

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**BARBARA ANDRIN**

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE ORAL E FATORES ASSOCIADOS EM  
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE EM RIO  
VERDE - GOIÁS**

**CRICIÚMA  
JUNHO DE 2025**

**BARBARA ANDRIN**

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE ORAL E FATORES ASSOCIADOS EM  
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE EM RIO  
VERDE - GOIÁS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao  
Programa de Pós-Graduação para obtenção de  
título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Josiane Budni

**CRICIÚMA  
JUNHO DE 2025**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

A573a Andrin, Barbara.

Avaliação da saúde oral e fatores associados em idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde - Goiás / Barbara Andrin. - 2025.

59 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Criciúma, 2025.

Orientação: Josiane Budni.

1. Odontologia geriátrica - Rio Verde (GO). 2. Saúde bucal. 3. Envelhecimento. 4. Idosos institucionalizados. I. Título.

CDD. 22. ed. 618.9776

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

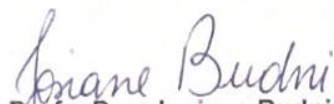



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)  
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria N° 609 de 14.03.2019

---

#### ATA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – Nº 471

Com início às 11 (onze) horas do dia 16 (dezesesseis) de junho de 2025 (dois mil e vinte e cinco), realizou-se, na Sala 101/Bloco R1, o seminário formal de apresentação dos resultados da Dissertação de Mestrado de **BARBARA ANDRIN**, sob a orientação da **Profa. Dra. Josiane Budni**, intitulada “**AVALIAÇÃO DA SAÚDE ORAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE EM RIO VERDE - GOIÁS**”. A dissertação foi examinada por uma banca constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. Fabricia Cardoso Petronilho (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada, Prof. Dr. Paulo Cesar Lock Silveira (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada, e Prof. Dr. Willians Cassiano Longen (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada. Com o resultado final: **APROVADA**, a aluna finalizou seus estudos em nível de Mestrado, fazendo jus ao grau de **MESTRA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**. Os trabalhos foram concluídos às 12h (doze) horas, dos quais eu, Samiris Albano Pereira, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, lavrei a presente ata, que assino juntamente com a Profa. Dra. Josiane Budni, Coordenadora do Programa. Criciúma, 16 (dezesesseis) de junho de 2025 (dois mil e vinte e cinco).

  
Profa. Dra. Josiane Budni  
Coordenadora do PPGCS

  
Samiris Albano Pereira  
Secretária do PPGCS

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo cuidado em cada detalhe, e pela doce presença em momentos difíceis.

À minha família, pelo amor, suporte e incentivo.

Aos meus amigos e colegas de profissão, pela compreensão e por terem tornado a caminhada mais leve.

Aos colegas de mestrado e professores, pelo aprendizado e pelos momentos vividos juntos.

Aos colaboradores da Associação Beneficente Auta de Souza (ABAS), pela recepção em cada visita.

Aos idosos da ABAS, pela cooperação e disposição em participar da pesquisa. Para além do “n”, seres humanos carregados de histórias e convicções.

Aos pacientes e alunos pela compreensão nos momentos mais desafiadores.

À minha orientadora, Prof. Dra. Josiane, por ter aceitado o desafio de um projeto na área de Odontologia, pela orientação sempre cuidadosa, pela tranquilidade e pela paciência.

## RESUMO

A população mundial de idosos está crescendo consideravelmente. O Brasil está acompanhando esse crescimento, no entanto ainda faltam políticas públicas eficientes para favorecer uma melhor qualidade de vida para essa faixa etária. O envelhecimento é caracterizado por diversas alterações fisiológicas, mas também comorbidades que poderiam ser evitadas. A Saúde bucal está relacionada com a qualidade de vida de idosos, e sua precariedade pode influenciar nas demais comorbidades. O presente estudo tem como objetivo avaliar a saúde oral e fatores associados em idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde – Goiás, selecionados por critérios de inclusão e exclusão. Os idosos selecionados que aceitaram participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e passaram por uma visita onde responderam a um questionário sociodemográfico e de saúde previamente elaborado pelo grupo de pesquisa, e instrumentos que avaliaram a qualidade de vida e a saúde oral. O estudo foi transversal, utilizando uma população de 84 idosos, sendo 34 institucionalizados (Associação Beneficente Auta de Souza – ABAS) e 50 da comunidade residentes no município de Rio Verde em Goiás – Brasil, que passam o dia na ABAS. A idade média foi de 75,6 para os da comunidade e 75,8 para os institucionalizados. Perfez um total de 45 indivíduos do sexo masculino, sendo 21 da comunidade e 24 institucionalizados, 39 indivíduos do sexo feminino, sendo 29 da comunidade e 10 institucionalizadas. O edentulismo total na amostra da comunidade foi de 51,3%, e na amostra de institucionalizados 42,4%. Dentre os indivíduos com edentulismo parcial, 23,1% dos indivíduos comunidade e 15,2% dos institucionalizados possuem dentes funcionais. Quanto à qualidade da higiene oral 41% dos indivíduos da comunidade e 39,4% dos indivíduos institucionalizados possuem higiene regular. Os resultados mostram que as condições de saúde oral dos indivíduos não estão satisfatórias, mas não há diferenças entre os grupos da comunidade e institucionalizados. Um número importante de indivíduos possui sinais e sintomas comuns à disfagia orofaríngea, como a necessidade de ingestão de líquidos durante a refeição para auxiliar na deglutição (36% dos idosos da comunidade e 36,4% dos idosos institucionalizados). Para os idosos da comunidade, foram associados com o edentulismo total, a idade avançada e escolaridade baixa. Já a diabetes e uso de vitaminas foram associados com redução da prevalência do edentulismo. Em idosos institucionalizados, o edentulismo foi associado a cor branca da pele e redução dele para indivíduos que se sentem mais compreendidos. Faz-se necessário abordar de maneira integrada na atenção à saúde do idoso, considerando a interconexão entre saúde geral, oral e mental para promover um envelhecimento mais saudável e com melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idosos institucionalizados; Idosos da comunidade  
Saúde oral.

## ABSTRACT

The global elderly population is growing considerably. Brazil is keeping up with this growth, however, there is still a lack of efficient public policies to promote a better quality of life for this age group. Aging is characterized by several physiological changes, but also comorbidities that could be avoided. Oral health is related to the quality of life of elderly people, and its precariousness can influence other comorbidities. The present study aims to evaluate oral health and associated factors in institutionalized and community-dwelling elderly people in Rio Verde - Goiás, selected by inclusion and exclusion criteria. The selected elderly people who agreed to participate signed the informed consent form and underwent a visit where they answered a sociodemographic and health questionnaire previously prepared by the research group, and instruments that assessed quality of life and oral health. The study was cross-sectional, using a population of 84 elderly individuals, 34 institutionalized (Associação Beneficente Auta de Souza – ABAS) and 50 from the community living in the city of Rio Verde in Goiás – Brazil, who spend the day at ABAS. The average age was 75.6 for those from the community and 75.8 for those institutionalized. There was a total of 45 male individuals, 21 from the community and 24 institutionalized, and 39 female individuals, 29 from the community and 10 institutionalized. Total edentulism in the community sample was 51.3%, and in the institutionalized sample 42.4%. Among the individuals with partial edentulism, 23.1% of the community individuals and 15.2% of the institutionalized individuals have functional teeth. Regarding the quality of oral hygiene, 41% of the community individuals and 39.4% of the institutionalized individuals have regular hygiene. The results show that the oral health conditions of the individuals are not satisfactory, but there are no differences between the community and institutionalized groups. A significant number of individuals have signs and symptoms common to oropharyngeal dysphagia, such as the need to drink liquids during meals to aid swallowing (36% of community-dwelling elderly individuals and 36.4% of institutionalized elderly individuals). For community-dwelling elderly individuals, advanced age and low education were associated with total edentulism. Diabetes and vitamin use were associated with a reduced prevalence of edentulism. In institutionalized elderly individuals, edentulism was associated with white skin color and a reduction in it for individuals who felt more understood. It is necessary to address health care for the elderly in an integrated manner, considering the interconnection between general, oral, and mental health to promote healthier aging and better quality of life.

Keywords: Aging; Institutionalized elderly individuals; Community-dwelling elderly individuals Oral health.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra .....	31
Tabela 2 - Dados sobre a saúde em geral .....	32
Tabela 3 - Dados sobre a saúde bucal.....	33
Tabela 4 - Associações com edentulismo no grupo de idosos da comunidade. ....	35
Tabela 5 - Associações com edentulismo no grupo de idosos institucionalizados....	37
Tabela 6 - Análise de Regressão de Poisson multivariada para avaliar fatores independentemente associados ao edentulismo total.....	39

## **LISTA DE ABEVIATURAS E SIGLAS**

ABAS – Associação Beneficente Auta de Sousa

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão

DO – Disfagia Orofaríngea

IMC – Índice de Massa Corporal

SF-36 – Short Form Health Survey – 36 Itens

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTA DE AREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>9</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>28</b>
3.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	28
<b>3.2.1 Critérios de Inclusão</b> .....	<b>28</b>
<b>3.2.2 Critérios de exclusão:</b> .....	<b>29</b>
3.3 TAMANHO DA AMOSTRA.....	29
3.4 DESFECHOS DO ESTUDO .....	29
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA .....	30
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	30
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>31</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>40</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>46</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>49</b>
APÊNDICE I - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) .....	50
APÊNDICE II- Termo de confidencialidade .....	54
APÊNDICE III - Carta de aceite ABAS .....	56
APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE .....	57
<b>ANEXOS</b> .....	<b>60</b>
ANEXO I - CARTA DE ACEITE CEP .....	61

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é o declínio funcional vinculado ao tempo ocorrido na maioria dos organismos vivos. É caracterizado por uma perda progressiva da integridade fisiológica, prejudicando a função, sendo fator de risco para as principais patologias humanas, como câncer, diabetes, desordens cardiovasculares e doenças neurodegenerativas. Essa perda da integridade fisiológica também aumenta a vulnerabilidade à morte (Otín *et al.*, 2013). O envelhecimento é um processo complexo e deve ser concebido como um todo, e, entre as suas marcas estão: instabilidade genômica, desgaste dos telômeros, alterações epigenéticas, perda de proteostase, deficiência de macroautofagia, detecção desregulada de nutrientes, disfunção mitocondrial, senescência celular, exaustão de células-tronco, comunicação intercelular alterada, inflamação crônica e disbiose, sendo todas interconectadas (Otín *et al.*, 2023).

No que se refere à senescência, está relacionada a células que param de se dividir, entrando em um processo de parada de crescimento, mas ainda sendo altamente ativas metabolicamente. As células do organismo passam por um processo de envelhecimento tanto fisiológico, quanto como resposta a fatores de estresse ambientais que levam a danos celulares ao longo do tempo. O processo de envelhecimento do sistema imunológico descreve o declínio do funcionamento e da resistência desse sistema, levando à maior incidência de infecções e doenças, que por sua vez aumentam o nível de células pró-inflamatórias. Alterações metabólicas contribuem ainda mais para a desregulação do sistema imunológico e menor eficiência das respostas celulares. É importante ressaltar que os efeitos biológicos do estresse e as respostas adaptativas dependem da gravidade do fator de estresse e da capacidade do indivíduo de lidar com ele. Portanto, interação entre fatores ambientais e genéticos individuais determina a extensão da longevidade e a capacidade de modular as taxas de envelhecimento (Jungbauer *et al.*, 2022).

A população mundial e a distribuição etária vêm mudando de forma acelerada, e estudos indicam a continuação do envelhecimento mundial durante o restante do século XXI, o que torna um desafio para os sistemas de saúde em garantir uma longevidade saudável (Patel *et al.*, 2021). Adultos mais velhos, com 65 anos ou mais, são o grupo etário que mais cresce no mundo, representando 20% da população europeia atual (Fluitman *et al.*, 2021). A estimativa é que a proporção de adultos mais

velhos no mundo quase dobrará de 12% para 22% entre 2015 e 2050. Espera-se que esse número aumente de 900 milhões para 2 bilhões para indivíduos com 60 anos ou mais (Zhao *et al.*, 2023).

A maioria da população mundial pode esperar viver além dos 60 anos, enquanto os dados demográficos preveem que metade das crianças vivas em 2010 nos países com as maiores expectativas de vida alcançarão os 100 anos (Dominguez *et al.*, 2021). A população mundial de pessoas com 60 anos ou mais deve mais que dobrar, passando de 1 bilhão em 2020 para 2,1 bilhões em 2050. Este crescimento expressivo é particularmente evidente em países em desenvolvimento, onde a expectativa de vida tem aumentado rapidamente, embora os sistemas de saúde e de suporte social muitas vezes não acompanhem o ritmo desse envelhecimento (OMS, 2023).

No Brasil, estima-se que até 2060, aproximadamente 32% da população será composta por indivíduos com 60 anos ou mais, em comparação aos 14% registrados em 2021. Esta transição demográfica rápida coloca desafios significativos para as políticas públicas, sistemas de saúde e redes de apoio social, uma vez que uma proporção crescente de idosos acarreta um aumento na prevalência de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes e demências (IBGE, 2022). O envelhecimento produz limitações e alterações nas funções do organismo, tornando o idoso mais susceptível às doenças. O aumento da população idosa brasileira é consequência do aumento da expectativa de vida, redução das taxas de natalidade e da assistência à saúde (Ferreira *et al.*, 2014).

A transição epidemiológica, que acompanha o envelhecimento populacional, tem mudado o perfil de morbidade e mortalidade da população brasileira. Entre 2010 e 2019, as doenças crônicas foram responsáveis por 74% das mortes no Brasil, com um aumento expressivo na prevalência de condições associadas ao envelhecimento, como hipertensão, diabetes tipo 2 e doenças neurodegenerativas (IBGE, 2022). A maioria dos idosos em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, vive com múltiplas condições crônicas, o que demanda uma abordagem integrada e contínua de cuidado em saúde para promover um envelhecimento saudável, tendo em vista prevenção, diagnóstico precoce e correta conduta diante dessas condições (OMS, 2023).

O relatório mundial sobre envelhecimento e saúde de 2015 da Organização Mundial de Saúde destacou que o envelhecimento saudável não é apenas estar livre

de doenças, mas também manter a capacidade funcional, possibilitando que idosos sejam e façam o que valorizam (Chan *et al.*, 2023). O processo de envelhecimento é inevitável, mas estudos epidemiológicos mostram que doenças e incapacidades funcionais frequentemente associadas ao envelhecimento podem ser evitadas. Sabe-se que o aumento da expectativa de vida não significa necessariamente um aumento nos anos vividos com boa saúde. Do ponto de vista da epidemiologia, o envelhecimento é determinado pelo estilo de vida adotado ao longo da vida. O ambiente social tem um papel determinante, além dos fatores individuais e dos fatores indiretos, como organizacionais, comunitários e políticos. Portanto, o estilo de vida está associado às mudanças fisiológicas características do envelhecimento e muitas vezes geram condições que favorecem o desenvolvimento de múltiplas morbidades (Lopes *et al.*, 2021).

Além da associação ao estilo de vida, o próprio declínio das funções fisiológicas e imunológicas decorrentes do processo de envelhecimento desencadeia doenças agudas e crônicas, incluindo a falência de órgãos. Acredita-se que a inflamação crônica de baixo grau contribui para o aumento dos riscos de doenças no contexto do envelhecimento (Singh *et al.*, 2019). O envelhecimento e as doenças degenerativas relacionadas à idade estão associados a um estado pró-oxidativo e pró-inflamatório, que leva a danos celulares. O metabolismo cerebral necessita de grandes quantidades de energia, portanto é altamente susceptível a danos oxidativos. Além disso, em comparação com outras estruturas do corpo, o cérebro tem baixo potencial antioxidativo, o que também ajuda a explicar a susceptibilidade a esses danos (Dominguez *et al.*, 2021).

A saúde no envelhecimento é um fenômeno complexo e de múltiplas facetas, resultado da interação constante entre genética e fatores ambientais, tornando os idosos um grupo extremamente heterogêneo. Apesar da heterogeneidade, é esperado que todos os idosos após 70 – 75 anos experimentem um aumento rápido da morbidade, bem como de múltiplas morbidades, especialmente cardiovasculares e neuropsiquiátricas. Entre esses, os distúrbios dementes são a principal causa de incapacidade e dependência entre os idosos (Grande *et al.*, 2020). A carga geral de doenças provavelmente aumentará porque a proporção de idosos na população está crescendo. A exposição a doenças e fatores ambientais ocorre ao longo do curso da vida e influencia o processo de envelhecimento. Para fins preventivos, é importante identificar os fatores de risco e os sinais precoces do envelhecimento acelerado. O

envelhecimento saudável é influenciado pela genética humana e por fatores ambientais, incluindo nutrição, estilo de vida, mas também saúde oral (Bachkati *et al.*, 2017; Singh *et al.*, 2019).

A cavidade oral é uma porta de entrada para infecções microbianas. Estudos de correlação investigaram a possível ligação entre infecção oral e inflamação crônica e entre desenvolvimento e progressão de doenças sistêmicas. A constatação de que a cavidade oral influencia e é influenciada por eventos que ocorrem no resto do corpo tem gerado grande interesse nas ligações oro-sistêmicas. A ligação entre doenças buco-sistêmicas é uma preocupação especial de saúde para os idosos, uma vez que a higiene bucal eficaz geralmente fica comprometida em pacientes com alterações físicas e neurológicas. Estudos foram feitos associando doenças periodontais graves, higiene oral e doença coronariana. O câncer também tem impacto significativo na cavidade oral. Os tratamentos incluindo quimioterapia, radioterapia e cirurgia, podem causar estomatite grave, xerostomia, alterações morfológicas, alteração da fala e da mastigação, perda de apetite e aumento da susceptibilidade a infecções orais, incluindo cáries e doenças periodontais (Hupp Jr, 2007; Kishore *et al.*, 2013).

A má saúde bucal impacta diretamente o bem-estar físico dos idosos, afetando sua capacidade de comer e engolir adequadamente, contribuindo para a perda de peso, desidratação, desnutrição e fragilidade, e pode impactar negativamente a comunicação social (Manchery *et al.*, 2022). A saúde bucal não se restringe à ausência de doenças específicas da cavidade oral, mas inclui a capacidade de falar, sorrir, saborear, mastigar, engolir e transmitir uma série de emoções por meio de expressões faciais com confiança e ausência de dor ou desconforto. Um comprometimento na saúde bucal, incluindo aspectos funcionais como dentes fraturados, ausências dentárias, próteses mal adaptadas, pode causar dor e infecções orais com consequências importantes na qualidade de vida. É comum essas consequências estarem diretamente relacionadas à redução da ingestão nutricional, aos efeitos comportamentais nas escolhas alimentares, aos desafios na comunicação e às dificuldades associadas à mastigação e deglutição (Patel *et al.*, 2021). A perda de dentes é o problema bucal mais representativo em idosos, e muitos deles enfrentam diversos problemas relacionados a doenças bucais na vida cotidiana. Uma investigação dos efeitos da saúde bucal na vida cotidiana em termos de aspectos físicos, sociais e mentais descobriu que quanto mais graves eram as doenças bucais, menor era a qualidade de vida dos idosos. A saúde bucal é um fator importante para

a felicidade, saúde geral e qualidade de vida, portanto a presença de problemas ameaça a qualidade de vida em idosos (Cho *et al.*, 2018).

A saúde bucal reflete o estado de saúde geral da população idosa. Condições de saúde bucal precárias podem representar fator de risco para doenças sistêmicas comuns em adultos mais velhos (Zhao *et al.*, 2023). Conforme a população envelhece, as doenças crônicas também aumentam. Entre as doenças mais comuns que afetam adultos mais velhos, estão as doenças da cavidade oral, como infecções dentárias causadas por cárie e periodontite, perda de dentes, lesões em tecidos moles e câncer bucal. Essas alterações podem afetar negativamente a nutrição, a autoestima, a qualidade de vida e a saúde geral. A associação entre saúde bucal e saúde geral, bem como a morbidade e mortalidade em adultos mais velhos são importantes para o envelhecimento saudável. Mesmo com o reconhecimento da importância da saúde bucal, ela ainda é uma morbidade comum em idosos. Questões relacionadas à fisiologia do envelhecimento, dificuldade de acesso à profissionais da área da saúde bucal, deficiência cognitiva e incapacidade são fatores que aumentam a vulnerabilidade desse grupo etário (Lipsky *et al.*, 2024).

Em um cenário de fatores de risco comuns, a principal causa do início e da progressão das doenças bucais comuns é a placa dentária, uma matriz de bactérias e seus subprodutos que aderem aos dentes e às próteses. Sem a remoção regular desse biofilme, a microbiota oral é levada à disbiose, uma mudança ecológica que favorece uma maior atividade patogênica. Além disso, a disseminação hematogênica de bactérias e mediadores inflamatórios é desencadeada, resultando em uma amplificação prejudicial da inflamação sistêmica em alguns indivíduos. Juntamente com outros mecanismos biológicos, a patologia resultante afeta vários órgãos, com fortes evidências de vínculos particularmente prejudiciais com os sistemas endócrino, cardiovasculares, pulmonares e neurológicos. Esse processo é exacerbado pelo processo de inflamação, contribuindo para a regulação positiva crônica de baixo grau do estado pró-inflamatório desenvolvido com o avanço da idade. Uma boa higiene bucal é essencial para controlar a carga bacteriana oral, manter ou restabelecer o equilíbrio simbiótico e evitar a disseminação de bactérias bucais para outros locais do corpo (Patel *et al.*, 2021).

As doenças orais compartilham fatores de risco comuns com outras doenças não transmissíveis, e comprometem a qualidade de vida. Foi demonstrado que a má saúde oral em pessoas idosas está associada à dor e ao desconforto, e redução do

apetite. Pessoas com níveis moderados e avançados de demência têm maior dependência funcional e frequentemente dependem de outros para seus cuidados bucais diários. Alguns indivíduos apresentam dificuldades de comportamento e comunicação e podem resistir à assistência por exemplo, não abrir a boca e recusar cuidados bucais. Além disso, pessoas com demência podem perder a capacidade de limpar os dentes regularmente, resultando em mais acúmulo de placa bacteriana, aumentando assim o risco de desenvolver doença periodontal e cárie dentária (Daly *et al.*, 2017).

A perda total dos dentes é uma preocupação relevante no bem-estar geral dos indivíduos. Entre as causas do edentulismo, as mais comuns são o estágio final de lesões cariosas não tratadas e doenças periodontais. Condições sistêmicas como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão e endocrinopatias também podem contribuir para a perda de dentes. A prevalência do edentulismo tem diminuído devido à melhoria nos cuidados com a saúde bucal e ao acesso aos serviços odontológicos, no entanto, continua sendo um grande problema para os idosos. As consequências incluem perda óssea mandibular e maxilar, função mastigatória limitada, ingestão reduzida de nutrientes, inabilidade social e diminuição na qualidade de vida. Indivíduos que fazem uso de próteses totais podem ser acometidos de estomatite e alterações da microbiota oral, favorecendo infecções como a candidíase oral (Lipsky *et al.*, 2024).

No que se refere a cárie, é uma patologia dentária frequentemente encontrada em idosos, principalmente devido às alterações da função salivar e imunológica relacionadas à idade e à xerostomia induzida por medicamentos e hipofunção das glândulas salivares. O tratamento é de grande importância, uma vez que controla a dor e evita a perda de dentes, o que afeta negativamente a estética, mastigação, fonação e interação social. Com o aumento da população idosa e a diminuição da prevalência de perdas dentárias, aumentando, portanto, o tempo de manutenção dos dentes na cavidade oral, é esperado um aumento de lesões cariosas em idosos (Lipsky *et al.*, 2024).

A periodontite, doença que leva à perda da inserção do dente ao osso de suporte, acomete cerca de 70% dos indivíduos acima de 65 anos, e aumenta com o envelhecimento. Evidências sugerem que alterações relacionadas com a idade no sistema imunológico, senescência celular, inflamação e cicatrização deficiente estão relacionadas com a patogênese da doença periodontal. Entre idosos, doenças

sistêmicas como Diabetes Mellitus, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, osteoporose, artrite e Doença de Alzheimer, foram associados a um maior risco de doença periodontal, e como aceleradoras da progressão da doença periodontal. As evidências também sugerem risco aumentado de várias doenças crônicas como doenças cardiovasculares, diabetes, artrite reumatoide, câncer e doença pulmonar obstrutiva crônica, associados à periodontite (Lipsky *et al.*, 2024). A gravidade da doença periodontal e a presença da bactéria *Porphyromonas gingivalis* também foram significativamente associadas à mortalidade por doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral isquêmico. Além disso, tanto a *Porphyromonas gingivalis* quanto suas proteases, envolvidas na doença periodontal, foram identificadas nos cérebros de pacientes com Doença de Alzheimer e foram identificadas como um dos muitos fatores de risco para o desenvolvimento desse distúrbio (Manchery *et al.*, 2022).

A doença periodontal é uma das principais causas da perda de dentes em idosos, e a sexta doença não transmissível mais prevalente no mundo. A etiologia da periodontite está na interação entre hospedeiro, presença de biofilme disbiótico e predisposição do hospedeiro. Pode, portanto, ser um impulsionador de uma resposta crônica. A inflamação sistêmica crônica pode estar ligada ao início da demência e da doença periodontal. A disseminação de bactérias e citocinas inflamatórias sistemicamente elevadas podem ainda ser um fator de risco para início ou progressão de doenças crônicas, por exemplo a Doença de Alzheimer, em que há evidências de níveis aumentados de marcadores inflamatórios associados a patógenos periodontais em indivíduos acometidos por ela (Jungbauer *et al.*, 2022; Larvin *et al.*, 2023).

A saliva, o biofluido mais disponível e não invasivo do corpo humano, torna a cavidade oral úmida permanentemente e tenta equilibrar um ambiente em constante mudança, sendo essencial na manutenção de uma mastigação eficiente e outras funções orais. A secreção salivar é controlada pelo sistema nervoso autônomo e regulada por vias reflexas, incluindo o centro de salivação no cérebro. A degeneração do sistema nervoso central no comprometimento cognitivo pode alterar o reflexo aferente ou eferente, diminuindo a taxa de fluxo salivar. As disfunções autonômicas observadas no comprometimento cognitivo também podem contribuir para a hipossalivação (Kishore *et al.*, 2013; Do *et al.*, 2021).

A diminuição da salivação, denominada xerostomia, pode levar a dificuldades na mastigação e deglutição, bem como na fala, diminuindo a qualidade de vida dos

idosos. Vários fatores relacionados à idade, como alterações na estrutura e função das glândulas salivares, uso de medicamentos, doenças sistêmicas e fatores psicossociais contribuem para a xerostomia. Ela também aumenta a susceptibilidade à cárie, doença periodontal, halitose e candidíase. Pode ainda alterar a sensação oral em pacientes oncológicos, dificultando sua relação com a alimentação, qualidade de vida e saúde geral. O uso de medicamentos aumenta a prevalência de xerostomia em idosos, uma vez que é mais comum a prescrição de vários medicamentos e de uso prolongado ou contínuo nesse grupo etário, muitos dos quais têm como efeito colateral a xerostomia (Lipsky *et al.*, 2024). A prevalência de xerostomia aumenta com a idade, e leva à maior prevalência de inflamação da mucosa e da parótida, candidíase, cáries dentárias em pessoas dentadas e lesões por atrito em usuários de dentaduras. Entre as lesões da mucosa oral, as lesões relacionadas à dentadura, como estomatite, queilite angular, úlceras e hiperplasia, são as mais comuns. Os problemas de saúde bucal acima mencionados não afetam apenas a saúde e as funções orais, mas também podem causar dor ou desconforto orofacial e podem ter um impacto negativo na qualidade de vida (Delwel *et al.*, 2017). Além das glândulas salivares, as mudanças fisiológicas decorrentes do envelhecimento também levam à atrofia das papilas gustativas, e como consequência mudanças na preferência alimentar e diminuição do apetite (Chan *et al.*, 2023).

A precariedade da saúde bucal pode afetar a qualidade de vida dos idosos de inúmeras maneiras, comprometendo a função mastigatória e fonética, interferindo na aparência facial e nas interações pessoais, além disso, representam um risco à saúde geral por estar associada a um risco de desnutrição e até mesmo subnutrição. A redução da função mastigatória dada pela perda de dentes, xerostomia, odontalgia e pelas doenças da língua, gengiva e mucosa influenciam diretamente na dieta do idoso, promovendo dietas pobres em frutas, fibras e proteínas, e ricas em carboidratos. Esses fatores parecem estar associados à perda de peso em idosos. Condições bucais desfavoráveis, como presença de cáries, dentes quebrados ou ausentes, úlceras, inchaço e sangramento dos tecidos influenciam na escolha de alimentos, levando os idosos a optarem por alimentos mais fáceis de mastigar e engolir, também podem ser responsáveis pela recusa em se alimentar. Esse impacto na ingestão nutricional é qualitativo e quantitativo. É comum a exclusão de certos alimentos, como as proteínas animais, e o consumo excessivo de outros, como doces. A sensação de

boca seca, seja pela redução ou pela ausência total do fluxo salivar, também dificulta a mastigação e formação do bolo alimentar (Ferreira *et al.*, 2014; Rapp *et al.*, 2021).

A disfagia orofaríngea é um problema grave e altamente prevalente em idosos, causada por vários fatores, associada a várias comorbidades e de prognóstico desfavorável. Trata-se de uma condição que envolve um grupo de sinais e sintomas que se refere à dificuldade de formar e mover o bolo alimentar com segurança da cavidade oral para o esôfago. A resposta orofaríngea à deglutição depende da configuração das estruturas orofaríngeas que mudam da via respiratória para a digestiva, da passagem do bolo alimentar da cavidade oral para o esôfago e da reconfiguração para a via respiratória. Nesse processo complexo estão envolvidos muitos componentes sensoriais, motores e psicológicos interagindo entre si, incluindo músculos. Entre os principais sintomas, destacam-se aspiração, pigarro excessivo, tosse, voz rouca, períodos de ventilação atípicos e deglutição repetitiva. Pode causar complicações graves, como desnutrição, desidratação, infecções respiratórias e pneumonia por aspiração. A disfagia está intimamente relacionada à idade, à capacidade funcional, à fragilidade, ao uso de várias medicações ao mesmo tempo e às múltiplas morbidades (Baijens *et al.*, 2016).

A maior prevalência foi observada em pacientes neurológicos, em 29% a 64% dos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) e mais de 80% dos pacientes com demência, especialmente em estágios avançados da doença. Em pessoas com menos de 60 anos, ela está associada principalmente a patologias oncológicas e neurológicas, enquanto em pessoas mais velhas, está relacionada ao próprio envelhecimento ou a acidentes vasculares cerebrais e doenças não transmissíveis. Seu tratamento precisa de uma abordagem multidisciplinar, focada não apenas no diagnóstico, mas também em abordagens compensatórias e de reabilitação, tratamento e prevenção de suas complicações, e ainda redução dos fatores de risco (Baijens *et al.*, 2016).

A disfagia orofaríngea é frequentemente resultado da fisiologia alterada da deglutição causada pelo envelhecimento, AVC ou doenças sistêmicas ou neurológicas. Em idosos está relacionada à fraca propulsão da língua e à resposta orofaríngea à deglutição prolongada e atrasada. É causada por reflexos fisiológicos protetores atrasados durante a reconfiguração da orofaringe e está associada a vários fatores de risco como envelhecimento, doenças não transmissíveis, confusão e uso de medicamentos. A eficácia prejudicada da deglutição está associada à propulsão

reduzida do bolo devido à perda da força muscular da língua relacionada à sarcopenia. As complicações em idosos são graves e tem grande impacto na sua saúde, estado nutricional, funcionalidade, morbimortalidade e qualidade de vida. A eficácia prejudicada da deglutição ou a ingestão ineficiente de nutrientes leva à desnutrição e/ou desidratação. A deglutição com aspirações pode causar infecções respiratórias e pneumonia por aspiração. Todas essas complicações levam à fragilidade, aumentando a morbimortalidade. Entre os fatores que explicam a fisiopatologia da pneumonia por aspiração está a saúde e higiene bucal deficientes, apresentando colonização bacteriana por possíveis patógenos respiratórios. Cárie, número de dentes funcionais, periodontite e presença de placa bacteriana foram correlacionadas com a incidência, gravidade e taxa de mortalidade da pneumonia por aspiração em idosos (Baijens *et al.*, 2016).

Estudos indicaram que o número de dentes presentes em adultos mais velhos estava associado não somente à qualidade de vida relacionada à saúde bucal, mas também à diminuição da saúde mental e cognitiva, à incapacidade e à mortalidade na velhice (Brennan *et al.*, 2008; Holm-Pedersen *et al.*, 2008; Tsakos *et al.*, 2015, Zhao *et al.*, 2023).

A demência é descrita na Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID-10) como: “uma síndrome devido a uma doença do cérebro, geralmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há alteração de múltiplas funções corticais superiores, incluindo memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. A consciência não é turva. Os comprometimentos da função cognitiva são comumente acompanhados e ocasionalmente precedidos, pela deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. Essa síndrome ocorre na Doença de Alzheimer, na doença cerebrovascular e em outras condições que afetam primária ou secundariamente o cérebro”. A demência não é uma doença específica, mas sim um conjunto de sintomas que são manifestações de diferentes patologias. Atualmente, não há cura, embora vários fatores de risco tenham sido identificados, e sua modificação pode afetar a apresentação e a progressão da doença (Daly *et al.*, 2017).

As síndromes demenciais caracterizam-se pela perda progressiva e persistente de múltiplas áreas das funções intelectuais sendo a Doença de Alzheimer sua forma mais prevalente. A demência promove uma gradual deterioração da memória, aprendizado, estabilidade emocional, capacidade de comunicação, pensamentos

abstratos (paranoias e alucinações) e comprometimento de funções físicas e de cuidados pessoais. Um dos cuidados pessoais que pode ser comprometido é a higiene bucal, o que por sua vez pode favorecer a ocorrência de piora em doenças bucais já presentes. Somando-se a isso, medicamentos empregados para diminuição ou controle de sintomas cognitivos, podem apresentar efeitos colaterais na cavidade oral, dentre eles a diminuição do fluxo salivar, aumentando então o risco de desenvolvimento de lesões cáries e na mucosa oral (Ferreira *et al.*, 2014).

A cognição é o processo cerebral de transformação de informações, inclui funções como função sensorial, capacidade perceptiva, memória, pensamento, imaginação e linguagem. O comprometimento das funções cognitivas em idosos piora conforme a idade aumenta, com prevalência de demência de 5 a 7% em pessoas com 60 anos ou mais na maior parte do mundo (Zhao *et al.*, 2023). O envelhecimento e o desenvolvimento da demência estão intimamente relacionados, e a idade avançada continua sendo o principal fator de risco para a demência. Porém, a demência não é uma consequência inevitável do envelhecimento. Apesar de muitos determinantes genéticos e ambientais, fatores de proteção ao longo da vida se mostraram capazes de equilibrar o início e a progressão da demência através de mecanismos de compensação (Grande *et al.*, 2020).

A demência é a principal causa de incapacidade no mundo. Nas próximas décadas se espera um aumento nos casos de demência devido, principalmente, ao envelhecimento da população mundial. O principal fator de risco independente para o declínio cognitivo e a demência é a idade avançada, seguida por outros fatores determinantes, como genéticos, socioeconômicos e ambientais. As alterações patológicas cerebrais parecem se iniciar muito antes das manifestações clínicas, que ocorrem na velhice, por isso a importância de atuar em estratégias em nível de prevenção. Fatores modificáveis como dieta e nutrição são relevantes no sentido de adiar o início e a gravidade do declínio da função cognitiva relacionada à idade (Dominguez *et al.*, 2021). Entre os fatores de risco para a perda cognitiva estão a hipertensão, depressão e diabetes. Níveis tensionais sistólicos e/ou diastólicos aumentados levam a danos endoteliais vasculares que resultam em alterações na circulação cerebral, causando danos neuronais. O controle intensivo da pressão arterial leva a um melhor desempenho cognitivo. Altos níveis de glicose também levam a danos vasculares, e como consequência danificam órgãos nobres, como o cérebro, levando ao comprometimento cognitivo e piora no desenvolvimento cognitivo

(Campos *et al.*, 2024). Muitos ensaios clínicos falharam em identificar quaisquer medicamentos capazes de curar a demência ou a Doença de Alzheimer, e até mesmo modificar substancialmente o processo da doença. Em contrapartida, há grandes evidências de estudos epidemiológicos sugerindo que intervenções relacionadas aos fatores de risco e proteção modificáveis podem atrasar ou mesmo interromper o início da Doença de Alzheimer e da demência (Grande *et al.*, 2020).

As atividades e exames preventivos antes do aparecimento da demência estão se tornando muito importantes, e os principais programas de prevenção são atividades físicas para ajudar na atividade cerebral e programas de melhoria da função cognitiva. Os exercícios de mastigação por exemplo, expandem o fluxo sanguíneo para o cérebro, ajudando as funções cerebrais relacionadas ao aprendizado e à memória. Foi demonstrado que a memória e a capacidade cognitiva dos animais deterioravam-se quando os molares eram removidos, as coroas eram removidas ou os animais eram alimentados apenas com alimentos macios, e os animais mais velhos perdiam a capacidade de aprendizagem mais rapidamente. Existem também experiências em animais que mostram que a redução da mastigação afeta a função e a morfologia dos neurônios do hipocampo, que são essenciais para as funções de aprendizagem. Estudos epidemiológicos transversais em humanos mostram resultados semelhantes aos de experimentos com animais (Go *et al.*, 2016).

A atividade de comer envolve circuitos neuronais sensoriais, motores, de prazer e de formação de memória e regiões cerebrais. A mastigação forma memórias funcionais e se torna um ato físico básico e prazeroso que envolve inúmeras regiões cerebrais por meio da criação de entradas sensoriais em todo o sistema nervoso central por meio dos núcleos trigêmeos. Este processo elaborado é semelhante ao exercício cerebral que requer controle neuromuscular e somatossensorial coordenado e resulta em aumento do fluxo sanguíneo, oxigenação do sangue e ativação de inúmeras regiões corticais do cérebro, incluindo o hipocampo, uma região do cérebro crítica para a aprendizagem e a memória que é suscetível à patogênese da Doença de Alzheimer. Além disso, a mastigação leva à expressão do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), bem como seu receptor, o receptor de tirosina quinase B. A expressão do BDNF via mastigação leva à proliferação de células neuronais, diferenciação e formação de sinapses. A sinalização interrompida entre a cavidade oral e o cérebro pode interromper processos neurobiológicos importantes que contribuem para resultados negativos de saúde, incluindo função cerebral e memória.

A disfunção mastigatória também leva à regulação negativa do BDNF, o que resulta em uma diminuição nas células progenitoras neuronais e neurônios funcionais (Orr *et al.*, 2019).

O mecanismo pelo qual a microbiota oral impacta a cognição é provavelmente mediado por mudanças no microambiente oral que selecionam patógenos e facilitam a transmissão de bactérias para além da boca. A disbiose, particularmente devido à exposição a antibióticos, reduz a carga de bactérias comensais protetoras e aumenta os patógenos. Os simples atos da mastigação e escovação podem facilitar a passagem de bactérias e marcadores inflamatórios para a circulação sistêmica, particularmente em indivíduos com inflamação local devido à periodontite. Com resposta imune adequada, a bacteremia transitória é eliminada da circulação. No entanto, como muitos adultos mais velhos apresentam um declínio do sistema imunológico, também conhecido como imunossenescência, eles têm maior probabilidade de ficarem imunocomprometidos e, portanto, podem não ser capazes de eliminar a bacteremia. Foi sugerido que a imunossenescência também favorece o crescimento excessivo de anaeróbios orais, levando a uma resposta pró-inflamatória que enfraquece a barreira hematoencefálica, permitindo que as bactérias se espalhem para o cérebro. Uma vez que patógenos e marcadores inflamatórios migram para o cérebro e atravessam a barreira hematoencefálica, eles podem influenciar a ativação microglial, contribuindo para a patogênese da Doença de Alzheimer (Orr *et al.*, 2019).

A Doença de Alzheimer é uma doença cerebral crônica progressiva que começa com alterações imperceptíveis no cérebro e, em seguida, evolui gradualmente para sintomas como perda de memória, disfunção cognitiva e problemas de linguagem, assim que os neurônios são danificados ou parcialmente destruídos. O dano neuronal é progressivo e irreversível, portanto a dificuldade na comunicação, a desorientação e o distúrbio comportamental aparecem gradativamente, até os estágios finais onde os pacientes ficam incapazes de falar, engolir ou andar. Em 2019, a doença de Alzheimer e outras formas de demência foram classificadas como a sétima principal causa de morte no mundo, acometendo mais mulheres e idosos (Jungbauer *et al.*, 2022). A Doença de Alzheimer é uma doença física em que as proteínas se acumulam formando estruturas chamadas placas e emaranhados no cérebro. Isso leva à perda de conexões entre as células nervosas e, eventualmente, à morte das células nervosas e à perda do tecido cerebral. Há também uma escassez de algumas substâncias químicas importantes no cérebro. Dificuldades de memória

são geralmente os primeiros sintomas, outros sintomas envolverão problemas com aspectos do pensamento, raciocínio, percepção ou comunicação (Daly *et al.*, 2017).

As características patológicas da Doença de Alzheimer são a deposição extracelular de placas beta amiloides e acúmulo intracelular da proteína tau hiperfosforilada. Essas duas alterações levam à subsequente neurodegeneração, que é caracterizada por disfunção sináptica, aumento da vulnerabilidade neuronal e perda neuronal progressiva. A neuroinflamação é um componente crucial na patogênese da demência. Vários estudos demonstraram que a neuroinflamação seria capaz até de desencadear a deposição de amiloide, contribuindo para danos cerebrais precoces no processo da doença, sendo uma força motriz no desenvolvimento da demência e Doença de Alzheimer (Grande *et al.*, 2020).

Em relação ao transtorno depressivo é o transtorno de humor mais comum, sendo o transtorno depressivo maior relacionado com o risco à demência. Provavelmente isso se dá pelas características fisiológicas semelhantes em ambas as doenças, como a neurodegeneração, inflamação e produção de neurotransmissores capazes de danos neuronais. Essas doenças levam à perda da independência e autonomia do indivíduo acometido nas atividades básicas da vida, como comer e tomar banho sozinho, interagir com o ambiente e ter independência social. Com o declínio cognitivo, essas habilidades diminuem, o que é um fator de risco para a demência (Campos *et al.*, 2024). A depressão é uma doença comum, continua sendo um problema significativo em adultos mais velhos, e pode influenciar na saúde bucal. Os mecanismos dessa associação podem envolver atividades diárias restritas devido aos sintomas próprios da depressão. Indivíduos com depressão escovam os dentes com menos frequência e fazem menos visitas ao dentista, aumentando o risco de comprometimento da saúde bucal (Zhao *et al.*, 2023). No caso dos idosos, há muita perda dentária, o que leva a deficiências nutricionais pela perda da função mastigatória e à falta de habilidades sociais pela perda da aparência estética bucal. Como resultado, a deterioração da saúde oral tem um impacto significativo nos idosos, incluindo solidão, depressão e aumento da sensibilidade à dor. Estudos sugerem que a presença de sintomas depressivos em idosos está relacionada com a frequência de escovação dentária (Wi *et al.*, 2022).

A depressão é um transtorno comum entre os idosos, no entanto não é um elemento padrão do processo de envelhecimento. À medida que as pessoas envelhecem, elas vivenciam novas situações e circunstâncias como resultado das

quais precisam enfrentar, por exemplo, redução ou falta de atividade vocacional, perda de um parceiro de vida, a necessidade de superar barreiras físicas diariamente, bem como barreiras emocionais relacionadas à solidão e à transitoriedade da vida. Problemas relacionados à insônia, perda de apetite, bem como ao funcionamento amplamente definido na sociedade podem influenciar negativamente o bem-estar de uma pessoa. A redução de energia e motivação associada à depressão pode afetar a saúde bucal pela negligência dos procedimentos de higiene bucal, o que leva ao aumento do risco de cáries dentárias e doenças periodontais, nutrição cariogênica, evitação de cuidados odontológicos necessários e xerostomia induzida por antidepressivos (Sko-skiewicz-Malinowska *et al.*, 2018).

Estudos revelaram que fatores psicossociais, como sintomas depressivos, níveis mais elevados de estresse, níveis mais baixos de autoestima, níveis mais baixos de senso de coerência, alto bem-estar psicológico e um alto nível de crenças de enfrentamento, estão associados a uma pior saúde bucal. Teoricamente, os fatores psicossociais são vistos como influências que atuam principalmente entre os níveis social e individual, mas não são, no entanto, equiparados aos aspectos estruturais da sociedade ou às características psicológicas. Assim, um processo psicossocial está operando quando circunstâncias socioeconômicas adversas levam à perda de recursos psicossociais que, por sua vez, afetam a saúde bucal, seja diretamente ou por meio de estilos de vida e fatores biológicos (Åstrøm *et al.*, 2016; Baker *et al.* 2010).

O comprometimento cognitivo leva à incapacidades psicológicas, o que pode comprometer a autopercepção das condições de saúde bucal e da necessidade de tratamento, como a utilização de próteses dentárias. Tal comprometimento também leva a dificuldades na utilização destas, gerando problemas potenciais na vida desses indivíduos, destacando-se os relacionados à dificuldade na função mastigatória (Ferreira *et al.*, 2014).

## **Justificativa**

Considerando que a população de idosos está aumentando de forma rápida e que o Brasil tem apenas 20 anos para se adequar à transição da pirâmide etária, é primordial entender como está a saúde de idosos institucionalizados e da comunidade no Brasil. Neste sentido, é importante conhecer como está a saúde oral, já que está

tão relacionada à saúde mental e geral de um indivíduo, interferindo significativamente no desenvolvimento de diferentes comorbidades.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a saúde oral e fatores associados em idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde - Goiás.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar o edentulismo total e parcial em idosos institucionalizados e da comunidade;
2. Avaliar os fatores socioeconômicos e de saúde geral em idosos institucionalizados e da comunidade;
3. Avaliar a qualidade da higiene oral e das próteses em idosos institucionalizados e da comunidade;
4. Avaliar o uso de próteses removíveis em idosos institucionalizados e da comunidade;
5. Avaliar a presença de xerostomia e lesões em mucosa oral em idosos institucionalizados e da comunidade;
6. Avaliar outros fatores relacionados a saúde oral (comer bem, dor ao comer, dor ao engolir, tosse, voz rouca, etc) em idosos institucionalizados e da comunidade;
7. Avaliar a associação do edentulismo total ou parcial com fatores socioeconômicos, de saúde geral e saúde oral.

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi transversal, utilizando uma população de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, institucionalizados ou da comunidade residentes no município de Rio Verde em Goiás – Brasil. Os indivíduos foram selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normas e Diretrizes de Pesquisa envolvendo seres humanos foram seguidos. Tal resolução assegura o sigilo da identidade dos participantes. Além disso, os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, objetivos, benefícios e possíveis riscos, além dos incômodos que poderiam lhes acarretar (BRASIL, 2012). O estudo foi previamente aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESC sob parecer 7.106.785 (ANEXO I).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I), e receberam sua cópia para arquivamento se assim considerarem necessário e para ter o contato dos pesquisadores caso tivessem dúvidas ou decidissem pela desistência em participar. Os dados da pesquisa são confidenciais, de acordo com o termo de confidencialidade do estudo (APÊNDICE II).

#### **3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO**

Foi um estudo transversal, utilizando uma população de idosos institucionalizados ou da comunidade, residentes do município de Rio Verde - Goiás, selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão.

##### **3.2.1 Critérios de Inclusão**

- Indivíduos de ambos os sexos, institucionalizados e da comunidade que utilizam a instituição durante o dia, residentes do município de Rio Verde- Goiás;
- Indivíduos que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Idade igual ou maior que 60 anos.
- Nível cognitivo que permitisse a realização dos questionários.

### 3.2.2 Critérios de exclusão:

- Deficiência visual parcial (de 40 a 60% de comprometimento) ou total;
- Deficiência auditiva severa (não consegue ouvir sons abaixo dos 80 decibéis, em média) e profunda (quando não escuta sons emitidos com intensidade menor que 91 decibéis);
- Não possuir condições de responder os questionários de forma independente;

### 3.3 TAMANHO DA AMOSTRA

A seleção dos participantes foi de todos os indivíduos que residem na associação Beneficente Auta de Sousa (ABAS) e aqueles da comunidade que passam o dia lá e que aceitaram participar do estudo. A ABAS é uma associação beneficente em que indivíduos residem e outros idosos da comunidade passam o dia para fazer atividades fornecidas pela associação. A ABAS está localizada em Rio Verde – Goiás – Brasil (APÊNDICE III). Entre os indivíduos residentes e os indivíduos da comunidade selecionados pelos critérios de inclusão e exclusão, fez-se total de 84 indivíduos.

Os idosos selecionados que aceitaram participar, assinaram o TCLE e então passaram por uma visita em que responderam a um questionário sociodemográfico, de saúde e nutricional previamente elaborado pelo grupo de pesquisa, e instrumentos que avaliaram a qualidade de vida e a saúde oral, além de algumas informações dos prontuários dos indivíduos.

### 3.4 DESFECHOS DO ESTUDO

O desfecho principal do estudo foi o edentulismo total ou parcial em idosos da comunidade e institucionalizados. Os desfechos secundários envolveram os fatores sociodemográficos e de saúde geral e oral (comorbidades, número de medicamentos utilizados, índice de massa corpórea, memória autorrelatada, uso de próteses removíveis, presença de xerostomia e de lesões em mucosa oral).

### 3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA

**Questionário sociodemográfico, econômico, de saúde geral, oral e nutricional:** instrumento elaborado pelos pesquisadores com o objetivo de coletar informações acerca das condições sociais, demográficas, econômicas e de saúde dos idosos entrevistados. Esse questionário possui variáveis específicas para cada área investigada. Por exemplo, dentro das variáveis demográficas estão: gênero (masculino ou feminino), data de nascimento, idade, naturalidade e número total de filhos vivos (APÊNDICE IV).

**Avaliação da saúde oral:** A avaliação da saúde oral ou bucal foi realizada por uma dentista especializada do grupo de pesquisa, devidamente paramentada. Foi realizado um exame clínico intraoral com auxílio de espátula de madeira para verificar: 1) número de dentes presentes; 2) uso de próteses removíveis; 3) qualidade da higiene oral e das próteses; 4) presença de xerostomia e lesões na mucosa oral.

### 3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

As comparações entre os grupos (comunidade e institucionalizado) e as associações com uso de prótese dentária foram realizadas através dos testes t-student para amostras independentes (médias), Mann-Whitney (medianas), qui-quadrado ou exato de Fisher com o auxílio da análise dos resíduos ajustados, quando necessário (proporções).

Para controle de fatores confundidores, a análise multivariada de Regressão de Poisson foi aplicada. O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que ela apresentasse um valor  $p < 0,20$  na análise bivariada, mas foram mantidas no modelo final as variáveis com  $p < 0,10$ . Foram calculadas a Razão de Prevalências em conjunto com o intervalo de 95% de confiança.

O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 27.0.

#### 4. RESULTADOS

Os resultados da Tabela 1 mostram a caracterização da amostra dividida em indivíduos idosos e indivíduos institucionalizados. Observa-se que os indivíduos da comunidade (n=50) apresentam idade média de  $75,6 \pm 8,0$ , enquanto os indivíduos institucionalizados (n=34) apresentam idade média de  $75,8 \pm 8,6$ . Observa-se que os indivíduos de sexo feminino foram mais prevalentes em idosos da comunidade, enquanto nos idosos institucionalizados foi mais prevalente o sexo masculino ( $p=0,018$ ) – idosos da comunidade apresentaram mediana de 3, enquanto nos idosos institucionalizados apresentaram 2 –, os institucionalizados apresentaram também menor número de filhos ( $p<0,001$ ) e mais solteiros ( $p=0,025$ ).

Tabela 1 – Caracterização da amostra

<b>Variáveis#</b>	<b>Idosos da comunidade (n=50; 59,5%)</b>	<b>Idosos institucionalizados (n=34; 40,5%)</b>	<b>P</b>
Idade (anos) – média $\pm$ DP	75,6 $\pm$ 8,0	75,8 $\pm$ 8,6	0,933
Sexo – n(%)			0,018
Masculino	21 (42,0)	24 (70,6)	
Feminino	29 (58,0)	10 (29,4)	
Número de filhos vivos – mediana (P25 – P75)	3 (2,5 – 5)	2 (0 – 3)	<0,001
Aposentado – n(%)	40 (80,0)	31 (91,2)	0,279
Nível de escolaridade – n(%)			0,724
Analfabeto	11 (22,9)	9 (26,5)	
Primário incompleto	17 (35,4)	13 (38,2)	
Primário completo	8 (16,7)	8 (23,5)	
Ensino médio incompleto	3 (6,3)	2 (5,9)	
Ensino médio completo	6 (12,5)	2 (5,9)	
Superior completo	2 (4,2)	0 (0,0)	
Outro	1 (2,1)	0 (0,0)	
Estado civil – n(%)			0,025
Solteiro (a)	6 (12,0)	13 (38,2)*	
Viúvo (a)	25 (50,0)*	9 (26,5)	
Divorciado (a)	10 (20,0)	5 (14,7)	
Casado (a)	9 (18,0)	7 (20,6)	
Cor da pele declarada – n(%)			0,416
Branca	24 (51,1)	16 (50,0)	
Mestiça	18 (38,3)	15 (46,9)	
Amarela	5 (10,6)	1 (3,1)	
Situação de moradia – n(%)			-
Sozinho	11 (22,0)	-	
Cônjuge	1 (2,0)	-	
Familiar (filho)	7 (14,0)	-	
Familiar (irmãos)	28 (56,0)	-	
Amigos	3 (6,0)	-	

Tabela 1 – Caracterização da amostra

<b>Variáveis#</b>	<b>Idosos da comunidade (n=50; 59,5%)</b>	<b>Idosos institucionalizados (n=34; 40,5%)</b>	<b>P</b>
Renda total do idoso – n(%)			0,344
Até 1 s.m.	35 (72,9)	19 (61,3)	
De 1 a 2 s.m.	9 (18,8)	11 (35,5)	
De 3 a 4 s.m.	2 (4,2)	0 (0,0)	
De 5 a 6 s.m.	1 (2,1)	1 (3,2)	
De 7 a 8 s.m.	1 (2,1)	0 (0,0)	
Participa de alguma atividade na comunidade – n(%)	21 (42,0)	14 (42,4)	1,000

Fonte: Do Autor, 2025.

# algumas variáveis não têm disponíveis todos os dados, sendo os cálculos realizados em relação aos dados disponíveis; \* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Os dados da Tabela 2 mostram a saúde em geral da amostra, dividida em indivíduos idosos da comunidade e indivíduos idosos institucionalizados. Observa-se que idosos institucionalizados sentem-se menos escutados pela família ( $p=0,015$ ) e fazem menos uso de bebida alcoólica ( $p=0,010$ ).

Tabela 2 - Dados sobre a saúde em geral

<b>Variáveis#</b>	<b>Idosos da comunidade (n=50; 59,5%)</b>	<b>Idosos institucionalizados (n=34; 40,5%)</b>	<b>P</b>
Problema que mais atinge sua vida – n(%)			0,342
Nenhum	11 (22,0)	10 (30,3)	
Saúde	29 (58,0)	12 (36,4)	
Econômico	3 (6,0)	2 (6,1)	
Pessoal	3 (6,0)	5 (15,2)	
Familiar	4 (8,0)	4 (12,1)	
Se tiver algum problema a família se preocupa – n(%)	36 (73,5)	18 (56,3)	0,172
Sente-se escutado pela família – n(%)	42 (85,7)	19 (59,4)	0,015
Sente-se compreendido – n(%)	42 (85,7)	23 (71,9)	0,214
Sente-se satisfeito como é tratado pela família – n(%)	42 (85,7)	21 (65,6)	0,064
Viúvo recentemente – n(%)	6 (12,5)	1 (3,1)	0,233
Perda de filhos recente – n(%)	4 (8,3)	1 (3,1)	0,643
Autopercepção da saúde – n(%)			0,465
Excelente	0 (0,0)	2 (8,0)	
Muito boa	1 (3,8)	3 (12,0)	
Boa	16 (61,5)	13 (52,0)	
Ruim	6 (23,1)	5 (20,0)	
Muito ruim	3 (11,5)	2 (8,0)	

Tabela 2 – Dados sobre a saúde em geral

<b>Variáveis#</b>	<b>Idosos da comunidade (n=50; 59,5%)</b>	<b>Idosos institucionalizados (n=34; 40,5%)</b>	<b>P</b>
Patologias – n(%)			
Hipertensão Arterial Sistêmica	21 (67,7)	16 (55,2)	0,462
Diabetes	11 (32,4)	8 (29,6)	1,000
Cardiopatias	9 (34,6)	4 (14,8)	0,175
Outras	23 (74,2)	19 (79,2)	0,912
Faz uso de algum medicamento – n(%)	39 (95,1)	31 (96,9)	1,000
Vitaminas e suplementos	10 (30,3)	14 (48,3)	0,235
Anti-hipertensivos	24 (63,2)	19 (63,3)	1,000
Insulina	8 (22,2)	2 (7,4)	0,167
Calmantes	12 (36,4)	7 (28,0)	0,697
Relaxantes musculares	7 (21,2)	1 (3,8)	0,067
Outras	41 (97,6)	27 (90,0)	0,301
Faz uso de produtos naturais para tratamento de alguma doença – n(%)	3 (18,8)	3 (16,7)	1,000
Pratica alguma atividade física – n(%)	16 (44,4)	11 (42,3)	1,000
Já fumou – n(%)	27 (56,3)	19 (55,9)	1,000
Fuma – n(%)	4 (11,8)	5 (22,7)	0,294
Faz uso de bebida alcoólica – n(%)	9 (18,8)	0 (0,0)	0,010
Refluxo gastroesofágico – n(%)	8 (18,6)	7 (21,9)	0,953
Falta de ar – (%)	13 (29,5)	8 (25,8)	0,925

Fonte: Do Autor, 2025.

# algumas variáveis não têm disponíveis todos os dados, sendo os cálculos realizados em relação aos dados disponíveis;

A Tabela 3 mostra os resultados sobre saúde bucal da amostra dividida em indivíduos idosos da comunidade e indivíduos idosos institucionalizados. Observa-se que os idosos institucionalizados apresentaram significativamente maior necessidade de temperar mais os alimentos ( $p=0,008$ ).

Tabela 3 - Dados sobre a saúde bucal.

<b>Variáveis#</b>	<b>Idosos da comunidade (n=50; 59,5%)</b>	<b>Idosos institucionalizados (n=34; 40,5%)</b>	<b>P</b>
Voz rouca – n(%)	15 (34,1)	6 (20,0)	0,290
Uso de prótese dentária – n(%)	34 (68,0)	18 (52,9)	0,244
A prótese dentária está bem adaptada? – n(%)			0,601
Bem adaptada	19 (63,3)	10 (76,9)	
Apertada	2 (6,7)	1 (7,7)	
Frouxa	9 (30,0)	2 (15,4)	
Dificuldade para comer algum alimento – n(%)	10 (20,4)	14 (42,4)	0,057

Tabela 3 – Dados sobre a saúde bucal

<b>Variáveis#</b>	<b>Idosos da comunidade (n=50; 59,5%)</b>	<b>Idosos institucionalizados (n=34; 40,5%)</b>	<b>P</b>
Modificou a alimentação – n(%)	13 (28,3)	7 (21,9)	0,710
Consistência alimentar mais fácil – n(%)			0,169
Líquido	11 (25,6)	11 (37,9)	
Pastoso	14 (32,6)	12 (41,4)	
Sólido	16 (37,2)	5 (17,2)	
Líquido e pastoso	0 (0,0)	1 (3,4)	
As três consistências	2 (4,7)	0 (0,0)	
Dor ao mastigar – n(%)	8 (16,0)	8 (24,2)	0,517
Dor ao engolir – n(%)	4 (8,0)	4 (12,1)	0,707
Necessita temperar mais os alimentos – n(%)	3 (6,0)	10 (30,3)	0,008
Sente cansado ao mastigar ou engolir – n(%)	5 (10,0)	6 (18,2)	0,332
Tosse, alimento preso ou falta de ar – n(%)	9 (18,0)	6 (18,2)	1,000
Precisa beber líquidos durante a refeição para ajudar o alimento a descer – n(%)	18 (36,0)	12 (36,4)	1,000
Prefere mastigar somente de um lado – n(%)	5 (10,0)	7 (21,2)	0,206
Número de dentes presentes – mediana (P25 – P75)	0 (0 – 13)	5 (0 – 11,5)	0,929
Edentulismo – n(%)			0,608
Parcial	19 (48,7)	19 (57,6)	
Total	20 (51,3)	14 (42,4)	
Oclusão dos dentes molares – n(%)			0,303
Não se aplica	20 (51,3)	14 (42,4)	
Ocluem unilateralmente ou bilateralmente	9 (23,1)	5 (15,2)	
Não se ocluem	10 (25,6)	14 (42,4)	
Uso de próteses removíveis – n(%)	29 (74,4)	17 (51,5)	0,078
Qualidade das próteses – n(%)			0,127
Não se aplica	10 (25,6)	16 (48,5)	
Bem adaptadas	21 (53,8)	13 (39,4)	
Frouxas	8 (20,5)	4 (12,1)	
Qualidade da higiene oral -n(%)			0,199
Boa	21 (53,8)	14 (42,4)	
Regular	16 (41,0)	13 (39,4)	
Ruim	2 (5,1)	6 (18,2)	
Presença de xerostomia – n(%)	4 (10,3)	6 (18,2)	0,496
Lesões na mucosa oral – n(%)	2 (5,1)	2 (6,1)	1,000

Fonte: Do Autor, 2025.

# algumas variáveis não têm disponíveis todos os dados, sendo os cálculos realizados em relação aos dados disponíveis.

Os resultados da Tabela 4 mostram as associações com o edentulismo na amostra de idosos da comunidade, mostrando que os idosos da comunidade com edentulismo total são significativamente mais velhos ( $p=0,011$ ).

Tabela 4 - Associações com edentulismo no grupo de idosos da comunidade.

<b>Variáveis</b>	<b>Edentulismo parcial (n=19)</b>	<b>Edentulismo total (n=20)</b>	<b>P</b>
Idade (anos) – média $\pm$ DP	72,9 $\pm$ 8,1	79,4 $\pm$ 6,8	0,011
Sexo – n(%)			1,000
Masculino	7 (36,8)	8 (40,0)	
Feminino	12 (63,2)	12 (60,0)	
Número de filhos vivos – mediana (P25 – P75)	3 (3 – 4)	3 (2 – 5)	0,708
Aposentado – n(%)	15 (78,9)	17 (85,0)	0,695
Nível de escolaridade – n(%)			0,123
Analfabeto	2 (10,5)	6 (33,3)	
Primário incompleto	9 (47,4)	4 (22,2)	
Primário completo	3 (15,8)	4 (22,2)	
Ensino médio incompleto	3 (15,8)	0 (0,0)	
Ensino médio completo	1 (5,3)	3 (16,7)	
Superior completo	0 (0,0)	1 (5,6)	
Outro	1 (5,3)	0 (0,0)	
Estado civil – n(%)			0,281
Solteiro (a)	3 (15,8)	0 (0,0)	
Viúvo (a)	10 (52,6)	12 (60,0)	
Divorciado (a)	4 (21,1)	4 (20,0)	
Casado (a)	2 (10,5)	4 (20,0)	
Cor da pele declarada – n(%)			1,000
Branca	9 (50,0)	9 (50,0)	
Não branca	9 (50,0)	9 (50,0)	
Mora sozinho – n(%)			0,451
Sim	5 (26,3)	3 (15,0)	
Não	14 (73,7)	17 (85,0)	
Renda total do idoso – n(%)			0,246
Até 1 s.m.	12 (63,2)	15 (83,3)	
De 1 a 2 s.m.	5 (26,3)	3 (16,7)	
3 ou mais s.m.	2 (10,5)	0 (0,0)	
Participa de alguma atividade na comunidade – n(%)	11 (57,9)	7 (35,0)	0,266
Problema que mais atinge sua vida – n(%)			0,121
Nenhum	3 (15,8)	8 (40,0)	
Saúde	11 (57,9)	12 (60,0)	
Econômico	1 (5,3)	0 (0,0)	
Pessoal	2 (10,5)	0 (0,0)	
Familiar	2 (10,5)	0 (0,0)	
Se tiver algum problema a família se preocupa – n(%)	13 (68,4)	14 (73,7)	1,000
Sente-se escutado pela família – n(%)	15 (78,9)	17 (89,5)	0,660

Tabela 4 – Associações com edentulismo no grupo de idosos da comunidade

Variáveis	Edentulismo	Edentulismo	P
	parcial (n=19)	total (n=20)	
Sente-se compreendido – n(%)	15 (78,9)	18 (94,7)	0,340
Sente-se satisfeito como é tratado pela família – n(%)	15 (78,9)	18 (94,7)	0,340
Viúvo recentemente – n(%)	2 (11,1)	4 (21,1)	0,660
Perda de filhos recente – n(%)	1 (5,6)	1 (5,3)	1,000
Autopercepção da saúde – n(%)			0,167
Excelente/Muito boa	0 (0,0)	1 (14,3)	
Boa	4 (44,4)	5 (71,4)	
Ruim/ Muito ruim	5 (55,6)	1 (14,3)	
Patologias – n(%)			
Hipertensão Arterial Sistêmica	7 (63,6)	10 (71,4)	1,000
Diabetes	6 (50,0)	3 (20,0)	0,127
Cardiopatias	2 (22,2)	4 (33,3)	0,659
Outras	9 (90,0)	9 (60,0)	0,179
Faz uso de algum medicamento – n(%)	17 (100)	14 (87,5)	0,227
Vitaminas e suplementos	7 (53,8)	3 (20,0)	0,114
Anti-hipertensivos	11 (68,8)	9 (60,0)	0,894
Insulina	5 (33,3)	2 (13,3)	0,390
Calmantes	7 (58,3)	5 (33,3)	0,363
Relaxantes musculares	4 (33,3)	1 (6,7)	0,139
Outras	18 (100)	16 (100)	-
Faz uso de produtos naturais para tratamento de alguma doença – n(%)	2 (40,0)	0 (0,0)	0,152
Pratica algum tipo de atividade física – n(%)	8 (53,3)	6 (46,2)	1,000
Já fumou – n(%)	11 (64,7)	9 (45,0)	0,386
Fuma – n(%)	1 (6,7)	2 (20,0)	0,543
Faz uso de bebida alcoólica – n(%)	3 (15,8)	4 (20,0)	1,000
Refluxo gastroesofágico – n(%)	5 (31,3)	1 (5,0)	0,069
Falta de ar – n(%)	6 (37,5)	3 (15,0)	0,146
Voz rouca – n(%)	6 (37,5)	6 (30,0)	0,906
Dificuldade para comer algum alimento – n(%)	2 (10,5)	5 (25,0)	0,407
Modificou a alimentação – n(%)	3 (17,6)	7 (36,8)	0,274
Consistência alimentar mais fácil – n(%)			0,476
Líquido	3 (18,8)	5 (27,8)	
Pastoso	4 (25,0)	7 (38,9)	
Sólido	8 (50,0)	6 (33,3)	
As três consistências	1 (6,3)	0 (0,0)	
Dor ao mastigar – n(%)	2 (10,5)	5 (25,0)	0,407
Dor ao engolir – n(%)	1 (5,3)	2 (10,0)	1,000
Sente-se cansado ao mastigar ou engolir – n(%)	2 (10,5)	2 (10,0)	1,000
Prefere mastigar somente de um lado – n(%)	1 (5,3)	3 (15,0)	0,605
Qualidade da higiene oral – n(%)			0,989
Boa	10 (52,6)	11 (55,0)	
Regular	8 (42,1)	8 (40,0)	
Ruim	1 (5,3)	1 (5,0)	

Presença de xerostomia – n(%)	2 (10,5)	2 (10,0)	1,000
Lesões na mucosa oral – n(%)	1 (5,3)	1 (5,0)	1,000

Fonte: Do Autor, 2025.

A Tabela 5 apresenta os resultados das associações com edentulismo na amostra de idosos institucionalizados. Observa-se que os idosos institucionalizados com edentulismo total são significativamente mais da raça branca ( $p=0,047$ ).

Tabela 5 - Associações com edentulismo no grupo de idosos institucionalizados.

<b>Variáveis</b>	<b>Edentulismo parcial (n=19)</b>	<b>Edentulismo total (n=14)</b>	<b>P</b>
Idade (anos) – média ± DP	75,4 ± 10,6	76,4 ± 5,8	0,766
Sexo – n(%)			1,000
Masculino	14 (73,7)	10 (71,4)	
Feminino	5 (26,3)	4 (28,6)	
Número de filhos vivos – mediana (P25 – P75)	2 (0 – 4)	2,5 (1 – 3)	0,679
Aposentado – n(%)	17 (89,5)	13 (92,9)	1,000
Nível de escolaridade – n(%)			0,755
Analfabeto	5 (26,3)	4 (28,6)	
Primário incompleto	6 (31,6)	6 (42,9)	
Primário completo	5 (26,3)	3 (21,4)	
Ensino médio incompleto	2 (10,5)	0 (0,0)	
Ensino médio completo	1 (5,3)	1 (7,1)	
Estado civil – n(%)			0,345
Solteiro (a)	7 (36,8)	6 (42,9)	
Viúvo (a)	7 (36,8)	2 (14,3)	
Divorciado (a)	1 (5,3)	3 (21,4)	
Casado (a)	4 (21,1)	3 (21,4)	
Cor da pele declarada – n(%)			0,047
Branca	6 (31,6)	9 (75,0)	
Não branca	13 (68,4)	3 (25,0)	
Renda total do idoso – n(%)			0,479
Até 1 s.m.	11 (64,7)	7 (53,8)	
De 1 a 2 s.m.	5 (29,4)	6 (46,2)	
3 ou mais s.m.	1 (5,9)	0 (0,0)	
Participa de alguma atividade na comunidade – n(%)	11 (57,9)	3 (23,1)	0,112
Problema que mais atinge sua vida – n(%)			0,491
Nenhum	6 (31,6)	4 (30,8)	
Saúde	7 (36,8)	4 (30,8)	
Econômico	2 (10,5)	0 (0,0)	
Pessoal	3 (15,8)	2 (15,4)	
Familiar	1 (5,3)	3 (23,1)	
Se tiver algum problema a família se preocupa – n(%)	10 (55,6)	7 (53,8)	1,000
Sente-se escutado pela família – n(%)	11 (61,1)	7 (53,8)	0,972
Sente-se compreendido – n(%)	15 (83,3)	7 (53,8)	0,114

Tabela 5 – Associações com edentulismo no grupo de idosos institucionalizados

Variáveis	Edentulismo	Edentulismo	P
	parcial (n=19)	total (n=14)	
Sente-se satisfeito como é tratado pela família – n(%)	13 (72,2)	8 (61,5)	0,701
Viúvo recentemente – n(%)	0 (0,0)	1 (7,7)	0,419
Perda de filhos recente – n(%)	1 (5,6)	0 (0,0)	1,000
Autopercepção da saúde – n(%)			0,588
Excelente/Muito boa	4 (26,7)	1 (10,0)	
Boa	7 (46,7)	6 (60,0)	
Ruim/ Muito ruim	4 (26,7)	3 (30,0)	
Patologias – n(%)			
Hipertensão Arterial Sistêmica	9 (50,0)	7 (70,0)	0,434
Diabetes	6 (35,3)	2 (22,2)	0,667
Cardiopatias	3 (17,6)	1 (11,1)	1,000
Outras	10 (71,4)	8 (88,9)	0,611
Faz uso de algum medicamento – n(%)	18 (94,7)	12 (100)	1,000
Vitaminas e suplementos	9 (52,9)	5 (45,5)	1,000
Anti-hipertensivos	11 (61,1)	8 (72,7)	0,694
Insulina	1 (5,9)	1 (11,1)	1,000
Calmantes	5 (33,3)	1 (11,1)	0,351
Relaxantes musculares	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Outras	15 (88,2)	12 (100)	0,498
Faz uso de produtos naturais para tratamento de alguma doença – n(%)	2 (18,2)	1 (16,7)	1,000
Prática algum tipo de atividade física – n(%)	8 (50,0)	3 (33,3)	0,677
Já fumou – n(%)	9 (47,4)	10 (71,4)	0,305
Fuma – n(%)	1 (10,0)	4 (36,4)	0,311
Refluxo gastroesofágico – n(%)	4 (21,1)	3 (25,0)	1,000
Falta de ar – n(%)	4 (21,1)	4 (33,3)	0,676
Voz rouca – n(%)	3 (15,8)	3 (27,3)	0,641
Dificuldade para comer algum alimento – n(%)	6 (31,6)	7 (53,8)	0,372
Modificou a alimentação – n(%)	2 (10,5)	5 (41,7)	0,078
Consistência alimentar mais fácil – n(%)			0,333
Líquido	4 (23,5)	6 (54,5)	
Pastoso	8 (47,1)	4 (36,4)	
Sólido	4 (23,5)	1 (9,1)	
Líquido e pastoso	1 (5,9)	0 (0,0)	
Dor ao mastigar – n(%)	3 (15,8)	5 (38,5)	0,219
Dor ao engolir – n(%)	1 (5,3)	2 (15,4)	0,552
Sente-se cansado ao mastigar ou engolir – n(%)	3 (15,8)	2 (15,4)	1,000
Prefere mastigar somente de um lado – n(%)	5 (26,3)	1 (7,7)	0,361
Qualidade da higiene oral – n(%)			0,362
Boa	7 (36,8)	7 (50,0)	
Regular	7 (36,8)	6 (42,9)	
Ruim	5 (26,3)	1 (7,1)	
Presença de xerostomia – n(%)	3 (15,8)	3 (21,4)	1,000
Lesões na mucosa oral – n(%)	0 (0,0)	2 (14,3)	0,172

Fonte: Do Autor, 2025.

\* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Para controle de fatores confundidores, o modelo de Regressão de Poisson foi realizado e está apresentado na Tabela 6. Após o ajuste, para os idosos da comunidade, permaneceram associadas com o edentulismo total: idade ( $p < 0,001$ ), escolaridade ( $p = 0,003$ ), Diabetes ( $p < 0,001$ ) e uso de vitaminas e suplementos ( $p = 0,003$ ). Para um ano a mais de idade, há um aumento de 13% na prevalência de edentulismo total (RP=1,13; IC 95%; 1,06-1,20). Para os que tem mais baixa escolaridade (até primário completo) há um aumento na prevalência do desfecho em 205%, quando comparados aos que ao menos iniciaram o ensino médio (RP=3,05; IC 95%: 1,45-6,42). Ainda, os idosos da comunidade com Diabetes tem uma redução de 64% na probabilidade de edentulismo total (RP=0,36; IC 95%: 0,20-0,63). Por fim, os idosos que fazem uso de vitaminas e suplementos tem uma redução de 70% na prevalência deste desfecho (RP=0,30; IC 95%: 0,14-0,67).

Após o ajuste, para os idosos institucionalizados, permaneceram associadas com o edentulismo total: cor da pele ( $p = 0,038$ ) e a sensação de ser compreendido ( $p = 0,027$ ). Para idosos institucionalizados de cor branca o aumento na prevalência de edentulismo total é de 220% (RP=3,20; IC 95%: 1,07-9,62), quando comparados aos não-brancos. Para idosos institucionalizados que se sentem compreendidos, a prevalência de edentulismo total reduz em 79% (RP=0,21; IC 95%: 0,05-0,83).

Tabela 6 - Análise de Regressão de Poisson multivariada para avaliar fatores independentemente associados ao edentulismo total.

Variáveis	Razão de Prevalências	IC 95%	p
<b>Grupo Idosos da Comunidade</b>			
Idade (anos)	1,13	1,06 – 1,20	<0,001
Escolaridade até primário completo	3,05	1,45 – 6,42	0,003
Diabetes	0,36	0,20 – 0,63	<0,001
Uso de vitaminas e suplementos	0,30	0,14 – 0,67	0,003
<b>Grupo Idosos institucionalizados</b>			
Cor da pele branca	3,20	1,07 – 9,62	0,038
Sente-se compreendido	0,21	0,05 – 0,83	0,027

Fonte: Do Autor, 2025.

## 5. DISCUSSÃO

A autopercepção da saúde dos indivíduos idosos da comunidade e da instituição não possui diferenças significativas, mas, observa-se que nas duas amostras o número de indivíduos que consideram sua saúde excelente ou muito boa é bastante reduzido, sendo 3,8% dos indivíduos da comunidade e 20% dos indivíduos institucionalizados. A população idosa é considerada mais frágil, e sua percepção da saúde está relacionada à qualidade de vida. Nota-se que eles não se encontram completamente satisfeitos, e isso pode influenciar no seu bem-estar, portanto na qualidade de vida (Li *et al.*, 2025).

Sabe-se que idosos residentes na comunidade, assim como os idosos institucionalizados podem apresentar o mesmo perfil, dependendo do nível econômico da institucionalização e da comunidade (Shakil *et al.*, 2024).

Observa-se que a totalidade de indivíduos apresentam edentulismo total ou parcial neste estudo. A saúde bucal faz parte da saúde e do bem-estar geral, no entanto é comumente ignorada na agenda global de saúde. As condições bucais são, em sua maioria, evitáveis ou tratáveis, mas os idosos em geral não recebem os cuidados de rotina necessários para manter um bom estado de saúde bucal. Os idosos tendem a negligenciar a higiene bucal devido à falta de conhecimento e conscientização sobre o assunto. Tal negligência constitui um fracasso da política de saúde global e uma falha no cumprimento dos direitos humanos básicos dos idosos (Cho *et al.*, 2018; Patel *et al.*, 2021). A má saúde bucal e a perda de dentes são sinais de envelhecimento e são resultado de hábitos de saúde ao longo da vida, status socioeconômico e outros fatores que influenciam a saúde, como diabetes mellitus, depressão, periodontite e cáries extensas, e fatores relacionados à capacidade funcional. A perda de dentes pode ser vista como uma consequência séria de doenças dentárias e má saúde bucal. A perda de vários dentes reduz a capacidade de mastigação e aumenta o risco de desnutrição devido a mudanças nas preferências alimentares (Bachkati *et al.*, 2017).

A maior parte dos indivíduos, 95,1% dos indivíduos da comunidade e 96,9% dos indivíduos da instituição, faz uso de medicamentos diariamente, concordando com Campos *et al.*, 2024. Em seus estudos, 95% dos idosos dependem de medicamentos. Está relacionado com o aumento de comorbidades que acompanha o envelhecimento, onde no presente estudo a hipertensão arterial sistêmica é mais prevalente quando

comparada à diabetes e cardiopatias, e há ainda uma variável de outras patologias com maior prevalência que a hipertensão arterial sistêmica para os dois grupos.

Kishore *et al.*, 2013, relataram que vários estudos sugeriram que 68-95% das pessoas com 65 anos ou mais tomam medicamentos. Com o envelhecimento fisiológico e múltiplas patologias, os indivíduos idosos ficam mais suscetíveis a interações medicamentosas e efeitos adversos. Muitos medicamentos são capazes de induzir boca seca (xerostomia) e hipofunção das glândulas salivares, com impacto na saúde bucal. Lipsky *et al.*, 2024, listaram as classes de medicamentos mais comuns associadas à boca seca, que incluem Antidepressivos e Antipsicóticos, Diuréticos, Agentes Anti-hipertensivos, Agentes Sedativos e Ansiolíticos, Relaxantes Musculares e Agentes Analgésicos. Esses medicamentos fazem parte da rotina diária dos idosos, portanto é possível esperar efeitos adversos.

Conforme Baijens *et al.*, 2016, a disfagia orofaríngea pode causar complicações graves, como desnutrição, desidratação, infecções respiratórias, pneumonia por aspiração e aumento de readmissões, institucionalização e morbimortalidade. A disfagia orofaríngea é um problema grave e prevalente em todos os fenótipos de pacientes idosos, pois a resposta da deglutição orofaríngea é prejudicada em pessoas idosas e pode causar aspiração. Apesar de sua prevalência e gravidade, a disfagia orofaríngea ainda é subdiagnosticada e não tratada em muitos centros médicos. Os dados do presente estudo mostraram sinais e sintomas comuns à disfagia orofaríngea, como voz rouca (34,1% dos idosos da comunidade e 20% dos idosos institucionalizados), dificuldade para comer algum alimento (20,4% dos idosos da comunidade e 42,4% dos idosos institucionalizados), dor ao mastigar (16% dos idosos da comunidade e 24,2% dos idosos institucionalizados), necessidade de ingestão de líquidos durante a refeição para auxiliar na deglutição (36% dos idosos da comunidade e 36,4% dos idosos institucionalizados). Um número importante de indivíduos avaliados (51,3% de idosos da comunidade e 42,4% de idosos institucionalizados) não possuem nenhum dente na cavidade oral, o que pode agravar a disfagia orofaríngea. Dos indivíduos que possuem um ou mais dentes na cavidade oral, 23,1% dos idosos da comunidade e 15,2% dos idosos institucionalizados possuem oclusão dentária em molares unilateralmente ou bilateralmente, ou seja, mesmo os indivíduos que não são edêntulos totais, a eficiência mastigatória é reduzida pela falta dos dentes molares. Ainda, 74,4 % dos idosos da comunidade e 51,5% fazem uso de próteses removíveis.

Baijens *et al.*, 2016, relataram que a função mastigatória é muito importante para uma deglutição eficiente em pessoas idosas. A condição da boca, incluindo o número de dentes, a força da mordida e o fluxo de saliva, afeta a mastigação, que é inevitavelmente prejudicada em pessoas idosas, principalmente as que possuem edentulismo total, ou seja, perda total dos dentes. Indivíduos idosos são mais susceptíveis à fraqueza na mastigação, ciclos de mastigação mais longos e xerostomia. Vários estudos demonstraram que a mastigação é prejudicada em pessoas que usam próteses removíveis e isso pode aumentar o risco de aspiração.

Go *et al.*, 2016, demonstraram a relação da falta de molares com a memória e a capacidade cognitiva, pois a mastigação expande o fluxo sanguíneo para o cérebro, auxiliando funções cerebrais relacionadas ao aprendizado e memória. Isso chama a atenção já que a perda da memória e comprometimento cognitivo são consequências comuns ao envelhecimento.

A Organização Mundial da Saúde afirma que a retenção de um número mínimo de 20 dentes naturais sem nenhuma prótese deve ser mantida para garantir a função adequada, e a literatura acrescenta a conclusão de que um par mínimo de dentes naturais oclusos é necessário para proporcionar uma dentição funcional. A perda de dentes naturais torna a mastigação mais desafiadora para adultos mais velhos. Idosos com falta de dentição funcional têm um risco maior de deficiência na mastigação e deglutição. Os adultos mais velhos com perda dentária grave tendem a evitar alimentos mais duros, como carnes, frutas e vegetais, que são as principais fontes de proteínas, fibras, minerais e vitaminas. A perda dentária severa que resulta em falta de dentição funcional ou edentulismo afeta a ingestão nutricional e aumenta o risco de deficiência nutricional em idosos (Chan *et al.*, 2023). No estudo em questão, a mediana de dentes presentes foi de 0 para os idosos da comunidade e 5 para idosos institucionalizados. Um número muito aquém do que o ideal proposto pela Organização Mundial de Saúde.

Os idosos da comunidade mostraram associação do edentulismo total com a variável idade, onde para um ano a mais de idade, há um aumento de 13% de edentulismo total. Isso está de acordo com Chan *et al.* (2023) que relataram que a prevalência de perda dentária aumenta com a idade, com um pico de incidência aos 65 anos.

A qualidade da higiene oral dos idosos da comunidade e dos institucionalizados não teve significância estatística. Porém, nota-se que 41% dos indivíduos da

comunidade e 39,4% dos indivíduos institucionalizados possuem higiene regular, o que representa um grupo de indivíduos com desequilíbrio na microbiota oral. A disbiose está entre as características do envelhecimento (Lopes-Otín *et al.*, 2023), e é considerada em várias ligações com comorbidades, além de contribuir para a inflamação crônica de baixo grau.

Além da disbiose do microbioma oral estar relacionada a doenças orais, há evidências que sugerem ligação entre as bactérias da boca com a Doença de Alzheimer, com aumento nos níveis circulantes de fator de necrose tumoral-alfa e anticorpos para bactérias orais em pacientes com DA comparados ao controle (Orr *et al.*, 2020).

A disbiose pode levar à disseminação bacteriana hematogênica. A imunossenescência contribui nesse processo por favorecer o crescimento excessivo de anaeróbios orais, levando a uma resposta pró-inflamatória que enfraquece a barreira hematoencefálica, permitindo que as bactérias se espalhem para o cérebro. Uma vez que patógenos e marcadores inflamatórios migram para o cérebro e penetram na barreira hematoencefálica, eles podem influenciar a ativação microglial, deposição de A $\beta$ , a fosforilação da proteína tau e as alterações vasculares que podem contribuir para a patologia da DA (Orr *et al.*, 2020).

Importante notar também que há um número grande de edentulismo total, o que pode justificar a higiene oral boa em 53,8% dos indivíduos da comunidade e em 42,4% dos indivíduos institucionalizados, uma vez que torna o processo de higiene mais fácil pela redução de fatores retentores de placa bacteriana.

Para idosos institucionalizados, foi associado com o edentulismo total a cor da pele e a sensação de ser compreendido. Para idosos que se sentem compreendidos, a prevalência de edentulismo total reduz em 79%. A sensação de ser compreendido é uma variável que reflete a saúde mental desses indivíduos. Conforme Zhao (2023), a depressão é comum e continua sendo um problema significativo para indivíduos mais velhos. Pode ser considerada uma consequência natural aos eventos adversos da vida, o que é comum na população idosa, como a perda de habilidades sensoriais e cognitivas, perda de familiares e amigos, perda de casa, renda e emprego, perda de saúde, isolamento social e ansiedade em relação à morte. Os sintomas depressivos podem influenciar na saúde bucal, uma vez que afeta o autocuidado, diminuindo a frequência de escovações e as visitas ao dentista (Zhao, 2023).

Os dados do presente estudo quando comparados os idosos da comunidade com os idosos institucionalizados mostraram-se com poucas diferenças estatísticas por se tratar de dois grupos de idosos com perfis semelhantes, em que ser da comunidade ou institucionalizado não reflete uma melhor condição de saúde oral. Mostrando a necessidade de melhora da saúde oral da população mais jovem para manter os dentes saudáveis no envelhecimento.

## 6. CONCLUSÃO

A longevidade saudável, muito além da ausência de doenças, está relacionada ao bem-estar dos indivíduos idosos, no sentido de se sentirem realizados com a própria vida, e também capazes de desempenhar suas atividades diárias de maneira autônoma. As diferenças entre as variáveis relacionadas à saúde oral dos idosos da comunidade e dos idosos institucionalizados não apresentou significâncias estatísticas, pois os dois grupos apresentaram perfis muito semelhantes, além do número de participantes da amostra ser relativamente baixo. As duas populações apresentam problemas relacionados à saúde oral semelhantes, concluindo que, independentemente se são da comunidade ou institucionalizados, há desafios como a percepção de saúde, o uso de medicamentos diário com seus efeitos adversos, e uma série de problemas bucais interligados, como o edentulismo, a disfagia orofaríngea, a disbiose oral e suas repercussões na nutrição e cognição. Além disso, a saúde mental desempenha um papel crucial, afetando diretamente a saúde bucal. Tais achados sublinham a necessidade urgente de abordagens abrangentes e integradas na atenção à saúde do idoso, que considerem a interconexão entre saúde geral, oral e mental para promover um envelhecimento mais saudável e com melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ÅSTRØM, Anne N.; LIE, Stein A.; MBAWALLA, Hawa. Do self-efficacy and depression predict oral impacts on daily performances across time? A 2-yr follow-up of students in Tanzania. **European journal of oral sciences**, v. 124, n. 4, p. 358-367, 2016. <https://doi.org/10.1111/eos.12274>.
- BAIJENS, Laura WJ *et al.* European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. **Clinical interventions in aging**, p. 1403-1428, 2016.
- BACHKATI, Kristine Harrsen *et al.* Midlife cognitive ability, education, and tooth loss in older Danes. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 1, p. 194-199, 2017. <https://doi.org/10.1111/jgs.14513>.
- BAKER SR, Mat A, Robinson PG. What psycho social factors influence adolescents' oral health. **Journal of Dental Research** 89: 1230–1235, 2010.
- BRENNAN, D.S., Spencer, A.J., Roberts-Thomson, K.F., 2008. Tooth loss, chewing ability and quality of life. **Quality of Life Research** 17 (2), 227–235, 2008. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9293-2>.
- CAMPOS, Ana Carolina Brunatto Falchetti *et al.* Prevalence of cognitive impairment and associated factors in older people. **Journal of Affective Disorders**, v. 355, p. 283-289, 2024.
- CHAN, Alice Kit Ying *et al.* Diet, Nutrition, and oral health in older adults: a review of the literature. **Dentistry Journal**, v. 11, n. 9, p. 222, 2023. <https://doi.org/10.3390/dj11090222>.
- CHO, Min-Jeong *et al.* Relationship between the activities of daily living, oral health-related quality of life and dementia. **Geriatrics & gerontology international**, v. 18, n. 6, p. 943-949, 2018. <https://doi.org/10.1111/ggi.13305>.
- DALY, Blánaid *et al.* Evidence summary: the relationship between oral health and dementia. **British dental journal**, v. 223, n. 11, p. 846-853, 2017. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.992>.
- DELWEL, Suzanne *et al.* Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. **Clinical oral investigations**, v. 22, p. 93-108, 2018. <https://doi.org/10.1007/s00784-017-2264-2>.
- DO, Minh-Tung *et al.* Salivary flow rate and the risk of cognitive impairment among Korean elders: a cross-sectional study. **BMC geriatrics**, v. 21, p. 1-8, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02200-2>.
- DOMINGUEZ, Ligia J. *et al.* Nutrition, physical activity, and other lifestyle factors in the prevention of cognitive decline and dementia. **Nutrients**, v. 13, n. 11, p. 4080, 2021. <https://doi.org/10.3390/nu13114080>.

FERREIRA, Raquel Conceição *et al.* O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3417-3428, 2014.

FLUITMAN, Kristina S. *et al.* Associations of the oral microbiota and Candida with taste, smell, appetite and undernutrition in older adults. **Scientific reports**, v. 11, n. 1, p. 23254, 2021. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-02558-8>.

GRANDE, Giulia; QIU, Chengxuan; FRATIGLIONI, Laura. Prevention of dementia in an ageing world: Evidence and biological rationale. **Ageing research reviews**, v. 64, p. 101045, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101045>.

GO, Hye-Bin *et al.* The relationship between dementia and oral health in some elderly in Daejeon. **Journal of dental hygiene science**, v. 16, n. 6, p. 481-487, 2016. <https://doi.org/10.17135/jdhs.2016.16.6.481>.

HOLM-PEDERSEN, P., Schultz-Larsen, K., Christiansen, N., Avlund, K.. Tooth loss and subsequent disability and mortality in old age. **Journal of the American Geriatrics Society**. 56 (3), 429–435, 2008. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01602.x>.

HUPP Jr., Expanding oral-systemic connections: are we putting the cart before the horse? **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**. 103:443–5, 2007.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico. Rio de Janeiro, 2020.

JUNGBAUER, Gert *et al.* Periodontal microorganisms and Alzheimer disease—A causative relationship?. **Periodontology 2000**, v. 89, n. 1, p. 59-82, 2022.

KISHORE, Mallika *et al.* Oral diagnostics: an integral component to geriatric health care. **The Aging Male**, v. 16, n. 4, p. 159-163, 2013. <https://doi.org/10.3109/13685538.2013.789014>.

LARVIN, Harriet *et al.* The impact of study factors in the association of periodontal disease and cognitive disorders: systematic review and meta-analysis. **Age and ageing**, v. 52, n. 2, p. afad015, 2023.

LI, Zhonglian *et al.* Social support mediates the relationship between depression and subjective well-being in elderly patients with chronic diseases: Evidence from a survey in Rural Western China. **PLoS One**, v. 20, n6, p. e0325029, 2025.

LIPSKY, Martin S. *et al.* Oral health and older adults: A narrative review. **Dentistry Journal**, v. 12, n. 2, p. 30, 2024. <https://doi.org/10.3390/dj12020030>.

LOPES, Manuel José *et al.* Functioning and cognition of Portuguese older adults attending in residential homes and day centers: a comparative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 13, p. 7030, 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137030>.

LÓPEZ-OTÍN, Carlos *et al.* Hallmarks of aging: An expanding universe. **Cell**, v. 186, n. 2, p. 243-278, 2023. doi:10.1016/j.cell.2022.11.001.

LÓPEZ-OTÍN, Carlos *et al.* The hallmarks of aging. **Cell**, v. 153, n. 6, p. 1194-1217, 2013. doi: 10.1016/j.cell.2013.05.039.

MANCHERY, Nithin *et al.* Memory decline in older individuals predicts an objective indicator of oral health: findings from the Sydney Memory and Ageing Study. **BMC Oral Health**, v. 22, n. 1, p. 93, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02128-y>.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Saúde do idoso: documento de referência**. Genebra; 1995. (OMS/HPR/HEE/95.1).

ORR, Miranda E. *et al.* Can oral health and oral-derived biospecimens predict progression of dementia?. **Oral diseases**, v. 26, n. 2, p. 249-258, 2020. <https://doi.org/10.1111/odi.13201>.

PATEL, Jay *et al.* Oral health for healthy ageing. **The Lancet Healthy Longevity**, v. 2, n. 8, p. e521-e527, 2021.

RAPP, Lucie; SOURDET, S.; LACOSTE-FERRÉ, M.-H. Oral health and undernutrition in the frail elderly persons. **The Journal of nutrition, health and aging**, v. 25, n. 4, p. 484-491, 2021.

SHAKIL, Somaiya *et al.* Comparative analysis of nutritional status among institutionalised and community-dwelling elderly women and its association with mental health status and cognitive function. **J Family Med Prim Care**, v.13, n. 8, p.3078-3083, 2024.

SINGH, Harinder *et al.* Gastro-intestinal and oral microbiome signatures associated with healthy aging. **Geroscience**, v. 41, n. 6, p. 907-921, 2019.

SKOŚKIEWICZ-MALINOWSKA, Katarzyna *et al.* Oral health condition and occurrence of depression in the elderly. **Medicine**, v. 97, n. 41, p. e12490, 2018. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012490>.

TSAKOS, G., Watt, R.G., Rouxel, P.L., de Oliveira, C., Demakakos, P.. Tooth loss associated with physical and cognitive decline in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society** 63 (1), 91–99, 2015. <https://doi.org/10.1111/jgs.13190>.

WI SY, *et al.* The effect of depression on tooth brushing frequency in the elderly in Korea. **Journal of Korean Academy of Oral Health**, v. 46, n. 4, p. 184-191, 2022. <https://doi.org/10.11149/jkaoh.2022.46.4.184>.

ZHAO, Bo *et al.* Relationship between cognition, depression, and oral health status in older adults: A longitudinal cross-lagged analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 330, p. 158-164, 2023.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

**Título da Pesquisa:** Avaliação da saúde mental e oral de idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde em Goiás

**Objetivo:** Avaliar a saúde mental e oral de idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde em Goiás.

**Período da coleta de dados:** 14/10/2024 a 30/04/2025.

**Tempo estimado para cada coleta:** 60 minutos.

**Local da coleta:** Associação Beneficente Auta de Sousa (ABAS), Rio Verde – Goiás -Brasil.

**Pesquisador/Orientador:** Josiane Budni

**Telefone:** (48) 99991-9132

**Pesquisador/Acadêmico:** Kauara Vilarinho, Bárbara Andrin,  
Eduarda Behenck Medeiros, Adrielly Vargas Lídio, Gabriel  
Casagrande Zobot, Gustavo de Bem Silveira e Gabriela  
Serafim Keller

**Telefone:** (64) 98444-6285

#### Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 3

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC  
Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | [www.unesc.net/cep](http://www.unesc.net/cep)  
Horário de funcionamento do CEP: Segunda-feira das 13h às 17h, terça-feira do 12h30 às 16h30, quarta-feira das 14h às 18h, quinta-feira das 17h30 às 21h30 e sexta-feira das 8h às 12h



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

### DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Estamos convidando vossa senhoria para participar do presente estudo que tem como objetivo avaliar a saúde mental e oral ou bucal de idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde em Goiás. Caso vossa senhoria aceite participar da pesquisa, será realizada uma entrevista.

Caso aceite participar do estudo e assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como parte da metodologia, vossa senhoria será convidado a responder alguns questionários, realizar testes psicométricos, ou seja, que analisam sua condição de saúde, memória, ansiedade, depressão, qualidade de vida e capacidade funcional, por profissionais da saúde capacitados, assim como será avaliada a saúde oral, ou seja, saúde dos dentes por uma dentista capacitada, conforme explicação fornecida ao apresentar este termo.

Todo o procedimento será supervisionado para garantir a segurança dos participantes e minimizar qualquer desconforto. Vossa senhoria tem total liberdade para interromper sua participação a qualquer momento

Os dados coletados serão tratados de forma anônima e confidencial, conforme os protocolos de pesquisa vigentes. Este estudo segue todas as normas éticas exigidas e busca minimizar riscos, assegurando o bem-estar dos participantes em todas as etapas.

Todos os dados de saúde gerados serão compartilhados com vossa senhoria após o estudo.

### RISCOS

Os riscos iminentes da aplicação do questionário e dos testes, assim como a avaliação da saúde oral serão reduzidos por meio de protocolos rigorosos de segurança e medidas de cuidado. Isso inclui a assinatura de um Termo de Confidencialidade pelos pesquisadores, a anonimização dos dados. Os profissionais serão treinados para aplicar os testes, realizar os questionários e também a avaliação da saúde oral ou bucal será realizada por uma dentista em cadeira apropriada de um consultório odontológico móvel.

Os participantes poderão interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

### BENEFÍCIOS

Este estudo tem como benefício o aumento da base de dados a respeito da prevalência do declínio cognitivo, depressão, ansiedade e entender como está a capacidade funcional, a qualidade de vida e a saúde oral ou bucal dos idosos institucionalizados e da comunidade para contribuir com políticas para idosos no Brasil e colaborar com uma melhor a longevidade e qualidade de vida destes indivíduos. Além disso, visa-se, sensibilização dos profissionais para os cuidados com estes idosos institucionalizados para melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 2 de 3

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC  
 Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | [www.unesc.net/cep](http://www.unesc.net/cep)  
 Horário de funcionamento do CEP: Segunda-feira das 13h às 17h, terça-feira do 12h30 às 16h30, quarta-feira das 14h às 18h, quinta-feira das 17h30 às 21h30 e sexta-feira das 8h às 12h



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) **Josiane Budni** pelo telefone (48) 9 9991 9132 e/ou pelo e-mail [josiane.budni@unesc.net](mailto:josiane.budni@unesc.net) ou com médica responsável pelo estudo, Geriatra Gabriela Serafim Keller pelo telefone (48) 9 9840 4832 e/ou pelo e-mail [gabiskeller@yahoo.com.br](mailto:gabiskeller@yahoo.com.br) ou ainda com a fisioterapeuta responsável pelo estudo no local, Kauara Vilarinho pelo telefone (64) 98444-6285 ou com a dentista também responsável pelo estudo em Rio Verde-Goiás, Bárbara (64) 98150-3564.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
<b>Voluntário(a)/Participante</b>	<b>Pesquisador(a) Responsável</b>
<hr/> <b>Assinatura</b>	

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 3 de 3

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC  
 Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | [cep@unesc.net](mailto:cep@unesc.net) | [www.unesc.net/cep](http://www.unesc.net/cep)  
 Horário de funcionamento do CEP: Segunda-feira das 13h às 17h, terça-feira do 12h30 às 16h30, quarta-feira das 14h às 18h, quinta-feira das 17h30 às 21h30 e sexta-feira das 8h às 12h



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

<p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____._____._____-____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Assinatura</b></p> <p>Nome: <b>Josiane Budni</b> CPF: <b>040.857.239-60</b></p>
---	---

Criciúma (SC), 17 de setembro de 2024

## APÊNDICE II- Termo de confidencialidade



### Termo de Confidencialidade

**Título da Pesquisa:** Avaliação da saúde mental e oral de idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde em Goiás.

**Objetivo:** Avaliar a saúde mental e oral de idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde em Goiás.

**Período da coleta de dados:** 14/10/2024 a 30/04/2025.

**Local da coleta:** Associação Beneficente Auta de Sousa (ABAS), Rio Verde – Goiás -Brasil.

**Pesquisador/Orientador:** Josiane Budni

**Telefone:** (48) 99991-9132

**Pesquisador/Acadêmico:** Eduarda Behenck Medeiros e Kauara Vilarinho e Bárbara Andrin

**Telefone:** (64) 98444-6285

**Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da UNESC**

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder do pesquisador Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Josiane Budni por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.


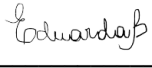


Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC  
 Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | [cetica@unesc.net](mailto:cetica@unesc.net) | [www.unesc.net/cep](http://www.unesc.net/cep)  
 Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.



## Termo de Confidencialidade

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
<b>Orientador(a)</b>   <hr/> <b>Assinatura</b> <b>Nome: Josiane Budni</b> <b>CPF: 040.857.239-60</b>	<b>Pesquisador(a)</b>   <hr/> <b>Assinatura</b> <b>Nome: Eduarda Behenck Medeiros</b> <b>CPF: 024.251.350-65</b>
<b>Pesquisador(a)</b>   <hr/> <b>Assinatura</b> <b>Nome: Kauara Vilarinho</b> <b>CPF: 003.583.921-01</b>	<b>Pesquisador(a)</b>   <hr/> <b>Assinatura</b> <b>Nome: Bárbara Andrin</b> <b>CPF: 050.145.249-40</b>

Criciúma (SC), 17 de setembro de 2024.

## APÊNDICE III - Carta de aceite ABAS

De: Associação Beneficente Auta de Sousa (ABAS)  
Para: Kauara Vilarinho Santana Vieira  
Assunto: Autorização de Pesquisa Acadêmica na Área da Saúde  
Data: 01/08/2024

Prezado (a), Kauara Vilarinho Santana Vieira

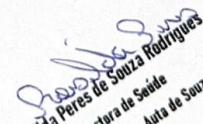
Cumprimentando-a cordialmente, vimos por meio deste DEFERIR a solicitação para realização da pesquisa intitulada " AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E ORAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE EM RIO VERDE- GOIÁS". Este estudo será realizado pelas mestrandas: BÁRBARA ANDRIN E KAUARA VILARINHO SANTANA VIEIRA, do Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), em parceria com a Universidade de Rio Verde (UNIRV), sob a responsabilidade da orientadora Profa. Dra. Josiane Budni (UNESC).

Destarte, para aplicação da pesquisa nos ambientes da Associação em Rio Verde, os pesquisadores devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos. Além disso, a data para levantamento dos dados deverá ser combinada antecipadamente, com a Gerência da Associação através de contato via ligação ou whatsApp. Por fim, fica acordado que os pesquisadores, em período oportuno, serão convidados a apresentar o resultado obtido à Direção da Associação.

Sem mais.

Atenciosamente,

Associação Beneficente Auta de Sousa

  
Rosilba Peres de Souza Rodrigues  
Gestora de Saúde  
Associação Beneficente Auta de Sousa - ABAS

## APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

Número do questionário: \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ entrevista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Entrevistador: \_\_\_\_\_

1) Identificação do Idoso  
 Nome: \_\_\_\_\_ Iniciais: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone  
 para contato: ( ) \_\_\_\_\_

### 2) Variáveis

a) demográficas Sexo (1) masculino (2) feminino

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Número total de filhos vivos: (0) nenhum \_\_\_\_\_ filhos

b) Sociais e econômicas

Profissão: (1) aposentado (2) outra: especifique \_\_\_\_\_

Escolaridade: (0) analfabeto/sem escolaridade (1) primário Incompleto (2) primário completo (3) ensino médio incompleto (4) ensino médio completo (5) superior incompleto (6) superior completo (7) outro: especifique \_\_\_\_\_

Estado civil: (1) solteiro(a) (2) viúvo(a) (3) divorciado(a) (4) casado(a)

Religião: (1) sim (2) não Qual: \_\_\_\_\_

O idoso reside:

(0) sozinho (2) cônjuge (3) familiar (filhos) (4) familiar (irmãos) (5) amigos (6) cuidador externo

Risco Psicossocial na esfera familiar: SIM NÃO

Se tiver algum problema, sente que a família se preocupa o necessário?

Sente que é escutado e que compartilham consigo problemas e preocupações familiares? Sente-se compreendido?

Sente-se satisfeito com a maneira como é tratado na família?

Viuvez recente?

Perda de filhos recentes?

Participa de alguma atividade na comunidade: (1) sim especifique \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (2) não

Renda total dos idosos:

(1) até 1 salário mínimo

(2) de 1 a 2 salários

(3) de 3 a 4 salários

(4) de 5 a 6 salários

(5) de 7 a 8 salários

(6) de 9 a 10 salários

(7) mais de 10 salários

Em sua opinião qual o problema que mais o atinge na sua vida diária:

(0) nenhum (1) saúde (2) econômico (3) pessoal (4) familiar c)

#### Étnicos

Cor da pele declarada: (1) branca (2) ameríndia (3) mestiça (4) amarela Feições étnicas (pesquisador): (1) caucasiana (2) indígena (3) afrodescendente (4) oriental (5) não sabe d)

#### Dados Clínicos

Peso.....

Altura.....

IMC.....Classificação:.....

Em sua opinião você diria que sua saúde é: (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Ruim (5) Muito Ruim

#### Comorbidades clínicas:

Hipertensão Arterial Sistêmica (1) sim (2) não

Diabetes(1) sim (2) não

Cardiopatias(1) sim (2) não

Outras(1) sim (2) não

Faz uso de alguma medicação: (1) sim (2) não

Vitaminas e suplementos(1) sim (2) não;

Pílulas para pressão (1) sim (2) não;

Antibióticos(1) sim (2) não ;

Insulina(1) sim (2) não;

Tranquilizantes(1) sim (2) não;

Relaxantes musculares(1) sim (2) não;

Outros(1) sim (2) não:\_\_\_\_\_

Faz uso de chás, vitaminas, produtos naturais para tratamento de alguma doença: (1) sim (2) não

Prática algum tipo de atividade física: (1) sim (2) não

Você já fumou? ( ) sim ( ) não (obs.: se não vá para questão etilismo)

Você ainda fuma: ( ) sim ( ) não

Quantos cigarros: até ½ maço ( ) sim ( ) não;

de ½ a 1 maço ( ) sim ( ) não;

de 1 a 2 maços ( ) sim ( ) não;

mais que 2 maços ( ) sim ( ) não

Você fuma cigarro de palha ( ) sim ( ) não

Etilismo: Você faz uso de bebida alcoólica? (1) sim (2) não

Tipo: Destilado ( ) sim ( ) não; Fermentado ( ) sim ( ) não

Dose diária(copos): (1) 1 ou 2 (2) 3 ou 4 (3) 5 ou 6 (4) mais de 6 (5) não se aplica

Duração/anos: (há quanto tempo bebe essa quantidade)\_\_\_\_\_

(1) RGE

(2) falta de ar

(3) voz rouca/fraca

Uso de prótese dentária: superior (4) Interior (5 ) não (6)

Prótese dentária: bem adaptada (7) apertada( 8) frouxa (9)

Dificuldade em comer algum tipo de alimento: sim (1) não (2) Qual:

\_\_\_\_\_ Modificou a alimentação: sim (1) não (2)

Consistência alimentar mais fácil: Líquido (1) Pastoso (2) sólido (3)  
 Dor ao mastigar: sim (1) não (2)  
 Dor ao engolir: sim (1) não (2)  
 Necessita temperar mais os alimentos: sim (1) não (2)  
 Você se sente cansado ao mastigar ou engolir: sim (1) não (2)  
 Você tosse, tem sensação de alimento parado na garganta ou falta de ar: sim (1) não (2)  
 Precisa beber líquidos durante a refeição para ajudar o alimento a “descer”?: sim (1) não (2)  
 Prefere mastigar somente de um lado: direito (1) esquerdo (2) não (3)  
 Você precisou ficar internado recentemente por problemas pulmonares? sim (1) não (2)

Sono:

Rastreamento de distúrbios do sono SIM NÃO

Você está insatisfeito (a) com o seu sono?

Apresenta sono ou fadiga durante as atividades diárias?

O parceiro ou outros observadores se queixam de comportamento não usual durante o sono, tais como ronco, pausa na respiração ou movimento de pernas, e/ou sonolência ou fadiga diurnas?

Duração da sintomatologia superior a 3 meses

Você já realizou consulta com neurologista: (1) sim

Especifique o motivo: \_\_\_\_\_  
 (2) não

Você percebe certa dificuldade em lembrar-se das coisas, pessoas ou situações. (1) Sim (2) Não

Em sua opinião essa perda de memória ocorre: (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Raramente (4) Nunca

História familiar positiva para:

Doença cardiovascular prematura (Infarto Agudo do Miocárdio ou morte súbita antes dos 55 anos no pai ou parentes de 1º grau do sexo masculino, ou antes dos 65 anos na mãe ou parentes de 1º grau do sexo feminino) (1) sim (2) não

Hipertensão arterial sistêmica (1) sim (2) não

Diabetes mellitus tipo II (1) sim (2) não

Doença tireoidiana (1) sim (2) não

Câncer de cólon (1) sim (2) não

Câncer de mama (1) sim (2) não (3) não se aplica

Câncer de próstata (1) sim (2) não (3) não se aplica

Osteoporose/Fratura de fragilidade (1) sim (2) não

Depressão (1) sim (2) não

Demência (1) sim (2) não

**ANEXOS**

## ANEXO I - CARTA DE ACEITE CEP

**RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

**Parecer n.:** 7.106.785

**CAAE:** 83402424.3.0000.0119

**Pesquisador(a) Responsável:** Josiane Budni


**Pesquisador(a):**

Kauara Vilarinho Santana Vieira,  
Bárbara Andrin,  
Eduarda Behenck Medeiros,  
Adrielly Vargas Lídio  
Gabriel Casagrande Zobot,  
Gustavo de Bem Silveira  
Gabriela Serafim Keller

**Título:** AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E ORAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE EM RIO VERDE EM GOIÁS

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e quaisquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 26 de setembro 2024.

  
**Marco Antônio da Silva**  
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC  
Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | [www.unesc.net/cep](http://www.unesc.net/cep)  
Horário de funcionamento do CEP: Segunda-feira das 13h às 17h, terça-feira do 12h30 às 16h30, quarta-feira das 14h às 18h, quinta-feira das 17h30 às 21h30 e sexta-feira das 8h às 12h