pesquisa.

A condição de saúde do idoso domiciliado e de seus cuidadores é resultado das comorbidades apresentadas pelo idoso e da condição socioeconômica da família.

*A Condição socioeconômica é determinante importante em relação à adesão ao tratamento proposto, possibilidade de acesso a determinados insumos ED7.*

*“O idoso sem autonomia, com patologias como demência, sequelas graves de AVC, entre outros, sua saúde bucal depende exclusivamente dos cuidadores.” ED5.*

*“Descompensações de doenças crônicas, uso de medicações que inviabilizam o procedimento e que não há liberação médica (anticoagulantes)” ED7.*

*Cuidador/famíliares tem que além de cuidar do idoso, tem que fazer tarefas da casa ED2.*

*Falta de interesse ou conhecimento dos cuidadores sobre saúde bucal. ED4.*

O processo de trabalho dos profissionais e serviços de SUS são determinantes na realização das visitas domiciliares.

*“Disponibilidade meio de transporte” ED3.*

*Disponibilidade de equipo odontológico móvel* **ED3.**

*Sobrecarga de trabalho* **ED4.**

*Falta de planejamento das ações* **ED5.**

*Conhecer a população acamada e, com base no diagnóstico inicial, propor ações deveria ser nossa imagem/objetivo, mas infelizmente não é a realidade atual.* **ED7.**

*Falta de sensibilização e treinamento para os atendimentos domiciliares.*  
**ED8.**

### 6.3 Integração de dados qualitativos e quantitativos

A síntese e integração dos dados qualitativos e quantitativos está apresentado no Quadro 2.

Quadro 3 Matriz de integração dos resultados qualitativos e quantitativos com meta-inferências. Florianópolis. 2019/2020

| RESULTADOS QUANTITATIVO<br>(N=123)   | RESULTADOS QUALITATIVOS<br>(N=45)  | META-INFERÊNCIAS   |         |        |
|--|--|--|---------|--------|
| CONTEXTO DO IDOSO DOMICILIADO  |  | CONVERGE   | DIVERGE | NEUTRO |
| <b><i>Kihon Check List</i></b>   | <b>Dependência do cuidador</b>   |  |         |        |
| <p><b>-DEV*:</b> 89,4% (n=110) são idosos frágeis.</p> <p><b>-DSC*:</b> <b>69,8%</b> (n=86) têm limitação em sair de casa.</p> <p>Não consegue usar ônibus sem necessidade de ajuda: 93,5% (n=115);</p> <p>Não Faz compras para o seu dia a dia sem ajuda: 97,6% (120);</p> <p>Não administra a sua conta bancária: 88,6%(n=109)</p> <p>Não sobe escada sem apoio de corrimão/parede: 87,8%(n=108)</p> | <p>81,1% (n=30) relataram dependência total ou transitória na realização das atividades diárias. <i>“A gente cuida de tudo assim, toda alimentação, medicação limpeza tudo aqui uma pessoa necessita. Leva para caminhar, faz exercício em casa, bota para pegar o sol por causa da vitamina D. E1</i></p> <p><i>“[...] eu já tinha época que a filha tinha que tomar banho e fazia tudo para mim, porque eu não tinha mais condições de saúde, estava muito fraca, agora sinto melhor, eu posso fazer tudo de novo.” E12</i></p> <p><i>“Ele tá totalmente dependente, então logicamente, dou o banho, ele já tá usando fraldas então, troca fralda, cuidar da</i></p> | <p>-A maioria dos idosos domiciliados são frágeis, dependentes e com atividades instrumentais da vida diária comprometidas (AVD).</p> <p>-Necessitam diariamente do cuidador no domicílio e de assistência integral da atenção primária a saúde.</p> | NÃO     | NÃO    |

| RESULTADOS QUANTITATIVO<br>(N=123)  | RESULTADOS QUALITATIVOS<br>(N=45)  | META-INFERÊNCIAS   |     |     |
|---|--|--|-----|-----|
|   | <i>alimentação procuro fazer o mais saudável possível” E37</i>   |  |     |     |
| <b><i>Kihon Check List</i></b>  | <b>Limitações na acessibilidade</b>  | As limitações na acessibilidade podem estar relacionadas ao comprometimento dos domínios de socialização e força física. Todos os idosos domiciliados que relataram ter limitação na acessibilidade diminuiram a sua frequência de sair de casa no último ano. | NÃO | NÃO |
| <p><b>-DSC*: 69,8%</b> (n=86) têm limitação em sair de casa.</p> <p><b>-DDF* 95,1%</b>(n=117) possuem força física comprometida.</p> <p>Não consegue usar ônibus sem necessidade de ajuda: 93,5% (n=115);</p> <p>Não sobe escada sem apoio de corrimão/parede: 87,8%(n=108);</p> <p>Não sai de casa mais do que uma vez por semana: 76,4% (n=94)</p> <p>Em comparação ao último ano, tem saído menos de casa: 61%(n=75)</p> | <p>75,7% (n=28) relataram limitações na acessibilidade.</p> <p><i>“Caminhar com cadeiras de rodas é impossível, é horrível. Já tá com uma rodinha quebrada, imagina é ma cadeira novinha, zero... ali não dá pra andar. Até acho um absurdo uma orla dessa e um lugar desse e não é nada acessível.” E1</i></p> <p><i>“Me sinto ruim. tenho vontade de sair, mas olho para escada me desanima” E17</i></p> |  |     |     |
| <b><i>Kihon Check List</i></b>  | <b>Medo de sair de casa</b>  |  | NÃO | NÃO |

| RESULTADOS QUANTITATIVO<br>(N=123)   | RESULTADOS QUALITATIVOS<br>(N=45)  | META-INFERÊNCIAS  |  |
|--|--|---|--|
| <p><b>DFP*</b> 95,1%(n=117) possuem força física comprometida.</p> <p><b>DSC*:</b> <b>69,8%</b> (n=86) têm limitação em sair de casa.</p> <p><b>DH*:</b> 73,2% (n=90) têm risco de depressão.</p> <p>Sai de casa mais do que uma vez por semana: 76,4% (n=94)</p> <p>Em comparação ao último ano, tem saído menos de casa: 61%(n=75)</p> <p>Sente medo de cair: 68,3% (n=84)</p> | <p>62,1% (n=23) relataram ter medo de sair de casa.</p> <p><i>“(...) tenho medo de sair né porquê pode eu cair né... e em casa sempre faço as minhas coisinhas.” E13</i></p> <p><i>“Saio, mas sempre estou dentro de casa na graça de Deus. me sinto segura e bem.” E24</i></p>  | <p>Medo de sair de casa reforça os achados de <i>Kihon Check list</i> (os domínios de fragilidade, socialização, Humor e medo de cair, principalmente). Para a maioria dos idosos domiciliados, o domicílio representa a segurança e bem estar.</p>   |  |
| <b><i>Kihon Check List</i></b>   | <b>Perda de entes queridos</b>   |   |  |
| <p><b>DSC*:</b> <b>69,8%</b> (n=86) têm limitação em sair de casa;</p> <p><b>DH*:</b> 73,2% (n=90) têm risco de depressão;</p> <p><b>DM:</b> <b>65,9% (n=81)</b> têm baixa função cognitiva;</p> <p>Nas últimas 2 semanas, está insatisfeito com sua vida diária: 51,2% (n=63);</p> <p>Não conversa com seus familiares ou amigos:17,9% (n=22).</p>                              | <p>29,7% (n=11) relataram ter perdido entes queridos nos ultimos anos.</p> <p><i>“A senhora sabe que eu cuidava muito bem da minha saúde, mas depois que a minha esposa faleceu. Tudo baixou né, o auto estima, abaixou fazer da alimentação... baixou o grande sentimento que a gente tem”...E4</i></p> <p><i>“Gosto de receber as visitas, mas não tenho ninguém, a minha família era tão grande e morreu tudo, não tem mais ninguém”. E33</i></p> | <p>A perda de entes queridos, situações de abandono familiar e falta de afeto potencializam o sinergismo da dependência e o comprometimento das atividades instrumentais da vida diária.</p> <p>Os idosos que relataram perda de entes queridos demonstraram maior comprometimento nos domínios de socialização, Humor e memória.</p> |  |

| RESULTADOS QUANTITATIVO<br>(N=123)  |   | RESULTADOS QUALITATIVOS<br>(N=45)   | META-INFERÊNCIAS   |  |
|---|---|---|--|--|
| <b>CUIDADO DO IDOSO DOMICILIADO</b>   |   |   |  |  |
| <b><i>Kihon Check List</i></b>  | <b>Cuidado a saúde bucal do idoso</b>   |   |  |  |
| <p><b>DFO*:</b> 46,3% (n=57) possuem função oral comprometida;</p> <p><b>DNU:</b> 15,4% (n=19) têm baixo estado nutricional;</p> <p>Sinto desconfortável com a sensação de boca seca: 50,4% (n=62).</p>               | <p>100%(n=37) relataram sobre cuidados a saúde bucal.</p> <p><i>“Eu escovo os dentes, toma café e almoço, logo depois do almoço eu espero ele comer uma fruta, alguma coisa, aí eu vou lá e escovo”. E11</i></p> <p><i>“ela faz a alimentação, ela já escova, tira a prótese e escova” E3</i></p> <p><i>“Cuido normal, faço as 3 escovações. A noite eu tiro era ela (a prótese) como é que o conselho do dentista, a noite eu as tiro e escovo com bicarbonato, no dia seguinte dá uma escovadinha nela de novo e coloco na boca e tem o enxague bucal para a noite” E9</i></p> <p><i>“A gente sente falta do dentista que vocês viram pela consulta vai me auxiliar e vai manter a saúde bucal dela e vai prolongar a vida dela” E7</i></p> <p><i>Os dentes tudo estragado eu estou apodrecendo de pé (risos) sobre os dentes a boca né, a gente é que nem aquele que diz assim a gente é que nem peixe, a gente morre pela boca. E16</i></p> |   |  |  |
| <b>Exame Clínico Bucal</b>  |   |   |  |  |
| <p>Biofilme visível (sim): 69,9% (n=86);</p> <p>Edêntulo: 56,1% (n=69);</p> <p>Dentados (1 ou mais dentes): 43,9% (n=54);</p> <p>Lesões de Carie (sim): 57,4%(n=31)</p> <p>Alteração de mucosa (sim): 8,9% (n=11)</p> |   |   |  |  |
| <b>Questionário Semi estruturado</b>  |   |   |  |  |
| <p>Faz/Recebe a limpeza da boca diariamente (sim): 75,6% (n=93);</p> <p>Necessita de auxílio para limpeza da boca (Sim): 45,5%(n=56);</p>   |   |   |  |  |
|   |   | <p>O cuidado a saúde bucal dos idosos domiciliados se restringe apenas na realização das atividades de rotina como a higiene bucal e manter uma dieta equilibrada. A maioria apresenta boa função oral e nutrição. A maioria não recebe visita do dentista da APS e não tem acesso à atenção odontológica no domicílio.</p> | <p>Apesar dos domínios do KCL demonstrarem uma boa saúde oral, o exame clínico demonstra uma saúde oral “ruim” principalmente para idosos com até um salário mínimo.</p> |  |

| RESULTADOS QUANTITATIVO<br>(N=123)  | RESULTADOS QUALITATIVOS<br>(N=45)   | META-INFERÊNCIAS  |  |     |
|---|---|---|--|-----|
| Dificuldade de acesso ao serviço odontológico (Sim): 32,5%(n=40)<br><br>Visita de dentista no domicílio (não): 83,7% (n=103)  |   |   |  |     |
| <b><i>Kihon Check List</i></b>  | <b>Cuidado a saúde geral</b>  | Para os idosos domiciliados e seus cuidadores o cuidado a saúde geral é suprimir as necessidades básicas como alimentação, medicação e prática de exercícios físicos. O <i>Kihon Check list</i> reforça esses achados quanto aos domínios função oral e nutrição. Há uma rotina de cuidados estabelecidos que precisam ser realizados todos os dias para manter o cuidado integral ao idoso/a. No entanto, a maioria dos idosos possuem risco de depressão, baixa função cognitiva e limitação em sair de casa. | O SUS como uma rede de cuidados a saúde não supre de forma integral todos os cuidados a saúde geral do idoso domiciliado, levando assim, a procura da esfera privada para a assistência médica e odontológica. | NÃO |
| <b>DFO*</b> : 46,3% (n=57) possuem função oral comprometida;<br><br><b>DNU</b> : 15,4% (n=19) têm baixo estado nutricional;<br><br><b>DSC*</b> : <b>69,8%</b> (n=86) têm limitação em sair de casa;<br><br><b>DH*</b> : 73,2% (n=90) têm risco de depressão;<br><br><b>DM</b> : <b>65,9% (n=81)</b> têm baixa função cognitiva; | 100%(n=37) relataram sobre cuidados a saúde geral.<br><br><i>“Da minha saúde eu cuido tomando o medicamento da pressão de como o médico manda direitinho, os banhos certo na hora certa, a gente tem que cuidar também e do alimento, da comida” ... E32</i><br><br><i>“Eu cuido de mim tomando os meus remédios e me alimentando” E17</i><br><br><i>“(...)tudo que eu precisei com SUS, tudo que eu precisei de coisas médicas eu consegui, eu só vou até a unidade solicito eu consigo e eu não tenho nada para reclamar né” ... E7</i> |   |  |     |
| <b>Questionário Semiestruturado</b>   | <b>Prestação de cuidados pela esfera privada</b>  | A prestação de serviços e cuidados da esfera privada é importante para suprir as lacunas do SUS e compensar a falta de acesso a APS.  | NÃO  | NÃO |
| Visita de dentista no domicílio (não): 83,7% (n=103)  | 56,7% (n=21) relataram em algum momento receber a prestação de serviços e cuidados pela esfera privada.   |   |  |     |



| RESULTADOS QUANTITATIVO<br>(N=123)   | RESULTADOS QUALITATIVOS<br>(N=45)  | META-INFERÊNCIAS   |     |     |
|--|--|--|-----|-----|
|  | <p><i>“Eu mesmo comprei o remédio na farmácia porque no postinho, eles não, eles não dão um remédio” E34</i></p> <p><i>“eu tenho dentista particular que eu vou precisa de 6 em 6 meses, se precisar eu vou antes”. E9</i></p> <p><i>“Nós temos um contrato com home care”... E21</i></p>  |  |     |     |
| <p><b><i>Kihon Check List;</i></b><br/>Questionário Semiestruturado</p>  | <p><b>Redes de apóio</b></p>   | <p>As redes de apoio têm função de não só cuidar do idoso domiciliado, mas também oferecer apoio e segurança aos cuidadores. Em casos em que as relações entre a família e as redes de apoio não bem estabelecidas, observa-se a repercussão negativa na qualidade e condições de vida do idoso domiciliado. Estes tendem a ser depressivos ou com frequente alteração de humor.</p> | NÃO | NÃO |
| <p>Visita a casa de seus amigos (sim): 25,2%(n=31);</p> <p>Conversa com seus familiares ou amigos (sim): 82,1%(n=101);</p> <p>Não faz compras no seu dia a dia sem a necessidade de ajuda: 97,6%(n=120);</p> <p>Necessitam de ajuda ou auxílio para realizar a higiene bucal: 45,5%(n=56).</p> | <p><i>“moro aqui com a minha filha, tem amizade com todos, não gosto de brigar com ninguém, não gosto de ferir ninguém, gosto de viver com bastante PAZ” E32</i></p> <p><i>“Eu não vou a nada, não falo com ninguém, não conheço ninguém não sei de nada”. E31</i></p> <p><i>“(…)o que mais dá resultado é o amor que eu sinto quando eu beijo, abraço quando eu digo que amo eu acho que ele reage melhor”. E36</i></p> <p><i>“Tem muitos vizinhos bons quando não dá para pegar o UBER ou qualquer coisa eles me ajudam e a minha filha de lá de João pessoa já manda o UBER para mim, ela</i></p> |  |     |     |

| RESULTADOS QUANTITATIVO<br>(N=123)   | RESULTADOS QUALITATIVOS<br>(N=45)  | META-INFERÊNCIAS  |     |     |
|--|--|---|-----|-----|
|  | <i>cuida mesmo de lá, fica cuidando da gente”.</i><br><b>E9</b>  |   |     |     |
| <b>ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO DOMICILIADO NO SUS</b>   |  |   |     |     |
| <i>Kihon Check List,</i><br>Condições Sociodemográficas  | Condição de saúde do idoso domiciliado e seus cuidadores   |   |     |     |
| <p><b>DFP*</b> 95,1%(n=117) possuem força física comprometida.</p> <p><b>DFO*:</b> 46,3% (n=57) possuem função oral comprometida;</p> <p><b>DNU:</b> 15,4% (n=19) têm baixo estado nutricional;</p> <p><b>DSC*:</b> <b>69,8%</b> (n=86) têm limitação em sair de casa;</p> <p><b>DH*:</b> 73,2% (n=90) têm risco de depressão;</p> <p><b>DM:</b> <b>65,9% (n=81)</b> têm baixa função cognitiva;</p> <p><b>-DEV*:</b> 89,4% (n=110) são idosos frágeis.</p> <p>Presença de cuidador (sim): 87% (n=107)</p> <p>Maior Tempo domiciliado: 1-4anos (52%;n=64)</p> <p>Faixa etária mais prevalente: 70-79 anos (34,9%; n=43).</p> | <p><i>“Dificuldade de locomoção, acamados, doenças sistêmicas”</i> <b>ED1</b></p> <p><i>“Idoso não desejar o tratamento ou achar que, por usar prótese, não precisa”</i> <b>ED4</b></p> <p><i>“O idoso com autonomia, muitas vezes julga que suas queixas não são importantes para não “incomodar”</i> <b>ED4</b></p> <p><i>“Capacidade de compreensão das orientações”</i> <b>ED6</b></p> <p><i>“Pouca importância para a saúde bucal (ou os edêntulos acreditam que não precisam mais do dentista”. ED7</i></p> <p><i>“Muitas vezes o idoso não dispõe do cuidado necessário, sendo negligenciado em vários aspectos, entre eles a saúde bucal”</i> <b>ED5</b></p> | <p>As condições de saúde do idoso domiciliado e dos seus cuidadores possui várias barreiras, primeira na perspectiva do idoso entre as quais dificuldade de locomoção condicionado pela fragilidade e comorbidades, falta de compreensão das orientações relacionado a memória e humor. 2. O Cuidador- negligenciando as orientações, os cuidados, pouca importância para a saúde bucal e falta de conhecimento sobre os serviços ofertados pelo SUS.</p> | NÃO | NÃO |

| RESULTADOS QUANTITATIVO<br>(N=123) | RESULTADOS QUALITATIVOS<br>(N=45)                          | META-INFERÊNCIAS |  |  |
|------------------------------------|--|------------------|--|--|
| <b>SEM DADOS**</b>                 | Processo de trabalho dos profissionais e Serviços de Saúde |                  |  |  |

DEV\*: Dimensão Estilo de Vida; DSC\*: Dimensão Socialização; DFF\*: Dimensão Força Física; DH\*: Dimensão Humor; DM\*:Dimensão Memória; DFO\*: Dimensão Função Oral; DNU\*: Dimensão Nutrição.

Fonte: Dados da pesquisa.

## 7 DISCUSSÃO

Compreender as condições de vida, saúde e saúde bucal das pessoas idosas que se encontram domiciliadas e atendidas pela APS foi o principal propósito deste estudo. Os resultados demonstraram idosos domiciliados dependentes, fragilizados, com risco de depressão, baixa função cognitiva, com limitação na socialização, saúde bucal comprometida e idosos desassistidos pela APS quanto aos serviços odontológicos. Também, evidenciou-se que esses idosos vivem em um contexto domiciliar destacado pela limitação de acessibilidade, de perdas de entes queridos, de medo e de dependência da cuidadora. Os cuidados de saúde bucal são dados pela rotina de higiene bucal. Os cuidados de saúde geral são realizados suprimindo as necessidades básicas da pessoa idosa como alimentação, medicação, higiene corporal e caminhadas, por exemplo. O padrão de acesso dos serviços é resultado das comorbidades apresentadas pelo idoso domiciliado, condição socioeconômica da família e do processo de trabalho dos profissionais e serviços ofertados pelo SUS ao longo da vida.

De acordo com estudos anteriores (AYALA; PUJOL; ABELLÁN, 2019; ORNSTEIN, Katherine A. *et al.*, 2015), evidencia-se que a maioria das pessoas idosas domiciliadas foram do sexo feminino, entre 70-79 anos de idade, com renda e nível de escolaridade baixa. Em contraste, um outro estudo mostrou que a maior prevalência dos domiciliados são do sexo masculino com renda e nível de escolaridade baixa (BORDIN *et al.*, 2020). Acredita-se que essa condição pode estar relacionada a uma significativa vulnerabilidade socioeconômica presente ao longo dos anos da vida nessas pessoas e resultado da desassistência e falta de acesso do SUS.

Estudos epidemiológicos e sobre saúde bucal e cuidados da higiene bucal em pessoas idosas domiciliadas são escassos e com tamanho amostral não representativo. Obstante, a maioria dos estudos reportados na literatura sobre a condição de saúde bucal da população idosa concentram-se nos idosos institucionalizados ou idosos que vivem de forma independente no domicílio (SILVA E FARIAS *et al.*, 2020; WONG; NG; LEUNG, 2019). Estes estudos apontam a precariedade da condição de saúde bucal da população idosa em geral (LIU *et al.*, 2021), e principalmente dos domiciliados (GLUZMAN *et al.*, 2013; SALMI *et al.*, 2022), os quais apresentam índices negativos de autopercepção da saúde bucal, mais

dificuldades de alimentação, mastigação e alta prevalência dos agravos de saúde bucal.

De igual modo, nesse estudo foram identificados problemas, tanto ocorridos no passado (perdas dentárias/edentulismo) como presentes (lesões de cárie não tratada, restos radiculares, biofilme visível, boca seca e alterações patológicas da mucosa bucal), que produzem limitações funcionais, incapacidades e demandam algum tipo de cuidado odontológico. Estudo representativo no Brasil apontou que a perda total dos dentes, presença de cálculo dentário e cárie radicular foram os principais agravos observados em idosos (SILVA *et al.*, 2016). Em contraste, observou menor ocorrência de carie dentária (SILVA *et al.*, 2016). Percentual menor de edentulismo (24%) foi observado em pessoas idosas norte-americanas domiciliadas. Porém, entre os dentados, 45,6% necessitavam de exodontia e 78,9% possuíam pelo menos um dente com lesão de cárie e 35,7% tinham pelo menos um resto radicular presente (GLUZMAN *et al.*, 2013). Em consistência com o nosso estudo, 82,5% tinham presença de placa visível (GLUZMAN *et al.*, 2013). Esse cenário é resultado de um modelo de cuidado à saúde bucal mutilador, centrado em práticas curativas, pouco preventivo e excludente das pessoas idosas, aliado a determinantes sociais (como baixa renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde, por exemplo), falta de integralidade no cuidado, articulação das ações, hábitos e comportamentos prejudiciais cumulativos ao longo da vida (LIU *et al.*, 2021).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Bucal prevê a redução de riscos de doenças e de agravos assegurando um acesso universal e igualitário às ações e serviços visando a promoção, proteção e recuperação de saúde. Entretanto, a atenção e cuidados a saúde bucal no SUS caracterizam-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, privilegiando ainda os escolares, por exemplo (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), e negligenciando a população idosa, especialmente os domiciliados (ABREU, 2016). Uma das atribuições da atenção básica é praticar o cuidado familiar (COUTINHO; TEIXEIRA, 2021; DUTRA; SANCHEZ, 2015), em contraste, os nossos resultados mostraram que mais de 83% das pessoas idosas domiciliadas cadastradas na APS não recebem a visita domiciliar do Cirurgião dentista, o que confirma a falta de priorização da atenção odontológica para a pessoa idosa (SILVA; GALVÃO; FREITAS, 2021). SILVA *et al.* (2016) também revelaram que a maioria dos idosos (62,4%) não recebiam visita do cirurgião dentista há mais de dois

anos. Esses números ficam ainda piores pela observação de que 96% nunca havia recebido a visita domiciliar do Cirurgião dentista após terem se tornado domiciliadas em média de 3,2 anos; 58,6% havia consultado o Cirurgião dentista há mais de 3 anos (GLUZMAN *et al.*, 2013). Em consonância com o nosso estudo, BONFÁ *et al.*, (2017) revelaram que ocorre a visita domiciliar dos profissionais da APS, principalmente do agente comunitário de saúde e do médico, entretanto, há ausência e desconhecimento sobre a atuação do Cirurgião dentista no domicílio. Em suma, pode-se confirmar que estar domiciliado implica em falta de acesso aos serviços de saúde bucal, já que resultados apontam que ampla maioria dos participantes relatou não ter realizado consulta nos 5 anos anteriores a pesquisa (DUTRA; SANCHEZ, 2015). Em contraste, no Brasil, idosos acamados realizam 4 ou mais consultas médicas por ano (BORDIN *et al.*, 2020), ocorrendo, portanto, um padrão de utilização bastante diferente. Sabendo que a condição de saúde bucal influencia na condição de saúde geral da pessoa idosa (GLUZMAN; MEEKER; AGARWAL, 2013; MIKAMI *et al.*, 2019; STRÖMBERG *et al.*, 2013) os resultados são um alerta para a conjuntura de vulnerabilidade na situação de saúde dessa população.

A falta do cuidado de higiene bucal observado nesse estudo pode estar associada as limitações físicas e dependências observadas nessa população de idosos, destacando que dos 75% das pessoas domiciliadas que precisam de ajuda para realizar a higiene bucal, não recebem ou fazem os cuidados da higiene bucal diariamente, de igual modo aos idosos domiciliados que tiveram problemas de saúde bucal e não podem sair para resolve-los. O sexo masculino está associado a nunca ter visitado um Cirurgião dentista (SILVA *et al.*, 2016). Em consistência, os achados do nosso estudo revelam que o mesmo sexo apresentou maior porcentagem dos que não fazem ou recebem higiene bucal diariamente. Segundo SILVA *et al.*, (2016), essa associação sugere descuido e menosprezo com a saúde bucal, em geral, por parte dos homens em detrimento das mulheres, aliado aos hábitos e a padrão de utilização de serviços de saúde e saúde bucal e as suas repercussões ao longo da vida. Também, esse descuido pode ser explicado pela falta de atenção e supervisão das cuidadoras, já que estas possuem uma sobrecarga exacerbada de trabalho, problemas psicológicos e físicos oriundos do processo de cuidar (DE SÁ NEVES LOUREIRO *et al.*, 2013; VECHIA *et al.*, 2019). Nesse sentido, exalta-se sobre a necessidade de elaboração de novas estratégias e políticas públicas de cuidado à saúde bucal das pessoas idosas domiciliadas, para que sejam impactados

positivamente os indicadores de saúde, saúde bucal e qualidade de vida. Também, recorda-se a necessidade de cuidadores/familiares serem devidamente orientados e treinados sobre cuidados de rotina à saúde bucal no que concerne ao manejo e higiene de dentes, próteses e mucosa bucal.

O envelhecimento da população mundial é a tendência de desenvolvimento no mundo (DIBELLO *et al.*, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Em 2025, estima-se que a população mundial com 60 anos ou mais atinja mais de 1,2 bilhões de pessoas idosas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Observa-se um aumento proporcional das doenças crônicas e declínio de qualidade de vida, saúde bucal e saúde geral ao longo da vida das pessoas idosas, principalmente as domiciliadas. A má saúde bucal pode afetar a saúde geral (vice-versa) e conseqüentemente comprometer a qualidade da vida dessas pessoas (LIU *et al.*, 2021). Nesse sentido, aumenta a necessidade de cuidados domiciliares, já que estes estão cada vez mais retendo os próprios dentes, aumentando o risco de doenças bucais, e novos desafios na manutenção e da assistência à saúde bucal (KOISTINEN RDH *et al.*, 2019). Também, estar domiciliado foi considerado um fator de risco para condições de cuidados de longo prazo e mortalidade (MORISHITA *et al.*, 2021).

A fragilidade, limitações físicas, dependências de cuidados são as principais características dos idosos domiciliados participantes neste estudo. Em corroboração com o nosso estudo, MIKAMI *et al.*, (2019) observaram a diminuição da frequência dos idosos domiciliados a sair de casa. Essa diminuição de frequência em sair de casa pode estar associado a múltiplas comorbidades apresentadas pelos idosos participantes nesse estudo, senilidade e limitação na acessibilidade. Para o MIKAMI *et al.*, (2019), a diminuição da frequência em sair da casa pode resultar em diminuição da função física, tendência à depressão, “limitação a casa” e restrição das atividades sociais. Ainda, ressalta que a restrição do idoso no domicílio carece de cuidados a longo prazo e a morte. Em nosso estudo, a dimensão da função oral no KCL não foi considerada como variável para avaliação da saúde bucal das pessoas idosas domiciliadas, nem foi observado a sua associação estatística com a frequência de sair, mas destaca-se o resultado desse domínio, já que se apresentou comprometida para um número bem significativo de idosos (53,7%). Os itens dificuldade de mastigação de alimentos duros e desconforto com a boca seca do domínio função oral do KCL foram associados a diminuição da frequência de sair e a desnutrição

(HIRONAKA *et al.*, 2020). Em contraste ao estudo de MIKAMI *et al.*, (2019), 84,6% dos idosos no nosso estudado têm uma boa nutrição segundo KCL. Esse achado foi relacionado com fato de maioria dos idosos domiciliados apresentar boa função oral (53,7%) e possuir um cuidador diariamente em domicílio (87%). Estudo longitudinal com acompanhamento de 4 anos, mostrou que possuir dificuldade de mastigação e ter menos de 20 dentes remanescentes e sem próteses são condições preditoras para a restrição domiciliar. Esse efeito também foi visto de forma reversa, indicando que estar domiciliado no início do estudo previu a dificuldade de mastigação no acompanhamento. Por outro lado, entre os participantes com 75 anos ou mais, não foi observada associação significativa entre saúde bucal e restrição domiciliar(KOYAMA *et al.*, 2016).

Estudos mostraram incidência de quedas e incapacidade funcional associados com a saúde bucal em idosos(BASTOS *et al.*, 2021). Nosso estudo revelou que mais da metade dos idosos domiciliados (52,8%) tiveram ao menos uma queda no último ano e sente medo de cair (68,3%), conseqüentemente, quase todos tiveram o domínio da força física comprometida. As quedas são um evento multifatorial que envolve fatores intrínsecos e extrínsecos. Fatores intrínsecos mais prevalentes associados a queda em idosos foram alteração de equilíbrio, dificuldade para caminhar e fraqueza muscular. Fatores extrínsecos foram calçados inadequado, pisos escorregadios e irregulares, e degrau alto (OLIVEIRA *et al.*, 2014; RODRIGUES; SILVA, 2012). Ressalta-se que todos os participantes desse estudo são domiciliados e frágeis, essas circunstâncias da vida associadas a múltiplas comorbidades e senescência podem favorecer o comprometimento da força física, aumentar o risco de queda, risco de depressão e comprometimento da função cognitiva.

A análise bivariada entre os domínios do KCL e os cuidados de saúde bucal não revelou diferenças estatísticas significativas. Essa evidencia pode ser justificada pelo fato de maioria dos participantes do estudo possuírem idade avançada. MIKAMI *et al.*, (2019) não observou associação significativa entre saúde bucal e restrição domiciliar em idosos de 75 anos ou mais.

Observou-se que as categorias contexto no domicílio, o cuidado a saúde e atenção à saúde bucal do idoso domiciliado estão intimamente interligados para



compreender o idoso na perspectiva de cuidados de saúde e saúde bucal, e acesso dos serviços ofertados pelo SUS.

Na categoria contexto do idoso no domicílio foram articuladas quatro subcategorias que permeiam a vida da pessoa idosa domiciliada: limitação na acessibilidade, perdas de entes queridos, medo de sair de casa e dependência do cuidador. **Limitação na acessibilidade** define quanto os idosos domiciliados encontram barreiras para sair do domicílio. As cidades estão projetadas para as pessoas mais jovens que não apresentam nenhuma dificuldade de locomoção ou mobilidade reduzida, também é comum encontrar calçadas irregulares e ou com buracos, barreiras físicas e técnicas em centros de saúde, hospitais, supermercados, praças e espaços de lazer(JÚNIOR *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2014). Em nosso estudo, a maioria dos idosos domiciliados entrevistados relataram ter limitações na acessibilidade, o fato que se confirmou a partir do KCL, evidenciando que a maioria dos idosos domiciliados têm limitação em sair de casa, possuem força física comprometida, não saem de casa mais do que uma vez por semana e têm saído menos no último ano. Todos os idosos que relatam limitação na acessibilidade diminuíram a sua frequência de sair no último ano. Essa convergência pode ser explicada pelo fato de as pessoas idosas apresentarem baixa força física e fragilidade em um ambiente de muitas barreiras físicas. Estudo mostra a associação de barreiras físicas com a frequência da queda em idosos(OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Entretanto, o contexto das pessoas idosas no domicílio é marcado por **perdas de entes queridas**. Ao longo da vida, essas pessoas experimentaram várias perdas de pessoas pela qual tem laços afetivos, e por fim, passam por processos de lutos. Aqueles que não conseguem superar a perda entram em momento de profundo tristeza influenciando negativamente o percurso da vida. As pessoas idosas domiciliadas que relataram a perda de entes queridos, se demonstraram apresentar baixa função cognitiva, risco de depressão e socialização. Também, não conversam com os seus familiares e estão insatisfeitos com a sua vida diária. As perdas não envolvem somente casos de morte, mas também situações de abandono familiar e falta de afeto. O efeito perturbador das perdas depende muito do significado atribuído(RODRIGUES; SILVA, 2012). Esse significado é resultado da crença de autoeficácia do idoso e do quanto ele se percebe estimado por outras pessoas(KARLINSKI; FRASSETTO, 2013). Essas situações potencializam o

sinergismo da dependência e o comprometimento das atividades da vida diária, favorecendo o isolamento no próprio domicílio. Nesse sentido, é de suma importância identificar essa população, elaborar estratégias de enfrentamento de luto com foco em pessoas idosas no contexto domiciliar.

**Medo de sair de casa** foi um fenômeno comum entre os idosos no contexto domiciliar. Ele representa uma ambiguidade, as vezes relacionado com segurança e bem-estar, outras, um sentimento de isolamento. A maioria dos idosos domiciliados que relataram medo de sair de casa possuem força física comprometida, socialização limitada, risco de depressão e sentem medo de cair, principalmente. Em consistência com o nosso estudo, a literatura aponta que idosos domiciliados apresentavam dificuldades em realizar as atividades básicas da vida diária, também reportaram dificuldades de mobilidade, especialmente para subir ou descer escadas e caminhar fora de casa, indicando que o comprometimento dos domínios da força física e/ou humor interferia nas atividades sociais(SEWO SAMPAIO *et al.*, 2014). Estudo alerta que a capacidade funcional não é condição determinante para restrição do idoso em domicílio, pois, dependendo dos serviços de saúde que recebem, eles podem melhorar a sua capacidade funcional(SATAKE *et al.*, 2016; SEWO SAMPAIO *et al.*, 2014). Essa convergência é resultado de múltiplos fatores que favorecem à permanência demasiada do idoso em seu domicílio como a senilidade, comorbidades e as barreiras físicas relacionadas as limitações na acessibilidade.

A maioria dos entrevistados relataram ter **Dependência do cuidador**, o que foi confirmado por KCL, apresentando um perfil de fragilidade, de limitação na socialização, comprometimento da força física e das atividades instrumentais da vida diária. Em consonância com a literatura, em nosso estudo, a oferta do cuidado é realizada por um membro familiar não remunerado, uma mulher. Esta supri as necessidades, acompanhando e auxiliando nas atividades diárias(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Dada a transformação do perfil demográfico da população mundial, e especialmente a Brasileira, com o aumento da expectativa de vida somada a múltiplas comorbidades presentes nessa população, essa convergência ressalta o cuidado integral a pessoa idosa domiciliada e convida a repensar as prioridades quanto a acesso ao cuidado de saúde da pessoa idosa e a arquitetura urbanística das cidades de modo que o idoso possa ter maior tempo de independência possível. A Política Nacional de Saúde do Idoso(BRASIL. MINISTÉRIO

DA SAÚDE, 2014) enseja a permanência do idoso em seu meio familiar. Entretanto, manter o idoso fragilizado sob os cuidados familiares, pelo maior tempo necessário é possível somente com recursos, infraestrutura e apoio disponível, especialmente de um cuidador e equipamentos específicos para a realização das atividades da vida diária(COHEN-MANSFIELD; SHMOTKIN; HAZAN, 2012; JAUL *et al.*, 2018)

Apesar da condição de domiciliado, percebe-se a necessidade do cuidado constante dos participantes no nosso estudo. Foi possível revelar que o **cuidado do idoso domiciliado** integra não somente a saúde bucal e a saúde geral, mas também a prestação de cuidados privados e principalmente as redes de apoio. Aqueles considerados totalmente dependentes – sua rotina de cuidados gerais e bucais depende integralmente do seu cuidador- ou parcialmente dependentes – necessitam de auxílio ou apenas supervisão do cuidador(ABDI *et al.*, 2020). Para os **cuidados de saúde bucal**, em nosso estudo, destacou-se os cuidados de rotina diária e de assistência odontológica. Em consonância com o KCL, a maioria dos idosos domiciliados possuem boa função oral e um bom estado nutricional autorreferido. Essa convergência foi suportada pela literatura, já que os cuidados a saúde bucal devem abranger além de suporte às rotinas de higiene bucal e assistência odontológica, também suporte para alimentação e nutrição(MORISHITA *et al.*, 2001). Estudo revelou independência da higiene bucal e a sua realização diária em maioria das pessoas idosas (MASOOD *et al.*, 2017) Quando os idosos se tornam frágeis e dependentes de cuidados, o autocuidado, incluindo a higiene bucal, geralmente diminui, o que os coloca em alto risco de desenvolver doenças bucais. Por outro lado, idosos dependentes são mais frequentemente e mais gravemente afetados por doenças bucais(HENNI *et al.*, 2022).

O presente estudo apresentou condição de saúde bucal ruim, ao exame clínico. A falta de necessidade de saúde bucal autorreferida foi considerada uma barreira para o cuidado de saúde bucal(BAKKER *et al.*, 2020; KAILEMBO; PREET; WILLIAMS, 2018) Além disso, o acesso dos serviços de saúde odontológicos por idosos domiciliados é limitado devido à falta de percepção da necessidade de cuidados e medo(MORISHITA *et al.*, 2001). Dessa forma, percebe-se como é necessário conhecer a realidade e condições de cada idoso pertencente a esse grupo para que o cuidado seja condizente e adaptado às suas necessidades. A divergência nesse estudo pode ser justificada, pelo fato de que os serviços de saúde bucal não devem ser prestados apenas em resposta à demanda, mas sim organizados, planejados e

desenvolvidos para oferecer cuidados contínuos e adequados a população idosa, principalmente aqueles domiciliados. Assim, essa população requer práticas de saúde bucal que substituam o enfoque clínico e procedimental(DUTRA; SANCHEZ, 2015), necessitam da atuação da Estratégia da Saúde Básica (ESB) da APS a fim de capacitar corretamente os cuidadores, promover saúde e monitorar as condições bucais dos idosos domiciliados(DE MORAES; COHEN, 2021). No entanto, atenção especializada não está presente nesses domicílios durante as visitas domiciliares. Assim, nota-se desassistência institucional acerca do cuidado à saúde bucal.

Para os idosos domiciliados e os seus cuidadores, o **Cuidado a saúde geral** foi suprimir as necessidades básicas como alimentação, tomar medicação e prática de exercícios físicos, por exemplo. Os resultados do KCL reforçam esses achados quanto aos domínios função oral e nutrição. E mostra fraqueza nos domínios de humor, socialização, memória e estilo de vida. Estudos mostram relação de estado de saúde geral e saúde bucal (vice-versa)(ÁSTVALDSDÓTTIR *et al.*, 2018). Estudo examinou e comparou a associação entre saúde bucal e saúde geral em três bancos de dados transnacionais de idosos que recebem serviços de cuidados domiciliares de longa duração e concluiu que os idosos com problemas de saúde bucal eram mais propensos a sofrer de problemas de saúde geral(DE ALMEIDA MELLO *et al.*, 2019). Também, foram observadas associações entre dificuldade de mastigação e atividades de vida diária, memória, humor e problemas de saúde(DE ALMEIDA MELLO *et al.*, 2019). Fatores como origem raça, idade, sexo, nível socioeconômico e grau de cuidados necessários podem ter impacto nos cuidados de saúde(HENNI *et al.*, 2022). Apesar dos participantes desse estudo apresentarem frágeis, dependentes e com múltiplas comorbidades, a convergência dos nossos resultados quantitativos e qualitativos ilustram a prática e a vivência dos idosos domiciliados, revela a interdependência dos cuidados de saúde geral e bucal (vice-versa), a desassistência e falta de acesso aos serviços de saúde.

Para a subcategoria **condição de saúde do idoso domiciliado e seus cuidadores**, os achados qualitativos revelaram um perfil de idosos acamados, com condições sistêmicas comprometidas, dificuldade de locomoção e que dão pouca importância a saúde bucal. Na perspectiva dos cuidadores, percebe-se pouca capacidade de compreensão das orientações da saúde bucal e as vezes negligenciado e dado pouca importância. Esses achados refletem no comprometimento dos domínios do KCL. Essa convergência foi sustentada pela

literatura que aponta múltiplas comorbidades na população idosa domiciliada (ALMEIDA CARNEIRO *et al.*, 2016), sobrecarga dos cuidadores que na maioria são mulheres informais, com desconforto emocional e abandonos de si mesmo para cuidar do outro (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016), e limitação de acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA CARNEIRO *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016). As ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação preconizadas pela atenção domiciliar fazem sentido, se integradas ao contexto da estrutura familiar, a infraestrutura domiciliar e os serviços de saúde.

Entretanto, **o processo de trabalho dos profissionais e serviços de saúde de SUS** deve ser dinamizado de acordo com as demandas da assistência domiciliar. Os principais relatos nessa subcategoria foram falta de meio de transporte, do equipo odontológico, sobrecarga do trabalho e falta de planejamento das ações para a realização do cuidado domiciliar. Vale ressaltar que os cuidados domiciliares trazem implicações que requerem ensino e um serviço voltado para a reorganização das práticas de saúde no contexto domiciliar. Assim, os gestores, os profissionais de saúde, a sociedade, os usuários individual e coletivamente precisam ter clareza e responsabilidades na produção do cuidado e na organização de um sistema de assistência eficaz e eficiente, de acordo com os princípios, organização e ações em saúde no atendimento domiciliar à saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Esses relatos confirmam a desassistência observada nesse estudo.

A desassistência e falta de acesso aos serviços públicos de saúde encorajou 83,7% dos idosos domiciliados nesse estudo a procurarem em algum momento das suas vidas a **prestação de cuidados pela esfera privada**. A procura de cuidados de saúde prestados da esfera privada visa suprir as lacunas deixadas pelo SUS. O modelo de prestação de cuidados mais ofertado é o *home care*. Na população do nosso estudo, suspeita-se que essa condição é mais comum entre as pessoas com renda per capita com mais de três salários mínimos. Essa convergência mostra o quanto importante implementar na prática a política nacional do idoso, regida pela Lei 8.842/94, que garante ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS e criar serviços alternativos de saúde para o idoso, de modo a prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, diminuir as desigualdades vistas nessa população e garantir o direito de convivência familiar.

A **rede de apoio social** tem a função de não só cuidar do idoso domiciliado, mas também oferecer apoio e segurança aos cuidadores. KCL mostra que a maioria

das atividades da vida diária das pessoas domiciliadas são realizadas pelos cuidadores, familiares e ou amigos. Acerca da origem do cuidado, ele vem de dentro do domicílio, pela presença do cuidador/familiar e também de fora, dos amigos e pela assistência do SUS e a ESF, principalmente para a aquisição de medicamentos. Segundo a legislação Brasileira é dever da família, da comunidade e do Estado o cuidado com as pessoas idosas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2018). Há evidências que mostram a suscetibilidade aumentada as doenças com a ruptura dos laços sociais(RODRIGUES; SILVA, 2013). A convergência dos achados qualitativos e quantitativos mostram idosos depressivos, com alteração frequente de humor e comprometimento das atividades da vida diária, essa repercussão negativa observa-se em casos em que as relações entre a família e o idoso, família e redes de apoio e redes de apoio e família (vice-versa), não estão bem estabelecidas. As redes de apoio sociais são mobilizadas cotidianamente em contextos específicos favorecendo a integração social do idoso, contribuir para que se sintam queridos, valorizados e tenham o sentimento de pertença a um grupo(AFONSO, 2015). Assim, as redes de apoio social tem a principal função de diminuir os sentimentos de solidão, isolamento e anonimato. Assim, melhorar as condições de vida e saúde dessa população restrita a domicílio, provocada pelas múltiplas comorbididades, perdas de entes queridas e carências afetivas desenvolvidas ao longo da vida.

O presente estudo apresenta limitações decorrentes da estratégia de amostragem por conveniência, das perdas amostrais e da impossibilidade de seu seguimento devido à pandemia da covid-19. Em não sendo representativo para o município, os dados não podem ser generalizados. Também não foram exploradas, nesta pesquisa, as práticas assistenciais atualmente realizadas pela APS para os participantes, para além da visita domiciliar. Isso seria interessante de ser investigado para a melhor compreensão do contexto de cuidado da pessoa idosa. Sugere-se a continuidade de estudos sobre a saúde bucal dos idosos domiciliados para que se construam as melhores evidências sobre práticas de cuidado à saúde bucal neste contexto e população, nos serviços públicos de saúde, que repercutam em melhores indicadores de saúde e bem-estar.

## 8 CONCLUSÃO

Conclui-se que as convergências entre as categorias quantitativas, condições da saúde bucal e as dimensões do *Kihon Checklist* foram importantes para compreender as condições de vida, saúde e saúde bucal das pessoas idosas domiciliadas e imprescindíveis para fornecer subsídios que possam repensar melhorias no cuidado integral a essa população.

As pessoas idosas domiciliadas apresentaram-se frágeis e precária condição de saúde bucal, pela presença de problemas bucais que demandam intervenção, como restos radiculares, lesões de cárie não tratadas, mobilidade dental e presença de biofilme. Também, apresentaram limitação na socialização, risco de depressão, baixa função cognitiva e baixa força física. Consideram-se pessoas que possuem limitação na acessibilidade, dependentes de cuidadores sobrecarregados para a prestação dos cuidados de saúde bucal e geral, têm medo de sair de casa.

Observou-se a necessidade de atendimento odontológico e cuidados com a saúde bucal no domicílio de modo contínuo. No âmbito dos serviços públicos de saúde, sugere-se a plena incorporação do cuidado à saúde bucal no domicílio por meio de ações desenvolvidas na atenção primária, pelas equipes de saúde e saúde bucal. Atenta-se também para a necessidade de investimento nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais ao longo da vida, evitando o acúmulo de necessidades odontológicas na complexa situação de estar domiciliado, em idade mais avançada. Nesse sentido, sugere-se mais estudos de acompanhamento para melhor compressão da necessidade de cuidados dessa população.

## REFERÊNCIAS

ABDI, Sarah *et al.* Correction to: Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 23, 2020.

ABREU, Gracielle Karla Pampolim. **Política nacional de saúde da pessoa idosa: discutindo o perfil sócio demográfico, econômico e funcional de idosos restritos ao lar**. 2016. 2 f. - EMESCAM, [s. l.], 2016.

AFONSO, Cláudia. **A integração do idoso na sociedade – o papel das redes sociais**. 2015. 126 f. - Instituto Politecnico de Bragança, [s. l.], 2015.

ALMEIDA CARNEIRO, Jair *et al.* Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Ver Bras Enferm**, [s. l.], v. 69, n. 3, p. 435–477, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304i>.

ÁSTVALDSDÓTTIR, Álfheiður *et al.* Oral health and dental care of older persons-A systematic map of systematic reviews. **Gerodontology**, [s. l.], v. 35, p. 290–304, 2018. Disponível em: <http://www.crd>.

AYALA, A.; PUJOL, R.; ABELLÁN, A. Prevalencia de personas mayores confinadas em su hogar em España. **Medicina de Familia. SEMERGEN**, [s. l.], v. 44, n. 8, p. 562–571, 2019.

BAKKER, M H *et al.* Self-reported oral health problems and the ability to organize dental care of community-dwelling elderly aged  $\geq 75$  years. **BMC Oral Health**, [s. l.], v. 20, n. 185, p. 1–9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01175-7>.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. [S. l.: s. n.], 2011-. ISSN 17549469.v. 7  
Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/269107473\\_What\\_is\\_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil](https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil)



wars\_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625.

BASTOS, Roosevelt Silva *et al.* Frailty and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. **Brazilian Oral Research**, [s. l.], v. 35, p. 1–13, 2021.

BONFÁ, Karla *et al.* Perception of oral health in home care of caregivers of the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 650–659, 2017.

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**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 1–13, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. [S. l.: s. n.], 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. xxxed. Brasília: [s. n.], 2014. *E-book*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf)

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. [S. l.], 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 29 ago. 2022.

BRESSAN, Valentina *et al.* Mixed-methods research in nursing – a critical review. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], v. 26, p. 2878–2890, 2016.

CALABRESE, Joseph M *et al.* Using the GOHAI to assess oral health status of frail homebound elders: reliability, sensitivity, and specificity. **Special Care in Dentistry**, [s. l.], v. 19, n. 5, p. 214–219, 1999.

CAMPOS, Lucas. Integração De Dados Em Pesquisas De Métodos Mistos : Desafio E. [s. l.], p. 3–5, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/WDgMcQxRLvmjQrwbQVMkb7K/?lang=pt&format=pdf>.

CÂNDIDA, Maria *et al.* A integralidade da assistência à criança na percepção do aluno de Graduação em Enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 65, n. 1, p. 56–64, 2012.

CHALMERS, J M; ETTINGER, R L. Public Health Issues in Geriatric Dentistry in the United States. **The Dental Clinics Of North America**, [s. l.], v. 52, p. 423–446, 2008.

COHEN-MANSFIELD, Jiska; SHMOTKIN, Dov; HAZAN, Haim. Homebound older persons: Prevalence, characteristics, and longitudinal predictors. **Arch Gerontol Geriatr**, [s. l.], v. 1, n. 54, p. 55–60, 2012.

COUTINHO, Larissa Brito Késia; TEIXEIRA, Francisco Bruno. Atenção domiciliar: Desafios para a promoção da saúde de idosos. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 2021, p. 1–6, 2021.

COUTO, Alcimar Marcelo do; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de; CALDAS, Célia Pereira. Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 76, 2016.

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicky L. Plano. **Pesquisa de Métodos Mistos**. [S. l.: s. n.], 2011.

DA SILVA, Bruno Neves. **INTERSEÇÕES ENTRE QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA EM MULHERES RURAIS: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS**. 2015. 37–72 f. [s. l.], 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/269107473\\_What\\_is\\_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars\\_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625](https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625).

DE ALMEIDA MELLO, Johanna *et al.* Cross-Country Validation of the Association

Between Oral Health and General Health in Community-Dwelling Older Adults. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 20, n. 9, p. 1137-1142.e2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.020>.

DE MORAES, Liliane Barbosa; COHEN, Simone Cynamon. acamados domiciliados cadastrados em unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Teresópolis / RJ. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 1–19, 2021.

DE SÁ NEVES LOUREIRO, Lara *et al.* Burden in family caregivers of the elderly: Prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. **Revista da Escola de Enfermagem**, [s. l.], v. 47, n. 5, p. 1129–1136, 2013.

DENT, Elsa; KOWAL, Paul; HOOGENDIJK, Emiel O. European Journal of Internal Medicine Frailty measurement in research and clinical practice : A review. **European Journal of Internal Medicine**, [s. l.], v. 31, p. 3–10, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2016.03.007>.

DIBELLO, Vittorio *et al.* Oral frailty and its determinants in older age: a systematic review. **The Lancet Healthy Longevity**, [s. l.], v. 2, n. 8, p. e507–e520, 2021. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00143-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00143-4).

DUTRA, Cássia Eneida Souza Vieira; SANCHEZ, Heriberto Fiuza. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 179–188, 2015.

FIGUEIREDO, Daniela De Rossi *et al.* Multidimensional measures validated for home health needs of older persons : A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 77, p. 130–137, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.013>.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. The practice of home assistance by family health strategy professionals. **Texto Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 645–653, 2006.

GLUZMAN, R. *et al.* Oral health status and needs of homebound elderly in an urban home-based primary care service. **Special Care in Dentistry**, [s. l.], v. 33, n. 5, p. 218–226, 2013.

GLUZMAN, R; MEEKER, H; AGARWAL, P. Oral health status and needs of homebound elderly in an urban home-based primary care service. **Special Care Dentistry**, [s. l.], v. 33, n. 5, p. 218–226, 2013.

HASEGAWA, Yoko *et al.* Relationship between oral environment and frailty among older adults dwelling in a rural Japanese community : a cross- sectional observational study. **BMC Oral Health**, [s. l.], p. 1–6, 2019.

HENNI, Silje Havrevold *et al.* Oral health and oral health-related quality of life among older adults receiving home health care services: A scoping review. **Gerodontology**, [s. l.], v. 00, p. 1–11, 2022.

HIRONAKA, Sanae *et al.* Association between oral, social, and physical frailty in community-dwelling older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, [s. l.], v. 89, n. May, p. 104105, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104105>.

HORIBE, Yasuhiro *et al.* A 2- - year longitudinal study of the relationship between masticatory function and progression to frailty or pre- - frailty among community- - dwelling Japanese aged 65 and older. **Oral Rehabilitation**, [s. l.], v. 45, p. 864–870, 2018.

JAUL, Efraim *et al.* An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–11, 2018.

JÚNIOR, Renato Campos Freire *et al.* Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga, MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 541–558, 2013.

KAILEMBO, Alexander; PREET, Raman; WILLIAMS, Jennifer Stewart.

Socioeconomic inequality in self-reported unmet need for oral health services in adults aged 50 years and over in China, Ghana, and India. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1–14, 2018.

KALKHORAN, SARA; BENOWITZ, NEAL L .; RIGOTTI, Nancy A. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. **Revista del colegio americano de Cardiologia**, [s. l.], v. 72, n. 23, p. 2964–2979, 2018.

KAMIJO, Shingo *et al.* Trends in domiciliary dental care including the need for oral appliances and dental technicians in Japan. **Journal of Oral Science**, [s. l.], v. 60, n. 4, p. 626–633, 2018.

KARLINSKI, Luciane Patrícia Boratti; FRASSETTO, Silvana Soriano. A percepção de idosas acerca das crenças de autoeficácia e envelhecimento saudável. **Aletheia**, [s. l.], n. 42, p. 51–61, 2013.

KERA, Takeshi *et al.* Classification of frailty using the Kihon checklist: A cluster analysis of older adults in urban areas. **Geriatrics Gerontology**, [s. l.], v. 17, p. 69–77, 2017.

KOISTINEN RDH, Susanne *et al.* Oral health and oral care in short-term care: prevalence, related factors and coherence between older peoples' and professionals' assessments. **Scandinavian Journal of Caring Sciences published**, [s. l.], v. 33, p. 712–722, 2019.

KOYAMA, Shihoko *et al.* Does poor dental health predict becoming homebound among older Japanese?. **BMC Oral Health**, [s. l.], p. 1–9, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0209-9>.

LIU, Wen Yi *et al.* Oral health diseases among the older people: a general health perspective. **Journal of Men's Health**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 7–15, 2021.

LMO, J Osep G Arre *et al.* Prevalence of frailty phenotypes and risk of mortality in a

community-dwelling elderly cohort. **Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society**, [s. l.], v. 42, p. 46–51, 2013.

MASOOD, Mohd *et al.* The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. **Journal of Dentistry**, [s. l.], v. 56, p. 78–83, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2016.11.002>.

MELLO, Ana Lúcia Ferreira; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Investigando O Cuidado À Saúde Bucal De Idosos Utilizando a Teoria Fundamentada Nos Dados. **Rev Latino-Americano Enfermagem**, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 1–6, 2007.

MENDES, Barbosa; LIMA, Josiane; MANCUSSI, Ana Cristina. A situação social do idoso no Brasil : uma breve consideração \*. **ACTA Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 422–426, 2005.

MENDES, Rosana Maria; MISKULIN, Rosana Giaretta Sguerra. A Análise de Conteúdo como Metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v. 47, n. 165, p. 1044–1066, 2017.

MIKAMI, Yurie *et al.* Association between decrease in frequency of going out and oral function in older adults living in major urban areas. **Geriatrics and Gerontology International**, [s. l.], v. 19, n. 8, p. 792–797, 2019.

MORISHITA, Masayuki *et al.* Oral health care status of homebound elderly in Japan. **Journal of Oral Rehabilitation**, [s. l.], v. 28, p. 717–720, 2001.

MORISHITA, Shiho *et al.* Relationship between Mortality and Oral Function of Older People Requiring Long-Term Care in Rural Areas of Japan: A Four-Year Prospective Cohort Study. **Environ. Res. Public Health**, [s. l.], v. 18, p. 1–13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041723>.

OLIVEIRA, Adriana Sarmiento de *et al.* Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 637–645, 2014.

ORNSTEIN, Katherine A. *et al.* Epidemiology of the homebound population in the United States. **JAMA Internal Medicine**, [s. l.], v. 175, n. 7, p. 1180–1186, 2015.

ORNSTEIN, Katherine A *et al.* Significant Unmet Oral Health Needs of Homebound Elderly Adults. **Dental and oral health**, [s. l.], v. 63, n. 01, p. 151–157, 2015.

PAGOTTO, Valéria I *et al.* Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos Calf circumference: clinical validatPagotto, V. I., Ferreira dos Santos, K. I., Gomes Malaquias, S. I., Márcia Bachion, M. I., &

Aparecida Silveira, E. I. (2018). **Rev Bras Enferm [Internet]**, [s. l.], v. 71, n. 2, p. 343–350, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/reben/a/BZQqBLmt46YRZCqvTxCHMJH/?format=pdf&lang=pt#:~:text=O ponto de corte para,gitudinal da panturrilha\(33\)](https://www.scielo.br/j/reben/a/BZQqBLmt46YRZCqvTxCHMJH/?format=pdf&lang=pt#:~:text=O ponto de corte para,gitudinal da panturrilha(33)).

PARANHOS, Ranulfo *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, [s. l.], v. 18, n. 42, p. 384–411, 2016.

PORTO, Albano *et al.* Dentists ' perceptions and barriers to provide oral care for dependent elderly at home , long-term care institutions or hospitals. **Brasilian Journal Of Oral Sciences**, [s. l.], v. 17, p. 1–10, 2018.

ROCHA, Danielle Aline; MIRANDA, Alexandre Franco. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos : uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde : revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 181–189, 2013.

RODRIGUES, Adriana Guimarães; SILVA, Ailton Amélio. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Interamerican Journal of Psychology**, [s. l.], v. 46, n. 3, p. 403–412, 2013.

RODRIGUES, Adriana Guimarães; SILVA, Ailton Amélio. Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados. **Interamerican Journal of Psychology**, [s. l.], v. 46, n. 3, p. 403–412, 2012.

ROSA, Walisete De Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência 1. **Rev Latino-Americano Enfermagem**, [s. l.], v. 13, n. 6, p. 1027–1034, 2005.

SALMI, Riikka *et al.* Perceived oral health and oral health behaviours among home-dwelling older people with and without domiciliary care. **Gerodontology**, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 121–130, 2022.

SAMPAIO, Yukari Priscila Sewo *et al.* Systematic review of the Kihon Checklist: Is it a reliable assessment of frailty?. **Geriatrics Gerontology**, [s. l.], v. 16, p. 893–902, 2016.

SAMPAIO, Priscila Yukari Sewo *et al.* Validation and translation of the Kihon Checklist ( frailty index ) into Brazilian Portuguese. **Geriatrics Gerontology**, [s. l.], v. 14, p. 561–569, 2014.

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al.* Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 52, n. 0, p. 1–9, 2018.

SATAKE, Shosuke *et al.* Validity of the Kihon Checklist for assessing frailty status. **Geriatrics Gerontology**, [s. l.], v. 16, p. 709–715, 2016.

SATAKE, Shosuke; SHIMOKATA, Hiroshi. Validity of Total Kihon Checklist Score for Predicting the Incidence of 3-Year Dependency and Mortality in a Community-Dwelling Older Population. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 552.e1-552.e6, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.03.013>.

SEWO SAMPAIO, Priscila Yukari *et al.* Systematic review of the Kihon Checklist: Is it a reliable assessment of frailty?. **Geriatrics and Gerontology International**, [s. l.], v. 16, n. 8, p. 893–902, 2016.

S

SEWO SAMPAIO, Priscila Yukari *et al.* Validation and translation of the Kihon Checklist (frailty index) into Brazilian Portuguese. **Geriatrics and Gerontology International**,



[s. l.], v. 14, n. 3, p. 561–569, 2014.

SILVA, Diviane Alves da *et al.* Condições de saúde bucal e atividades da vida diária em uma população de idosos no Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, [s. l.], v. 19, n. 6, p. 917–929, 2016.

SILVA E FARIAS, Ilky Pollansky *et al.* Does non-institutionalized elders have a better oral health status compared to institutionalized ones? A systematic review and meta-analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 2177–2192, 2020. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0001-5997-6612>.

SILVA, Crislane de Lira; GALVÃO, Ana Paula Souza; FREITAS, Yan Nogueira Leite de. Condição de saúde bucal da população idosa brasileira: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 16, p. e12101623023, 2021.

STRÖMBERG, Ella *et al.* Oral health-related quality-of-life in homebound elderly dependent on moderate and substantial supportive care for daily living. **Acta Odontologica Scandinavica**, [s. l.], v. 71, n. 3–4, p. 771–777, 2013.

VARGAS, Lorena Silva *et al.* Resenha de Livro Delineando a Pesquisa Clínica. [s. l.], p. 288–289, 2019.

VECHIA, Akeisa Dieli Ribeiro Dalla *et al.* Caregiver role strain in informal caregivers for the elderly. **Texto e Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 28, p. 1–13, 2019.

WONG, Florence M F; NG, Yannies T Y; LEUNG, W Keung. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents-A Systematic Review. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, [s. l.], v. 16, p. 3–29, 2019. Disponível em: [www.mdpi.com/journal/ijerph](http://www.mdpi.com/journal/ijerph). Acesso em: 17 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ageing and health**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 17 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Population Ageing**. New York: [s. n.], 2019.

### Anexo 1 – Questionário

|   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <b>Número do questionário</b>   |  | Respondido por 0 Cuidador 1 Idoso |
| 1. CS   |  | 2. Área                           |
| 3. Nome do entrevistador  |  | 4. Data da entrevista             |
| 5. Nome   |  |                                   |
| 6. Endereço   |  |                                   |
| <b>BLOCO CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>  |  |                                   |
| 7. Data de nascimento   |  |                                   |
| 8. Sexo   | 0 Masculino<br>1 Feminino                                    |                                   |
| 9. Idade  | 0. 60 a 69<br>1. 70 a 79<br>2. 80 a 89<br>3. 90 anos ou mais |                                   |
| 10. Rendimentos totais do domicílio (do último mês)   |  |                                   |
| 11. Escolaridade (em anos completos)  |  |                                   |
| 12. Presença de cuidador 0 Não 1 Sim  |  |                                   |
| 13. Tempo domiciliado (em anos completos)   |  |                                   |
| <b>BLOCO CONDIÇÃO DE VIDA E SAÚDE - Kihon Checklist</b>   |  |                                   |
| 14. 1 Você consegue usar ônibus ou trem sem necessidade de ajuda?   |  | 0.Sim<br>1.Não                    |
| 15. 2 Você faz compras para o seu dia a dia sem necessidade de ajuda?   |  | 0.Sim<br>1.Não                    |
| 16. 3 Você administra sua conta/poupança bancária sozinho (a)?  |  | 0.Sim 1.Não                       |
| 17. 4 Você visita a casa de seus amigos?  |  | 0.Sim 1.Não                       |
| 18. 5 Você conversa com seus familiares ou amigos?  |  | 0.Sim 1.Não                       |
| 19. 6 Você sobe escada sem o apoio de corrimão ou parede?   |  | 0.Sim 1.Não                       |
| 20. 7 Você se levanta da cadeira sem usar o braço da mesma como apoio?  |  | 0.Sim<br>1.Não                    |
| 21. 8 Você caminha mais do que 15 minutos?  |  | 0.Sim 1.Não                       |
| 22. 9 Você sofreu alguma queda (caiu) no último ano?  |  | 1.Sim 0.Não                       |
| 23. 10 Você sente medo de cair?   |  | 1.Sim 0.Não                       |
| 24. 11 Nos últimos 6 meses, você emagreceu 2 a 3 quilos (sem estar de dieta)?   |  | 1.Sim 0.Não                       |
| 25. 12 Qual a sua altura? _____m Qual o seu peso? _____kg IMC menor que 18.5? Se Índice de Massa Corporal (=peso / altura <sup>2</sup> ) < 18.5, o respondente assinala: sim/1 ponto. |  | 1.Sim 0.Não                       |
| 26. 13 É correto afirmar que “você não consegue comer alimentos de consistência dura tão bem como 6 meses atrás”?   |  | 1.Sim 0.Não                       |
| 27. 14 Você se engasga quando toma chá ou sopa?   |  | 1.Sim 0.Não                       |
| 28. 15 Você se sente desconfortável com a sensação de boca seca?  |  | 1.Sim 0.Não                       |
| 29. 16 Você sai de casa mais do que uma vez por semana?   |  | 0.Sim 1.Não                       |
| 30. 17 Em comparação ao último ano, você tem saído menos de casa?   |  | 1.Sim<br>0.Não                    |
| 31. 18 As pessoas têm chamado sua atenção quanto ao seu esquecimento, como: “você faz as mesmas perguntas o tempo todo”?  |  | 1.Sim 0.Não                       |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 32. 19                               | Você faz ligações telefônicas checando você mesmo o número de telefone? 0.Sim 1.Não   |
| 33. 20                               | É correto afirmar que “às vezes, você não sabe que dia ou mês é hoje”? 1.Sim 0.Não  |
| 34. 21                               | Nas últimas 2 semanas, você está insatisfeito com sua vida diária? 1.Sim 0.Não  |
| 35. 22                               | Nas últimas 2 semanas, você acha sem graça as atividade com as quais você se divertia antes? 1.Sim 0.Não  |
| 36. 23                               | Nas últimas 2 semanas, você sente dificuldade ao fazer coisas que antes achava fácil de fazer? 1.Sim 0.Não  |
| 37. 24                               | Nas últimas 2 semanas, você sente que não é mais útil para os outros? 1.Sim 0.Não   |
| 38. 25                               | Nas últimas 2 semanas, você se sente exausto sem razão? 1.Sim 0.Não   |
| <b>BLOCO CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL</b> |   |
| 39.                                  | Presença de placa visível a olho nu 1 Sim 0 Não   |
| 40.                                  | Número de dentes naturais presentes   |
| 41.                                  | Número de lesões cavitadas por cárie  |
| 42.                                  | Número de raízes residuais  |
| 43.                                  | Presença de fístula/sulco com exsudato purulento 1 Sim 0 Não  |
| 44.                                  | Presença de mobilidade dental (g2/3) 1 Sim 0 Não  |
| 45.                                  | Presença de lesões ou desvio de normalidade/alterações da mucosa 1 Sim 0 Não  |
| 46.                                  | Faz/Recebe a limpeza da boca diariamente? 0 Sim 1 Não   |
| 47.                                  | Já recebeu a visita do .....no domicílio?<br>Dentista 0 Sim 1 Não<br>Porque motivo?<br>Médico 0 Sim 1 Não<br>Enfermeiro 0 Sim 1 Não<br>Agente comunitário 0 Sim 1 Não |
| 48.                                  | Você precisa de alguma ajuda para realizar a limpeza da sua boca, seus dentes e/ou próteses? 0 Sim 1 Não  |
| 49.                                  | Você já precisou resolver um problema de saúde bucal e não pode sair de casa para tal? 0 Sim 1 Não  |

## **Anexo 2 – Roteiro de Entrevista**

***Antes de iniciar a entrevista gravar essas informações em áudio: Nome do entrevistado, Se Cuidador/Idoso, Data da entrevista, Número do questionário do participante.***

1. Fale sobre como você cuida da sua saúde.
2. E da sua saúde bucal? O que o senhor/senhora faz para cuidar da sua boca, dos seus dentes, das suas próteses dentárias?
3. O senhor/senhora fica boa parte do tempo em casa...Como isso interfere no cuidado da saúde? E da saúde bucal?

## Anexo 3- Parecer de Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cuidado à saúde bucal de idosos restritos ao domicílio

**Pesquisador:** Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 05671019.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Capes Coordenação Aperf Pessoal Nível Superior  
Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.230.210

#### Apresentação do Projeto:

Estudo transversal, de base populacional, com metodologias quantitativas e qualitativas para coleta e análise dos dados. A fase quantitativa seguirá os fundamentos do método epidemiológico. A fase qualitativa será sustentada pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Participarão idosos com 60 ou mais anos, atendidos pelas equipes dos serviços de atenção primária (Centros de Saúde) do município de Florianópolis (SC). A coleta de dados prevê a utilização de um questionário fechado, exame bucal e entrevista semiestruturada. Espera-se com os resultados, fornecer subsídios para melhoria do cuidado à saúde bucal dos idosos que se encontram restritos ao domicílio via reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde e a saúde bucal que atuam na atenção primária.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Compreender as condições de vida, saúde e saúde bucal de pessoas idosas que se encontram restritas ao domicílio.

##### Objetivo Secundário:

- Descrever a condição de saúde e saúde bucal dos idosos restritos ao domicílio;- Descrever o acesso e padrão de utilização de serviços de saúde, especialmente os odontológicos, das pessoas restritas ao domicílio;- Analisar associações entre condições de vida e saúde com aspectos

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.230.210

relacionados à saúde bucal;- Conhecer a percepção das pessoas restritas ao domicílio sobre sua condição de saúde bucal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Informamos que esta pesquisa oferece risco de desconforto emocional no momento em que o sujeito relembra e falar sobre a sua situação de saúde e saúde bucal. O exame bucal pode gerar desconforto ou constrangimento. Além disso, dispensará um pouco do tempo para responder às perguntas.

**Benefícios diretos e indiretos:**

1-Informações sobre a saúde bucal e, caso seja detectada alguma necessidade odontológica esta será reportada à equipe de saúde da área de abrangência do participante para tratamento, 2-Todos os idosos participantes e cuidadores serão orientados quanto aos procedimentos de higiene bucal e de próteses, caso use. Além disso, os participantes serão beneficiados indiretamente por acreditarmos que este estudo possibilitará compreender a situação das pessoas idosas que não podem sair de casa, ou tem alguma dificuldade para fazê-lo e a relação desta situação com a sua saúde bucal. Com isso, os resultados fornecerão informações importantes para melhorar o atendimento ofertado pelos dentistas e os profissionais de saúde que trabalham no serviço público, auxiliar na tomada de decisão e elaborar políticas públicas que possam amparar esta população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um macro-projeto de pesquisa, incluindo alunos de graduação e pós-graduação.

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

Apresenta TCLE e carta de anuência.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

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

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 27/02/2019 e TCLE 27/02/2019) refere-se apenas aos aspectos éticos do projeto. Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.230.210

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento  | Arquivo  | Postagem               | Autor                                   | Situação |
|---|--|------------------------|---|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1280197.pdf      | 27/02/2019<br>15:27:11 |   | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | 2019fev27TCLEmodificado.pdf                        | 27/02/2019<br>15:26:50 | Ana Lúcia Schaefer<br>Ferreira de Mello | Aceito   |
| Outros  | 2019fev27Cartarespostapendencias.docx              | 27/02/2019<br>15:26:34 | Ana Lúcia Schaefer<br>Ferreira de Mello | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | 2019fev27projetocuidadosbidoso restrito domCEP.pdf | 27/02/2019<br>15:26:07 | Ana Lúcia Schaefer<br>Ferreira de Mello | Aceito   |
| Folha de Rosto  | CEPfolhaderostoassinadadomicilio.pdf               | 07/01/2019<br>13:06:12 | Ana Lúcia Schaefer<br>Ferreira de Mello | Aceito   |
| Outros  | DeclaracaoPMFAnaLuciaMello.pdf                     | 21/12/2018<br>14:29:34 | Ana Lúcia Schaefer<br>Ferreira de Mello | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 28 de Março de 2019

---

Assinado por:  
Maria Luiza Bazzo  
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br



## **Anexo 4 -Termos de Consentimentos Livre e Esclarecido – TCLE**

Para os idosos que apresentarem condições físicas e mentais para compreenderem o conteúdo e assinarem o TCLE.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (1)**

Eu, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, sou a pesquisadora responsável pelo desenvolvimento da pesquisa intitulada “Cuidado à Saúde Bucal de Idosos Domiciliados”. Ela tem como objetivo compreender as condições de vida, saúde e saúde bucal de pessoas idosas que se encontram domiciliadas. Trata-se de pesquisa vinculada a trabalhos acadêmicos de conclusão de curso de graduação e pós-graduação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vitor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040-400. Telefone: (48) 37216094, e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Acreditamos que este estudo possibilitará compreender a situação das pessoas idosas que não podem sair de casa, ou tem alguma dificuldade para fazê-lo e a relação desta situação com a sua saúde bucal. Os resultados fornecerão informações importantes para melhorar o atendimento ofertado pelos dentistas que trabalham no serviço público.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia do anonimato de seu nome e endereço. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de um questionário, respondido individualmente, com aproximadamente 40 perguntas objetivas sobre suas condições de vida, saúde e saúde bucal, e também por meio de uma entrevista, que contém 07 questões abertas sobre o cuidado à saúde bucal no domicílio. Além disso, será realizado um exame da sua boca para que sejam avaliadas as condições de higiene e saúde bucal. Será feito com espátula de madeira e lanterna, por um aluno do curso de graduação em Odontologia treinado, ou por um dentista formado.

O (A) senhor (a) responderá somente as perguntas, ou participará do exame bucal, se considerar-se apto(a) ou disposto(a), ou se não lhe causarem desconforto.

Os dados serão anotados em uma ficha. A entrevista será gravada mediante a assinatura do termo de consentimento para gravações. Isso será feito para que as respostas sejam transcritas e registradas de modo

fidedigno ao da entrevista. A entrevista será previamente agendada, conforme sua disponibilidade de data e horário e estas medidas serão realizadas no nome da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A pesquisa será realizada no seu domicílio e o(a) senhor(a) não terá despesas no deslocamento ou qualquer outra em função da pesquisa. Os dados obtidos serão usados exclusivamente para a pesquisa e com a finalidade prevista no projeto. Asseguramos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o seu anonimato e a sua imagem, bem como a sua não estigmatização. Qualquer dúvida que você tiver antes ou durante a pesquisa, estaremos à disposição para respondê-las.

Você não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei. Esta pesquisa segue as recomendações da resolução 466/2012, que dispõe das normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos, e os pesquisadores estão comprometidos em cumpri-la.

Você receberá este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar, ficando uma via com você e outra, com as pesquisadoras.

Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação à sua saúde e saúde bucal. O exame bucal pode gerar desconforto ou constrangimento. Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para responder as perguntas. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão prejuízos físicos. Caso seja detectada alguma necessidade odontológica, esta será reportada à equipe de saúde da sua área de abrangência.

Você tem a liberdade de recusar a participação do estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome, endereço e imagem e a confidencialidade das informações fornecidas.

Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização.

A pesquisadora Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello está disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48)

99980-4966, pelos e-mails ana.mello@ufsc.br ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC).

Os dados coletados poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação.

---

**Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello**

Pesquisadora responsável

Universidade Federal de Santa Catarina Campus Univ. Reitor João David Ferreira Lima Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146

88040-970 Trindade – Florianópolis

E-mail: ana.mello@ufsc.br

Fone: (48) 9980-4966

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Para os idosos que não apresentam condições físicas e/ou mentais para compreenderem o conteúdo e assinarem o TCLE, sendo solicitada a assinatura do seu cuidador formal responsável.

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (2)**

Eu, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, sou a pesquisadora responsável pelo desenvolvimento da pesquisa intitulada “Cuidado à Saúde Bucal de Idosos Domiciliados”. Ela tem como objetivo compreender as condições de vida, saúde e saúde bucal de pessoas idosas que se encontram domiciliadas. Trata-se de pesquisa vinculada a trabalhos acadêmicos de conclusão de curso de graduação e pós-graduação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vitor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040-400. Telefone: (48) 37216094, e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Acreditamos que este estudo possibilitará compreender a situação das pessoas idosas que não podem sair de casa, ou tem alguma dificuldade para fazê-lo e a relação desta situação com a sua saúde bucal. Os resultados fornecerão informações importantes para melhorar o atendimento ofertado pelos dentistas que trabalham no serviço público.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia do anonimato de seu nome e endereço. A sua participação se dá em função da impossibilidade do idoso que você cuida não poder responder por ele próprio às perguntas. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de um questionário, respondido individualmente, com aproximadamente 40 perguntas objetivas sobre as condições de vida, saúde e saúde bucal do idoso que você cuida, e também por meio de uma entrevista, que contém 07 questões abertas sobre o cuidado à saúde bucal no domicílio. Além disso, será realizado um exame da boca do idoso para que sejam avaliadas as condições de higiene e saúde bucal. Será feito com espátula de madeira e lanterna, por um aluno do curso de graduação em Odontologia treinado, ou por um dentista formado.

O (A) senhor (a) responderá somente as perguntas, e o idoso participará do exame bucal, se considerar-se apto(a) ou disposto(a), ou se não causarem desconforto.

Os dados serão anotados em uma ficha. A entrevista será gravada mediante a assinatura do termo de consentimento para gravações. Isso

será feito para que as respostas sejam transcritas e registradas de modo fidedigno ao da entrevista. A entrevista será previamente agendada, conforme sua disponibilidade de data e horário e estas medidas serão realizadas no nome da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A pesquisa será realizada no domicílio e o(a) senhor(a) não terá despesas no deslocamento ou qualquer outra em função da pesquisa. Os dados obtidos serão usados exclusivamente para a pesquisa e com a finalidade prevista no projeto. Asseguramos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o seu anonimato e a sua imagem, bem como a sua não estigmatização. Qualquer dúvida que você tiver antes ou durante a pesquisa, estaremos à disposição para respondê-las.

Você não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei. Esta pesquisa segue as recomendações da resolução 466/2012, que dispõe das normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos, e os pesquisadores estão comprometidos em cumpri-la.

Você receberá este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar, ficando uma via com você e outra, com as pesquisadoras. Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação à saúde e saúde bucal do idoso que você cuida. Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para responder as perguntas. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão prejuízos físicos. Não estão previstos riscos laborais. Caso seja detectada alguma necessidade odontológica no idoso, esta será reportada à equipe de saúde da sua área de abrangência.

Você tem a liberdade de recusar a participação no estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome, endereço e imagem e a confidencialidade das informações fornecidas.

Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização.

A pesquisadora Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello está disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 99980-4966, pelos e-mails ana.mello@ufsc.br ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC).

Os dados coletados poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação.

---

**Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello**

Pesquisadora responsável

Universidade Federal de Santa Catarina Campus Univ. Reitor João David Ferreira Lima Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146

88040-970 Trindade – Florianópolis

E-mail: ana.mello@ufsc.br

Fone: (48) 9980-4966

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária e do idoso que está sob os meus cuidados, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do Idoso: \_\_\_\_\_

Nome do Cuidador Responsável: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura do Cuidador: \_\_\_\_\_