

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LUÍSA PAOLA DA SILVA FERREIRA

PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO BUCAL EM PACIENTES PORTADORES DE
DOENÇAS CRÔNICAS DOMICILIADOS: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR.

PONTA GROSSA
2020

LUÍSA PAOLA DA SILVA FERREIRA

PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO BUCAL EM PACIENTES PORTADORES DE
DOENÇAS CRÔNICAS DOMICILIADOS: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR.

Dissertação apresentada para a
obtenção de título de Mestre em
Ciências da Saúde na Universidade
Estadual de Ponta Grossa, na área de
concentração atenção interdisciplinar
em saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Shelon Cristina
Souza Bandeca

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia
Garabeli Cavalli Kluthcovsky

PONTA GROSSA
2020

F383 Ferreira, Luísa Paola da Silva
Protocolo de higienização bucal em pacientes portadores de doenças crônicas domiciliados: uma abordagem interdisciplinar / Luísa Paola da Silva Ferreira. Ponta Grossa, 2020.
62 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Shelon Cristina Souza Bandeca a Bandeca.
Coorientadora: Profa. Dra. Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky.
Coorientador: Prof. Dr. Fabio André dos Santos.

1. Higiene bucal. 2. Microbiologia. 3. Qualidade de vida. 4. Pesquisa interdisciplinar. 5. Visita domiciliar. I. Bandeca, Shelon Cristina Souza Bandeca a. II. Kluthcovsky, Ana Cláudia Garabeli Cavalli. III. Santos, Fabio André dos. IV. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. V.T.

CDD: 617.6

LUÍSA PAOLA DA SILVA FERREIRA

**PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO BUCAL EM PACIENTES PORTADORES
DE DOENÇAS CRÔNICAS DOMICILIADOS: UMA ABORDAGEM
INTERDISCIPLINAR**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 24 de março de 2020.



Profa. Dra. Shelon Cristina Souza Bandeca – Orientadora
Doutora em Odontologia
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Profa. Dra. Kaprice Chemin
Doutora em Odontologia
UNICESUMAR



Prof. Dr. Mário Augusto Cray da Costa
Doutor em Medicina
Universidade Estadual de Ponta Grossa

RESUMO

A higiene bucal é um fator importante a ser considerado em pacientes portadores de doenças crônicas. O aumento da longevidade da população torna necessário o desenvolvimento de estratégias na assistência domiciliar por parte do cirurgião-dentista e demais profissionais da saúde. Este trabalho teve como objetivo propor um protocolo higienização bucal profissional domiciliar e avaliar seus impactos positivos e negativos. Foram selecionados 100 pacientes e posteriormente, submetidos aos critérios de elegibilidade. Foram estratificados e divididos em grupo experimental e grupo controle. Os pacientes foram submetidos a um exame clínico inicial e posteriormente uma coleta de material biológico, avaliação do pH salivar e verificação do grau da halitose antes e após a aplicação do protocolo. Foi avaliado o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes através do questionário OHIP-14 e parâmetros gerais de qualidade de vida através da ferramenta Roda da Melhoria. Como resultado, houve diminuição significativa das UFCs/ 3×10^{-3} para o grupo controle, normalização do pH e diminuição do grau de halitose ($p < 0,0001$). Para o grupo experimental, foram encontradas diferenças significativas para o pH e halitose ($p < 0,0001$) enquanto que para UFCs/ 3×10^{-3} não houveram diferenças significativas ($p > 0,05$). Não foi evidenciado escores altos no questionário OHIP-14 para influência de saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes domiciliados, entretanto, o desconforto relacionado às próteses desajustadas e impactos na dieta foi evidenciado. Para a Roda da Melhoria, houve diferenças significativas antes e depois da aplicação da ferramenta para quase todos os parâmetros avaliados ($p < 0,05$) podendo ser um auxiliar para identificação de problemas e desenvolvimento de soluções para pacientes e seus cuidadores. O protocolo de higienização bucal pode ser uma alternativa eficaz para ser ensinada e aplicada no cuidado do paciente domiciliado.

Palavras-chave: Higiene bucal; Microbiologia ; Qualidade de vida; Interdisciplinar; Visita domiciliar.

ABSTRACT

Oral hygiene is an important factor to be considered in patients with chronic diseases. The increase in the longevity of population makes it necessary to develop strategies in home care by dentists and other health professionals. This study aimed to propose a home professional oral hygiene protocol and evaluate its positive and negative impacts. A total of 100 patients were selected and subsequently submitted to the eligibility criteria. They were stratified and divided into an experimental group and a control group. The patients underwent an initial clinical examination and afterwards a collection of biological material, an assessment of salivary pH and verification of the degree of halitosis both before and after the protocol being applied. The impact of oral health on quality of life of patients was assessed using the OHIP-14 questionnaire and general quality of life parameters using the Improvement Wheel tool. As a result, there was a significant decrease in CFUs / 3×10^{-3} for the control group, normalization of pH and decrease in the degree of halitosis ($p < 0.0001$). For the experimental group, significant differences were found for pH and halitosis ($p < 0.0001$) while for UFCs / 3×10^{-3} there were no significant differences ($p > 0.05$). High scores were not highlighted in the OHIP-14 questionnaire for the influence of oral health on the quality of life of patients at home, however, the discomfort related to maladjusted prostheses and impacts on the diet was evidenced. For the Improvement Wheel, there were significant differences before and after the application of the tool for almost all parameters evaluated ($p < 0.05$), which can be an aid to identify problems and develop solutions for patients and their caregivers. The oral hygiene protocol may be an effective alternative to be taught and applied in the care of the patient at home.

Keywords: Oral hygiene; Microbiology; Quality of life; Interdisciplinary; Home visit.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Ferramenta Roda da Vida..... | 20 |
| Figura 2 | Fluxograma resumindo as etapas do estudo iniciando pela seleção dos indivíduos cadastrados no SAD da Unidade Básica de Saúde e concluindo com as avaliações de qualidade de vida | 21 |
| Figura 3 | Fluxograma da estratificação dos pacientes de acordo com a doença crônica que possui..... | 23 |
| Figura 4 | Detecção do pH salivar através da fita química indicadora..... | 26 |
| Figura 5 | Aparelho medidor organoléptico FitScan®..... | 27 |
| Figura 6 | Fluxograma da seleção da amostra..... | 31 |
| Figura 7 | Condição bucal e protética encontrada em idosos residentes de ILPIs cadastrados no SAD..... | 33 |
| Figura 8 | Placas com ágar BHI e crescimento microbiano após 48 horas prontas para contagem das colônias..... | 35 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|-----------|---|----|
| Gráfico 1 | Quantidade de pacientes de acordo com a doença crônica que cada um possui..... | 31 |
| Gráfico 2 | Presença de dentes no grupo controle e grupo experimental..... | 32 |
| Gráfico 3 | Resultado da contagem de UFC e presença de saburra lingual..... | 34 |
| Gráfico 4 | Índices de pH antes e após o protocolo para grupo experimental e controle..... | 36 |
| Gráfico 5 | Escore de halitose antes e após o protocolo para grupo experimental e controle..... | 37 |
| Gráfico 6 | Distribuição de frequências dos escores obtidos através do OHIP14 | 39 |
| Gráfico 7 | Escore da “Roda da Melhoria” antes e depois para os grupos de pacientes e cuidadores..... | 40 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Médias e Desvio Padrão obtidos para UFC antes e após o protocolo para grupo experimental e controle. Percentual da presença de saburra lingual..... | 34 |
| Tabela 2 | Percentual dos pacientes e escores de halitose antes e após o protocolo para grupo experimental e controle..... | 36 |
| Tabela 3 | Percentual dos pacientes em seus respectivos escores de halitose antes e após o protocolo para grupo experimental e controle..... | 38 |

LISTA DE SIGLAS

- ANVISA** Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APS** Atenção Primária de Saúde
- ATCC** *American Type Culture Collection*
- BHI** *Brain Heart Infusion*
- CSV** Compostos Sulfurados Voláteis
- EMAD** Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
- EMAP** Equipe Multidisciplinar de Atenção Primária
- FGV** Fundação Getúlio Vargas
- EP** Erro Padrão
- EPI** Equipamento de Proteção Individual
- ILPI** Instituição de Longa Permanência para Idosos
- IPV** Índice de Placa Visível
- ISG** Índice de Sangramento Gengival
- M** Média
- OMS** Organização Mundial de Saúde
- OHIP** *Oral Health Impact Profile*
- PAV** Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
- PBS** *Phosphate Buffered Saline*
- PH** Potencial Hidrogeniônico
- POP** Procedimento Operacional Padrão
- SAD** Serviço de Atenção Domiciliar
- SUS** Sistema Único de Saúde
- TOT** Tubo orotraqueal
- UBS** Unidade Básica de Saúde
- UEPG** Universidade Estadual de Ponta Grossa
- UFC** Unidade Formadora de Colônia
- UTI** Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 Objetivos gerais | 12 |
| 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 12 |
| 1.3 Hipótese | 12 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 13 |
| 2.1 Higiene bucal em pacientes domiciliados..... | 13 |
| 2.2 Halitose | 14 |
| 2.3 Microbiota bucal e ação da clorexidina..... | 16 |
| 2.4 Qualidade de vida e ferramentas para motivação | 17 |
| 3 MATERIAL E MÉTODOS | 21 |
| 3.1 Seleção dos pacientes | 22 |
| 3.2 Avaliação clínica e coleta de dados | 24 |
| 3.3 Avaliação microbiológica | 24 |
| 3.4 Avaliação do pH salivar | 25 |
| 3.5 Avaliação da halitose..... | 26 |
| 3.6 Avaliação da qualidade de vida | 27 |
| 3.7 Protocolo de higienização domiciliar | 28 |
| 4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS..... | 29 |
| 5 RESULTADOS..... | 30 |
| 5.1 Definição do n e estratificação da amostra..... | 30 |
| 5.2 Avaliação clínica e coleta de dados | 32 |
| 5.3 Avaliação microbiológica (Contagem de UFC)..... | 33 |
| 5.4 Avaliação do pH salivar | 35 |
| 5.5 Avaliação da halitose..... | 37 |
| 5.6 Avaliação da qualidade de vida | 38 |
| 6 DISCUSSÃO | 41 |
| 7 CONCLUSÃO | 48 |
| REFERÊNCIAS..... | 49 |
| APÊNDICES | 55 |

1 INTRODUÇÃO

A higiene bucal é um fator importante a ser considerado em pacientes portadores de doenças crônicas. A presença de biofilme pode influenciar na eficácia de diversos tratamentos médicos uma vez que uma higiene deficiente poderá acarretar no aumento de microrganismos patogênicos e estes por sua vez poderão ser aspirados ou deglutidos podendo acarretar em infecção de outros tratos do organismo (BERRY; DAVIDSON, 2006; DA SILVA, et al.,2015; RODRIGUES et al, 2016).

Na cavidade bucal existem cerca de 700 espécies de microrganismos. A microbiota bucal residente é de extrema importância para a saúde bucal de um indivíduo uma vez que participa do desenvolvimento do sistema imune e serve de barreira contra microrganismos patogênicos (ZARCO; VESS; GINSBURG, 2012; GLURICH et al, 2014). No entanto, um desequilíbrio dessa microbiota poderá facilitar a instalação de algumas doenças como a doença cárie, doença periodontal assim como alterações sistêmicas, principalmente infecções do trato respiratório.

Além disso, a transição demográfica e epidemiológica gerada pelo aumento da longevidade da população vem carecendo de implementação de novos protocolos de ação por parte do cirurgião-dentista e demais profissionais da saúde. Entre as principais preocupações relacionadas à saúde advindas com a longevidade destacam-se as maiores ocorrências de doenças crônicas (BARROS, et al. 2006) , quedas (SIQUEIRA, 2007) e incapacidade funcional (DEL DUCA, 2009) , fazendo com que esses indivíduos necessitem, em muitos casos, de cuidado permanente e continuado domiciliar para o adequado manejo clínico de suas doenças.

Os pacientes portadores de doenças crônicas necessitam de cuidados rigorosos devido a presença de condições sistêmicas complexas e em alguns casos, imunossupressão e manifestações causadas pelo uso de fármacos utilizados que alteram e favorecem à instalação de infecções bucais e/ou sistêmicas, agravando o seu estado de saúde geral (DA SILVA et al, 2015; RODRIGUES et al, 2016).

A incapacidade funcional é caracterizada como qualquer restrição para desempenhar uma atividade dentro da extensão considerada normal para a vida humana. Dentro deste tópico podemos abordar a incapacidade em atividades básicas

e a incapacidade em atividades instrumentais. A primeira tange a limitação para tarefas diárias como, alimentar-se, evacuar e cuidados pessoais. A segunda implica nas relações e interações sociais (DEL DUCA, 2009). Esta incapacidade funcional, aliada à falta de preparo dos cuidadores, que por muitas vezes são os próprios familiares, é um dos principais desafios a serem vencidos pela equipe interdisciplinar que devem ter um preparo adequado para os cuidados destes pacientes.

No Brasil, a organização da atenção à saúde é baseada no Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela provisão universal e gratuita dos serviços e programas de saúde (PAIM J. et al, 2011). A portaria nº 963/2013 redefine o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no âmbito do Sistema Único de Saúde, descrevendo como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), valorizando novos espaços e novas formas de organização das tecnologias, como os cuidados paliativos. Portanto, o SAD é composto por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, odontólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e fonoaudiólogo (BRASIL, 2017).

Contudo, apesar da relevância deste tema e da citação da importância do cirurgião-dentista no Serviço de Atenção Domiciliar desde 2013, isso não é uma realidade notória. Na maioria das Unidades Básicas de Saúde só se percebe a visita domiciliar feita apenas por médicos e enfermeiros acompanhados dos agentes comunitários de saúde. Isso contradiz a determinação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1990, em que trata os cuidados paliativos como uma terapêutica humanizada ao cuidado de pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo. Trata-se de uma abordagem terapêutica que envolve a equipe multidisciplinar e interdisciplinar adequadamente treinada, determinadas a identificar e reduzir problemas nas esferas física, psicológica, espiritual e/ou social (WHO, 2002).

Apesar do atual reconhecimento dos benefícios que a higiene bucal traz em pacientes debilitados, com o atual destaque da odontologia hospitalar, esta prática ainda é escassa e realizada de forma deficiente pelas equipes de enfermagem hospitalares e domiciliares que atuam ainda de maneira empírica pois não há treinamento adequado nem suficiente para adquirirem tal prática (ABIDIA, 2007; LIN et al, 2014).

Ainda, há uma baixa adesão do cirurgião-dentista em equipes hospitalares e domiciliares devido a prioridade que é dada às demais alterações que o paciente apresenta, deixando de lado a higiene bucal, que pode ser um aliado de peso em diversos tratamentos médicos seja ele preventivo, curativo ou paliativo (TRENTO et al., 2014).

1.1 Objetivos gerais

Sugerir um protocolo de higienização bucal seguro, prático, eficaz e com baixo custo para domiciliados portadores de doenças crônicas pertencentes ao Serviço de Atenção Domiciliar.

1.2 Objetivos específicos

- Avaliar crescimento microbiano, pH salivar e grau de halitose, antes e após a aplicação do protocolo e comparar com o grupo controle;
- Avaliar a qualidade de vida destes pacientes através do questionário OHIP-14 e ferramenta de motivação Roda da Melhoria.

1.3 Hipótese

Analisar diferenças nas condições bucais e qualidade de vida dos participantes portadores de doenças crônicas submetidos ao protocolo. Se as diferenças forem encontradas, rejeita-se a hipótese de nulidade e aceita-se a hipótese alternativa em que o protocolo de higiene bucal pode melhorar as condições bucais e qualidade de vida dos pacientes acamados com doenças crônicas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Higiene bucal em pacientes domiciliados

A população idosa mundial está aumentando, tanto em número quanto em expectativa de vida. Apesar da alta idade, há uma forte tendência que os novos idosos mantenham alguns dentes naturais (DOUGLASS; GLASSMAN, 2013). Devido à comorbidade, hospitalização e polifarmácia, muitos idosos se tornam dependentes de cuidados nos seus últimos anos aumentando consideravelmente a deterioração de sua saúde bucal (LAVERTY et al., 2011). Além dos pacientes idosos, que são a maioria dos pacientes que recebem atenção domiciliar, há também pacientes, não idosos, doentes crônicos que necessitam deste auxílio. A xerostomia é um efeito colateral comum de muitos medicamentos (JOHNELL; KLARIN, 2007) e está presente em pacientes que fazem uso da polifarmácia. Apesar de cuidados bucais serem necessários e bem relatados em literatura, eles ainda são frequentemente negligenciados pelas equipes de enfermagem (FORSELL et al., 2011). Estudos atuais demonstram que as intervenções de higiene bucal profissional reduzem o sangramento gengival, melhoram a saúde bucal e podem reduzir a mortalidade por pneumonia (SJÖGREN et al., 2016).

Em países desenvolvidos, como a Suécia, o atendimento odontológico é tradicionalmente oferecido em clínicas fixas, mas há mais de uma década o atendimento odontológico domiciliar tem sido uma alternativa (SJÖGREN et al., 2015). No Brasil, há poucos relatos na literatura a respeito da odontologia domiciliar, isto pode ser atribuído a falta de capacitação profissional ou pelo desconhecimento da prática pelos familiares responsáveis ou até mesmo pelos profissionais envolvidos no cuidado do paciente (BRAGA et al., 2011; MIRANDA; MONTENEGRO 2009; KARSCH 2003).

Um estudo com base em mais de 20.000 prontuários de idosos dependentes que receberam atendimento odontológico domiciliar mostrou que a grande maioria dos indivíduos foi considerada com risco alto ou muito alto de deterioração do seu estado de saúde bucal. Esses achados são apoiados por dados da história médica, com a grande maioria dos indivíduos medicamente comprometidos com duas ou mais condições médicas coexistentes. Neste mesmo estudo, observou-se que tanto o

diabetes quanto as doenças cardiovasculares parecem estar relacionadas ao estado dentário e ainda conseguiu relacionar as perdas dentárias com o nível socioeconômico sendo que há maior número de dentes em idosos com maior poder aquisitivo (ANDERSON et al., 2017).

É sabido que pelo menos 20 dentes são necessários para uma capacidade mastigatória aceitável (UENO et al., 2008), a maioria dos pacientes idosos domiciliados não atingem este número e isto possivelmente leva a problemas com a alimentação (ANDERSON et al., 2017). Portanto, intervenções odontológicas são necessárias para evitar maiores problemas, bem como dores e infecções reduzindo o sofrimento e a mortalidade associada à saúde bucal do domiciliado, bem como as dificuldades e os custos substancialmente maiores de tratamentos curativos em vista aos preventivos especialmente nos casos em que o paciente se encontra acamado, dependente, incapacitado, em ambiente domiciliar ou hospitalar, como nas unidades de terapia intensiva (UTIs) ou casas de repouso (HATIPOGLU et al., 2011).

2.2 Halitose

Derivada da palavra *halitus*, do latim, hálito, é sucedida do sufixo *osis*, do grego, alteração patológica. A halitose refere-se a uma alteração do estado normal do hálito podendo ser fisiológica ou patológica (ZALEWSKA et al., 2012).

A halitose pode possuir diversas origens, seja por doença, medicamentos ou origem bucal, sendo a de origem periodontal a mais prevalente das demais causas, segundo autores. Devido a forte presença de microrganismos e produtos inflamatórios, presentes nestes quadros, há uma forte produção dos metabólitos denominados compostos sulfurados voláteis (CSV), sulfeto de hidrogênio, metilmercaptana e dimetilsulfeto, responsáveis pelo odor desagradável do hálito (MORENO, 2005). Outros autores atribuem o mau hálito à processos de degradação microbiana que acontecem principalmente no dorso da língua seguida dos demais tecidos bucais (BOLLEN; BEIKLER, 2012). Isso pode ocorrer devido ao dorso da língua possuir uma superfície anatômica larga além das suas formações anatômicas retentivas servirem como suporte de adesão bacteriana e depósito de restos alimentares e células mortas. Dessa forma, 90% da causa da halitose é atribuída a fatores locais enquanto que apenas 8% atribui-se a desordens respiratórias e 1%

associado ao trato gastrointestinal (MARROCHIO; CONCEIÇÃO; TÁRZIA, 2009); (TÁRZIA, 2003).

Ainda, outras desordens locais podem contribuir para o mau hálito, como por exemplo o baixo fluxo salivar, restaurações retentivas e mal adaptadas, dentaduras mal higienizadas, saburra lingual etc. Assim, uma pobre higiene bucal culmina em um excesso de proliferação microbiana, que pode desencadear o surgimento da halitose. Logo, o principal tratamento para o mau hálito consiste na adoção de boas práticas de higiene bucal (BURTON et al., 2006).

O diagnóstico e tratamento mais simples, barato e rápido é através das medidas organolépticas (ROSING; LOESCHE, 2011). Este consiste na capacidade olfatória do avaliador, por isso trata-se de um teste subjetivo, sem padrões e sem calibragem, embora seja considerado padrão ouro na prática clínica diária (DADAMIO, et al, 2011). Para eliminar o inconveniente de ter que aspirar o odor da boca do paciente, foi desenvolvido um equipamento portátil e de baixo custo para detecção dos CSV. Ele detecta através de um microchip tanto os CSV quanto gases de hidrocarbonetos e pode ser utilizado tanto na boca quanto nas narinas. Depois de 3 segundos assoprando no local indicado, já se tem um score quantitativo de halitose. Esta avaliação é chamada de método "*breath alert*" (CARVALHO, 2018). Outro teste interessante é através de um aparelho que consegue aferir, através de um sensor eletrocatalítico, a concentração dos CSV em partes por bilhão sendo um ótimo auxiliar no diagnóstico, porém, o seu custo é elevado e analisa apenas sulfetos (SALVADOR; FIGUEIREDO, 2003).

Por fim, o mais confiável dos testes, a cromatografia gasosa, consegue medir os CSV de maneira objetiva, reprodutível e confiável tendo os seus resultados com alta correlação com as medidas organolépticas. Ele consegue fornecer através de gráficos o percentual de cada gás presente fornecendo um diagnóstico e tratamento mais preciso, porém, é um dispositivo caro e requer preparo e capacitação do operador além do paciente ter que obedecer a uma série de instruções pré-exame para evitar interferências (YAEGAKI; COIL, 2016).

A halitose está fortemente presente na população e sua presença pode denunciar maus hábitos de higiene bucal. É importante que os profissionais da saúde saibam identificar a presença da halitose pois embora a maioria das vezes esteja

ligado a desordem bucal, pode também estar relacionado a desordem sistêmica. O cirurgião-dentista deve saber diagnosticar e definir o melhor tratamento para cada caso e tipo de paciente (BUTZE; ANGST; GOMES, 2015).

2.3 Microbiota bucal e ação da clorexidina

Na cavidade bucal existem mais de 700 espécies de microrganismos sendo de 550 a 600 bactérias e o restante composto por vírus e fungos. Estas espécies coexistem e formam a chamada microbiota residente que é essencial para a homeostase do organismo e favorece a sua defesa (ZARCO; VESS; GINSBURG, 2012; GLURICH et al, 2014). Em pacientes internados ou imunodeprimidos, a microbiota bucal se altera, podendo associar-se a quadros patológicos locais como cárie e doença periodontal e agravos sistêmicos como as infecções do trato respiratório (AGUIAR; OLIVEIRA, 2008; GLURICH et al, 2014).

A composição e manutenção desta microbiota depende de vários fatores como a manutenção do pH, o potencial de oxido-redução, anatomia local e sítios de adesão, disponibilidade de nutrientes, fluxo e qualidade da saliva. Ela pode estar aderida nos dentes, na mucosa ou nas demais estruturas da boca (SOCRANSKY ; HAFAAJEE, 1994). O biofilme, que é um aglomerado bacteriano não calcificado que se adere a superfície dental, apresenta canais pelos quais atravessam enzimas, sais, compostos orgânicos, oxigênio e nutrientes. As bactérias que compõe o biofilme se comunicam por sinais químicos e produzem metabólitos importantes para a sua condição fisiológica, porém podem ser nocivos para o seu hospedeiro quando em grandes quantidades (GRANER et al, 2005).

É importante salientar que uma vez estando instalado o biofilme dental, este resiste a ação mecânica do fluxo salivar, bochechos antimicrobianos e irrigadores orais, entretanto, a sua remoção é possível com escovação, fio dental ou instrumentação odontológica (PACE, 2007).

A clorexidina é um antimicrobiano de amplo espectro fortemente utilizado em diversos produtos antissépticos nas mais variadas concentrações. O seu sucesso se deve ao fato de se ligar a parede celular bacteriana permitindo que as suas moléculas entrem no citoplasma bacteriano e promova a lise celular (ARAÚJO et al, 2015). Ela

possui maior espectro contra bactérias Gram positivas, mas também se mostra eficaz contra Gram negativas, fungos e leveduras em menor grau. Apesar desta última colocação, ela ainda é considerada padrão ouro na odontologia no combate e prevenção de infecções bucais (CASARIN et al, 2012).

Apesar de ser amplamente usado, com o uso prolongado e/ou em altas concentrações pode apresentar efeitos adversos como alteração da cor dos dentes e da língua, descamação da mucosa, ulcerações, hálito amargo e aumento do cálculo dental (PEGORARO et al, 2014). As formulações encontradas da clorexidina variam de 0,12%, 0,2% e 2% sendo a primeira, a mais encontrada comercialmente em enxaguantes e géis dentários, por ser bacteriostático, e as outras concentrações utilizadas para desinfecção de superfícies, por serem bactericidas (VIDAL et al, 2017).

2.4 Qualidade de vida e ferramentas para motivação

Há vários métodos que visam relacionar a qualidade de vida com condição bucal uma vez que a sua autopercepção constitui de uma importante contribuição para o entendimento do impacto social das doenças e agravos (CUSHING, 1986). Estes métodos também são importantes pois mostram caminhos para a prática de políticas públicas que visam amenizar o desconforto dos pacientes que pode estar diminuindo a qualidade de vida dos mesmos (CASCAES et al, 2013; LAWDER, 2019). O indicador, *Oral Health Impact Profile*, em sua forma abreviada OHIP-14, foi desenvolvido por Slade e Spencer na Austrália e publicado em 1997 (SLADE; SPENCER, 1994; SLADE, 1997). Através dele, é feita a avaliação de sete variáveis (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, deficiência psicológica, deficiência social e deficiência) baseadas em uma estrutura conceitual sugerida por Locker e derivada da Classificação Internacional de deficiências (WHO, 1980; LOCKER, 1988). O formulário OHIP-14 é amplamente utilizado em estudos que avaliam impactos nas condições bucais em idosos (OLIVEIRA et al, 2005).

O uso destes indicadores, como o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) é crescente, mas faltam estratégias que incitem a mudança de hábitos após o diagnóstico. O que fazer com um paciente que esteja com sua qualidade de vida

prejudicada? Quais outros pontos poderiam ser desenvolvidos para alcançar uma melhor performance e dedicação dos pacientes para com a sua saúde?

De posse da orientação dada por Jean Jacques Rousseau (1995): “Procure conhecer seus educandos”, as ferramentas de *coaching* constituem uma ótima estratégia para obter uma visão mais holística da condição do paciente.

O processo de *coaching* trata-se de uma estratégia de desenvolvimento pessoal ou profissional inicialmente proposta em empresas. Pode ser feito individualmente ou em grupo e auxilia o sujeito a atingir os seus objetivos a partir da autopercepção e compreensão dos mesmos (KRAUS, 2007).

Assim como Sócrates tratava seus interlocutores, o *coaching* busca o máximo de informações contidas nos seus *coachees* de modo que se construa um saber sólido e que se delimite as melhores rotas possíveis partindo daquela situação (PLATÃO, 1980). Esta técnica ficou conhecida como Maiêutica que faz analogia ao nascimento do saber. Além disso, outra prática comum dentro do *coaching* é a ressignificação, que auxilia o indivíduo a transformar vivências e conhecimentos adquiridos em resultados positivos que podem auxiliar em um desempenho pessoal mais eficiente. Desse modo, desenvolve-se uma melhor autoestima, autonomia e confiança (O’NEIL, 2001; WHITMORE, 2006).

A Roda da Vida é uma ferramenta amplamente utilizadas dentro das práticas do *coaching*. É uma ferramenta originada na década de 60 pelo americano Paul J. Meyer e se baseia em reflexões sobre áreas fundamentais da nossa vida para a realização de avaliações pessoais. A ferramenta assemelha-se a um gráfico de pizza onde as fatias representam cada área fundamental da vida podendo variar conforme o propósito desejado (Figura 1). A pessoa então irá atribuir o seu nível de satisfação em cada uma dessas áreas e por fim obter uma visão gráfica e sistêmica do seu estado atual, além de evidenciar áreas que precisam de mais atenção e fornecer gatilhos para que estas sejam trabalhadas (SBCOACHING, 2013).

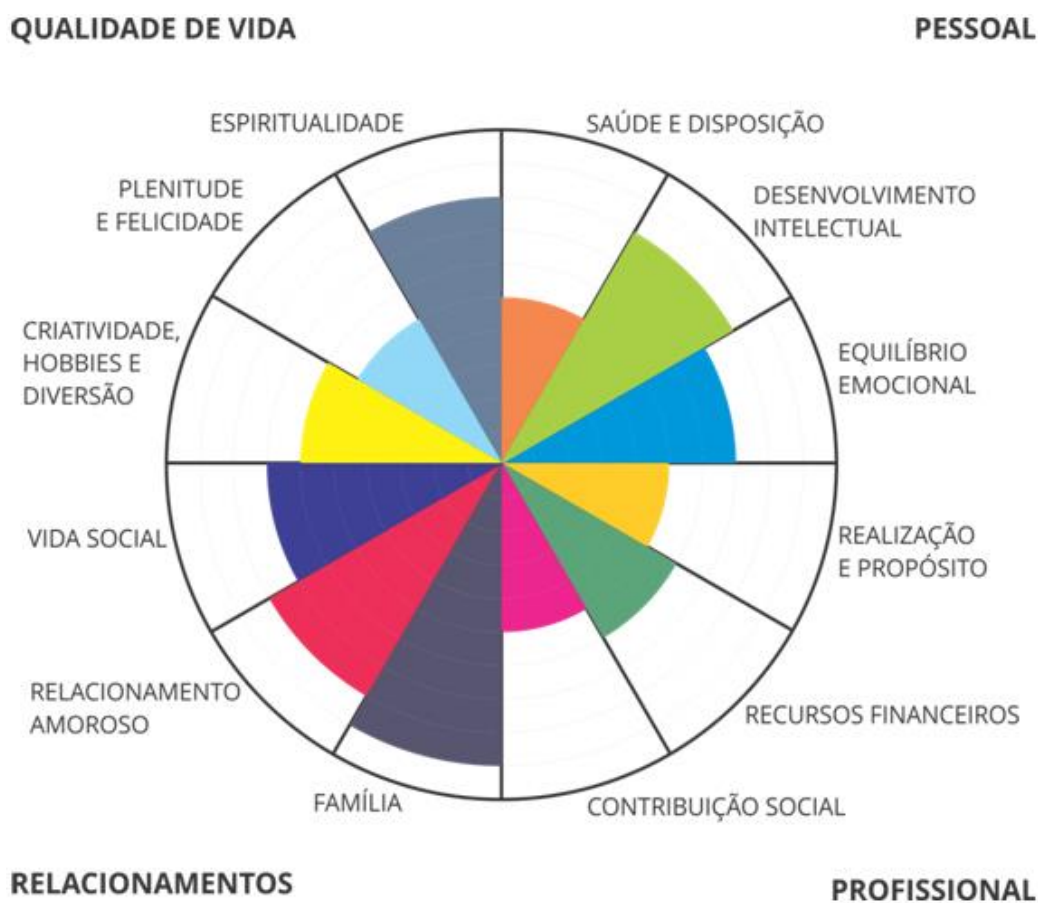
Habitualmente, a roda da vida agrega 12 áreas, são elas: saúde e disposição, desenvolvimento intelectual, equilíbrio emocional, realização e propósito, recursos financeiros, contribuição social, família, desenvolvimento amoroso, vida social, criatividade e diversão, plenitude e felicidade e espiritualidade. Existem várias outras

rodas montadas de acordo com a necessidade das pessoas a serem avaliadas (SBCOACHING, 2013).

Trata-se de uma ferramenta versátil e flexível amplamente utilizada. Por promover reflexão e autoconhecimento, ela ajuda as pessoas a avaliarem as áreas das suas vidas que merecem atenção além da possibilidade de ela poder ser adaptada para as mais diversas situações (WHITMORE, 2006).

Quando se faz uso de técnicas inovadoras de comunicação, facilita-se a reprogramação mental e o autodesenvolvimento, dando mais autonomia ao indivíduo o colocando em uma posição mais otimista perante a vida (SOUZA, 2007). Além disso, falar de si possui efeitos terapêuticos quando se trata de estresse uma vez que provoca aumento da autoestima, impactando em melhor desempenho em todas as áreas da vida sendo interessante para o profissional que trabalha com pessoas e que depende dos resultados das mesmas adotar tais práticas em seu dia a dia (WHITMORE, 2006; LYNCH, 2015; TORRESAN, 2018).

Figura 1 - Ferramenta Roda da Vida.



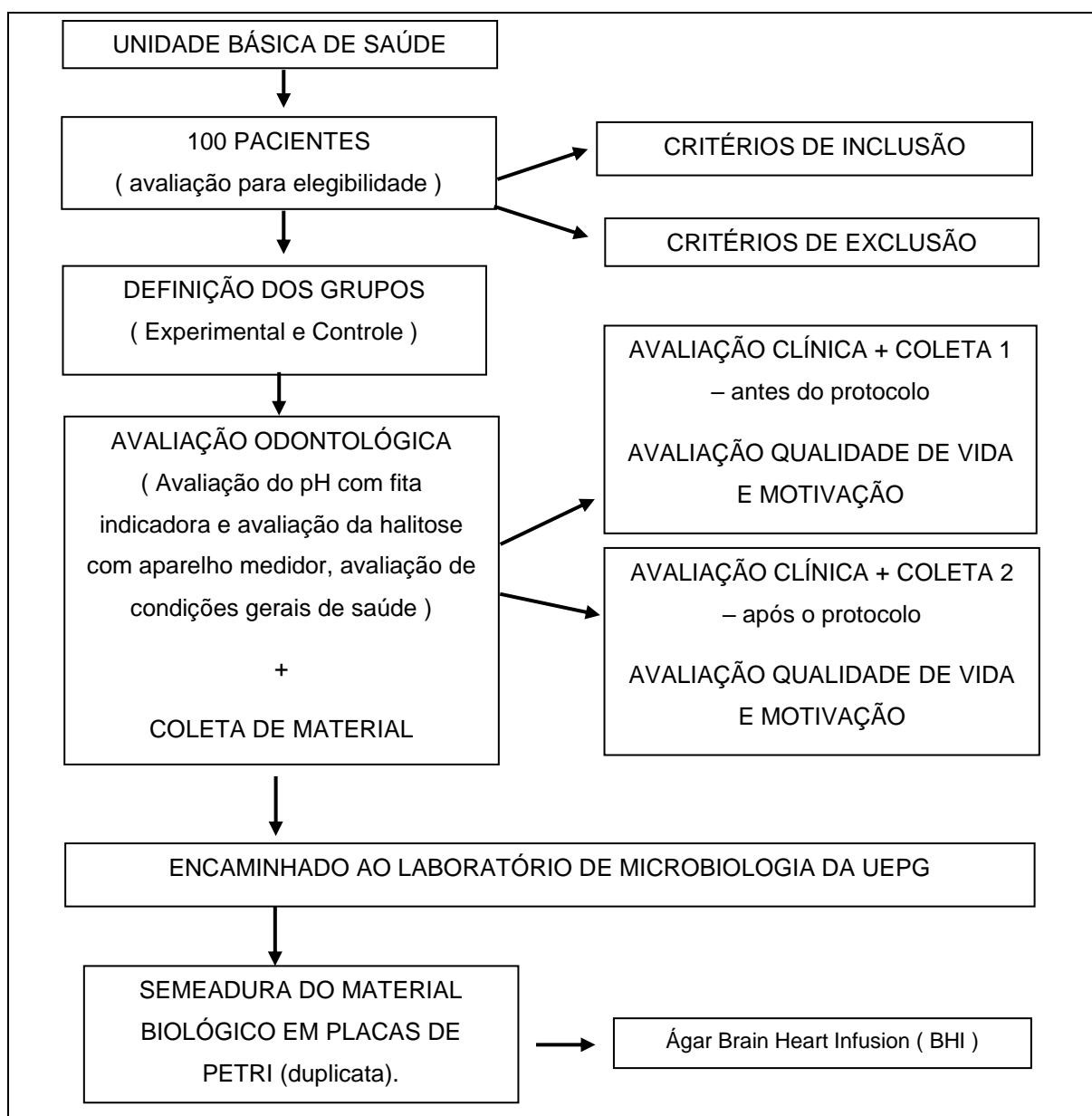
Fonte: SB COACHING. **Roda da Vida: o que é e como funciona esta técnica de coaching? (Guia Completo).** Disponível em: <<https://www.sbcoaching.com.br/blog/roda-da-vida/>>. Acesso em 20 de janeiro de 2020.

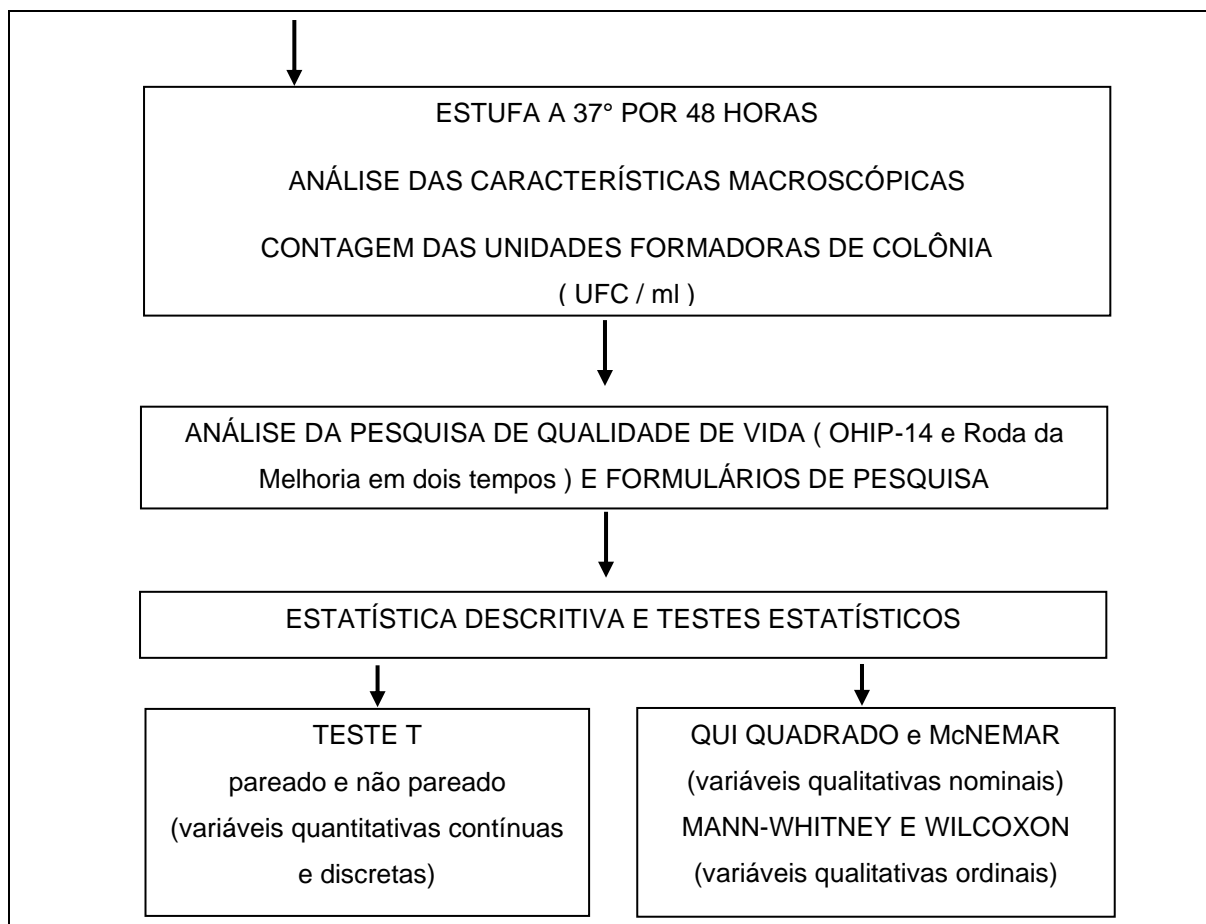
Nota: Áreas coloridas ilustrando diferentes graduações atribuídas a diferentes variáveis de acordo com a autopercepção do indivíduo.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho é de natureza experimental e transversal, o qual foi realizado no período de julho de 2018 a setembro de 2019. A pesquisa foi desenvolvida nas residências dos pacientes domiciliados, em instituições com pacientes cadastrados no Serviço de Assistência Domiciliar e no Laboratório de Microbiologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). O estudo foi realizado em etapas conforme ilustra o fluxograma (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma resumindo as etapas do estudo, iniciando pela seleção dos indivíduos cadastrados no SAD da Unidade Básica de Saúde e concluindo com as avaliações em qualidade de vida.





Fonte: a autora

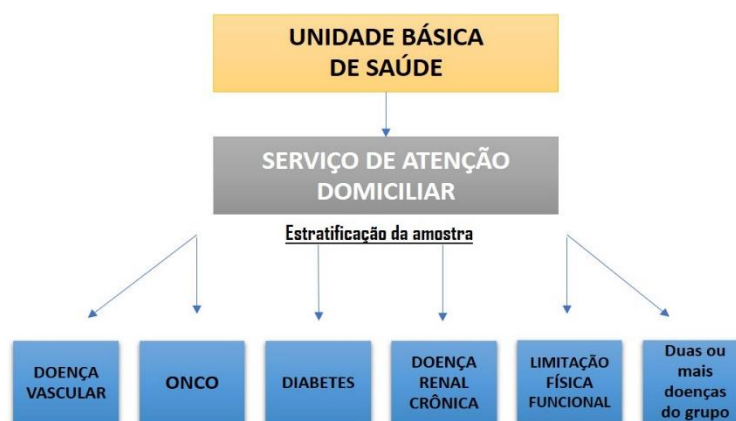
3.1 Seleção dos pacientes

Foi selecionada uma amostra de 80 participantes, de acordo com o cálculo amostral determinado através de estudo realizado por Chambers et al. em 2005 que avaliou a contagem de *Streptococcus mutans* em pacientes xerostômicos com câncer. Utilizou-se os dados obtidos entre os indivíduos dentados e edêntulos. Obteve-se um tamanho do efeito de 0,76 com um poder de 80% para um nível de significância de 5%. Desta forma o tamanho amostral obtido para cada grupo (protocolo e controle) foi $n=29$ para cada (total $n=58$), porém com o objetivo de compensar eventuais perdas, optou-se por um tamanho amostral de $n=40$ por grupo, totalizando $n=80$. Todos os cálculos foram realizados com o programa G*Power 3 version 3.1.9.2 (<http://www.gpower.hhu.de>).

Foram selecionados pacientes cadastrados no Serviço de Atenção Domiciliar das micro áreas de Unidades Básicas de Saúde, do bairro de Uvaranas, na cidade de

Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Também, foram identificadas duas ILPI dentro do limite de abrangência da UBS e estas foram incluídas no estudo. Os pacientes participantes foram convidados a participar e posteriormente avaliados para elegibilidade. Foram incluídos os pacientes que eram portadores de doenças crônicas e aqueles que estavam sendo submetidos a medidas paliativas conforme ilustra a Figura 3.

Figura 3 - Fluxograma da estratificação dos pacientes de acordo com a doença crônica que possui.



Fonte: a autora.

Foram excluídos os pacientes que corresponderam a um ou mais itens abaixo:

1. Pacientes independentes e capazes de realizar a higienização bucal sem auxílio.
2. Não portadores de doenças crônicas e/ou limitações.
3. Estejam fazendo tratamento com antibióticos.
4. Pacientes menores que 15 anos
5. Pacientes dentados parciais com mais de 10 dentes.
6. Pacientes e cuidadores sem condição de comunicação ou compreensão dos formulários.

Após a aplicação dos critérios de seleção, os pacientes ou seus responsáveis entraram em acordo com os termos da pesquisa mediante assinatura do *Termo de Consentimento Livre Esclarecido* (Apêndice A) e de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa (Apêndice B).

3.2 Avaliação clínica e coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um formulário criado para anotar as informações dos pacientes (Apêndice C). Este formulário agrupou dados gerais como: nome, idade, sexo e dados sócio demográficos; e dados específicos como: doença(s) crônica(s) que possui, uso de medicações, emprego de dieta, número de dentes, condição de saúde bucal atual e necessidade de tratamento odontológico, hábitos de higiene além do registro de alterações observadas em tecidos moles.

Para os pacientes edêntulos, foi registrado também se há saburra lingual, presença de próteses e a sua condição. Para os pacientes parcialmente dentados, foi observada a condição dos dentes e outros dados qualitativos de saúde bucal, como, índice de placa visível (IPV), índice de sangramento gengival (ISG) ao menor estímulo, edema e eritema. Todos os itens, estão contidos no formulário anexado neste trabalho (Apêndice C) uma vez que todos estes dados poderão interferir e influenciar no resultado da pesquisa.

3.3 Avaliação microbiológica

Para mensurar os impactos do protocolo na saúde bucal do paciente, foi feita uma coleta de dados e material microbiológico antes e após submetidos ao protocolo. Para avaliarmos quantitativamente a presença de microrganismos, foi estimado o número de Unidades Formadoras de Colônia (UFC).

Para isso, as coletas foram feitas com uma escova citológica estéril, friccionando-a sob o dorso de língua. Após a coleta, a escova foi armazenada em um tubo de ensaio (16x160 mm) com 3 mL de solução salina tamponada (PBS), conforme orientação da ANVISA (2013) e guardada em bolsa térmica. Os tubos de ensaio contendo o PBS foram esterilizados em autoclave apropriada, previamente ao uso. Na sequência, o material coletado foi encaminhado para o Laboratório de Microbiologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Para cultivo dos microrganismos, a solução contendo a escova citológica foi inicialmente homogeneizada por um agitador (Vórtex) durante 60 segundos. Em seguida, 100 µL desta solução foram dispensadas no centro das placas de Petri (20x100mm) e com

auxílio de um *swab* estéril foi realizada a semeadura, pela técnica da placa cheia (quatro lados), em duplicata. As placas foram armazenadas em estufa a 37°C por 48hs. O meio de cultura utilizado foi o ágar BHI (*Brain Heart Infusion*).

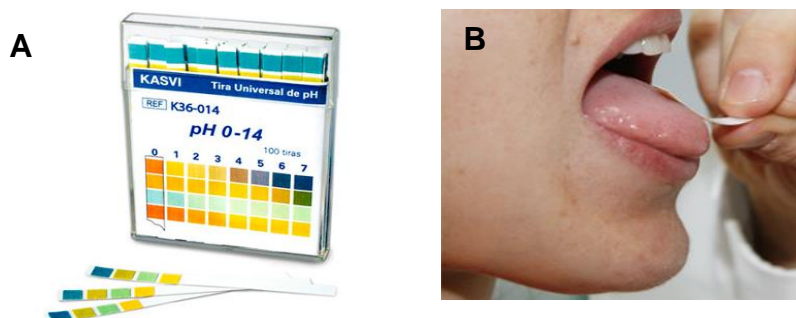
Após o crescimento, os dados referentes ao crescimento, foram anotados em uma ficha (Apêndice D). Posteriormente, o grupo experimental e o controle foram comparados, primeiro entre si e depois um com o outro para analisar se houve ou não redução dos microrganismos totais de cada paciente no período de 7 dias.

3.4 Avaliação do pH salivar

O pH foi avaliado através das fitas reativas indicadoras de pH que servem para marcar o grau de acidose no meio bucal, as quais foram colocadas em região de dorso de língua do paciente por 30 segundos e depois foram comparadas quanto a sua coloração com a escala adjunta. Este procedimento foi realizado antes e depois da implementação do protocolo de higienização conforme realizado por Pizarro em 2018.

Para os pacientes que apresentavam quadro de xerostomia, o teste de pH foi feito após estímulo mastigatório. Os pacientes foram instruídos a mastigar um segmento de manguito de borracha até ocorrer presença de salivação. Para aqueles que não conseguiam mastigar ou que a técnica era contraindicada, foi feito ordenha da glândula sublingual, massageando-a durante 5 minutos ou até haver produção salivar (COIMBRA, 2009).

Figura 4 - Detecção do pH salivar através da fita química indicadora.



Fonte: PH LAB. **Fita teste de pH 0-14.** Disponível em: <<https://www.phlab.com.br/produto/fita-teste-de-ph-0-14/>> Acesso em Set. 2019.

Nota: A. Fitas indicadoras, embalagem comercial e sua escala comparativa. B. Técnica utilizada para verificação do pH bucal onde se encosta suavemente a fita em região de língua ou na superfície que contenha saliva.

3.5 Avaliação da halitose

Para obtenção dos dados referentes a halitose, foi utilizado um aferidor de hálito portátil, da marca comercial FitScan® (Tanita Corp., Tóquio, Japão). O paciente foi orientado a assoprar suavemente no local indicado durante 5 segundos. Ao final, o aparelho forneceu em uma escala organoléptica de zero a cinco referente ao hálito aferido antes e após o protocolo. Em condições saudáveis espera-se índices de zero a dois. Quando supera o índice três já se atribui um grau de leve a moderado de mau hálito. Para índices superiores, de quatro a cinco, consideram-se graus elevados (PIZARRO, 2018). Para verificar a reprodutibilidade do aparelho FitScan®, foram aferidos os níveis de hálito dos participantes em 3 vezes consecutivas e com um minuto de intervalo entre elas, após os 3 resultados, foi calculada a mediana entre elas.

Figura 5 - Aparelho medidor organoléptico FitScan®



Fonte: AMAZON. **Breath checker Tanita Slim Branco hc-212s-wh Nova Mau Hábito testador.** Disponível em:< <https://www.amazon.com/Breath-Checker-TANITA-HC-212S-WH-breath/dp/B003EC62KI>>. Acesso em setembro de 2019. Nota: A. Aparelho medidor organoléptico FitScan® . B. Detecção dos compostos sulfurados voláteis do ar expirado por 5 segundos através dos sensores. C. Escala do hálito fornecida após leitura.

3.6 Avaliação da qualidade de vida

A avaliação da qualidade de vida se deu por duas formas. A primeira, foi avaliada a partir do questionário OHIP-14 (SLADE, 1997), que avalia sete variáveis de qualidade de vida em 14 perguntas. As variáveis são limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. Para cada pergunta há cinco respostas possíveis expressas pelos códigos: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = repetidamente; 4 = sempre. A pontuação de cada questão é obtida multiplicando-se o valor da resposta (0,1,2,3 ou 4) pelo peso correspondente. O valor máximo que cada dimensão pode alcançar é 4, sendo que a pontuação geral pode variar entre 0 e 28 (DRUMOND-SANTANA, et al., 2007). O questionário adaptado encontra-se no Apêndice E deste trabalho.

A segunda avaliação foi através da ferramenta Roda da Vida, com algumas adaptações para Roda da Melhoria (Apêndice F). Esta, trata-se de um círculo em forma de gráfico de pizza onde o sujeito avalia (em escala de 1 a 10), alguns aspectos de sua vida que englobam desde relacionamentos sociais e amoroso até carreira profissional (TORRESAN et al., 2018). Nesta pesquisa, outros aspectos foram

avaliados para atender as necessidades do tema pesquisado como: Plenitude e felicidade, saúde e bem-estar, equilíbrio emocional, contato familiar e sociabilidade, autoconfiança e motivação, criatividade, hobbies e diversão. As medidas são interpretadas de forma qualitativa e servem como auxílio no estabelecimento de planos de ação nas áreas avaliadas que chamarem mais atenção. Esta ferramenta foi aplicada no início do tratamento e após a sua conclusão pelo avaliador onde o cuidador ou o familiar com maior contato com o amparado, respondeu novamente a Roda da Melhoria com o objetivo de verificar possíveis avanços nas áreas avaliadas.

3.7 Protocolo de higienização domiciliar

O protocolo de higienização bucal consistiu no exame clínico do paciente seguido pela instrução de saúde bucal ao paciente e ao seu cuidador. Foi feita a demonstração ativa frisando a importância desta higienização além de ser solicitado a colaboração e comprometimento de ambos. Foi proposto para que a higienização seja feita pelo seu cuidador duas vezes ao dia durante sete dias. A higienização foi feita com gaze embebida em solução de clorexidina 0,12%, massageando toda mucosa e língua do paciente edêntulo. Para pacientes dentados parciais, a higienização foi feita com escova dental macia embebida também na solução de clorexidina 0,12%. Foi instruída a escovação da língua, com escova dental com cerdas macias e cabeça pequena, além de ensinar como armazenar e higienizar a prótese dental, quando presente. Para o grupo controle não houve aplicação do protocolo de higienização bucal com o uso da clorexidina 0,12%, mas procedeu-se com a educação em saúde, instrução de higiene bucal e motivação com foco na melhoria, mas sem intervenção clínica do pesquisador, diferente do grupo experimental onde os pacientes e seus cuidadores receberam a demonstração da técnica. Ao final da pesquisa, todos os pacientes do grupo controle e seus cuidadores receberam orientação e demonstração de higiene bucal.

4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

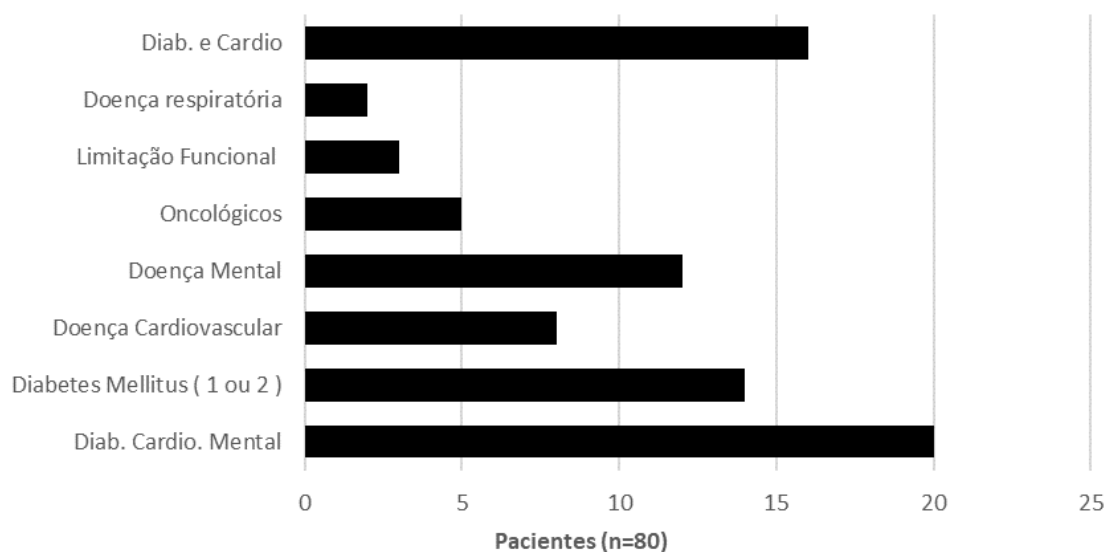
A análise dos resultados, para as variáveis quantitativas (UFC/mL de saliva; pH e Halitose), foram realizadas com o teste de Mann-Whitney (comparação entre os grupos controle e experimental). A comparação entre os parâmetros antes e depois, foi feito com o teste de Wilcoxon. Foram adotados modelos não paramétrico, uma vez que os dados não apresentaram distribuição normal (Teste de Kolmogorov Smirnov, $p < 0,05$). Para a variável qualitativa (saburra lingual) foi aplicado o teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0,05$). Os valores do escore de “Roda da Melhoria” foram analisados por meio do teste *t de student* para amostras pareadas (antes e depois) para os grupos de pacientes e cuidadores. Todos os cálculos foram realizados com o pacote estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Science*) versão 21.0 (SPSS Inc Chicago Illinois USA).

5 RESULTADOS

5.1 Definição do n e estratificação da amostra

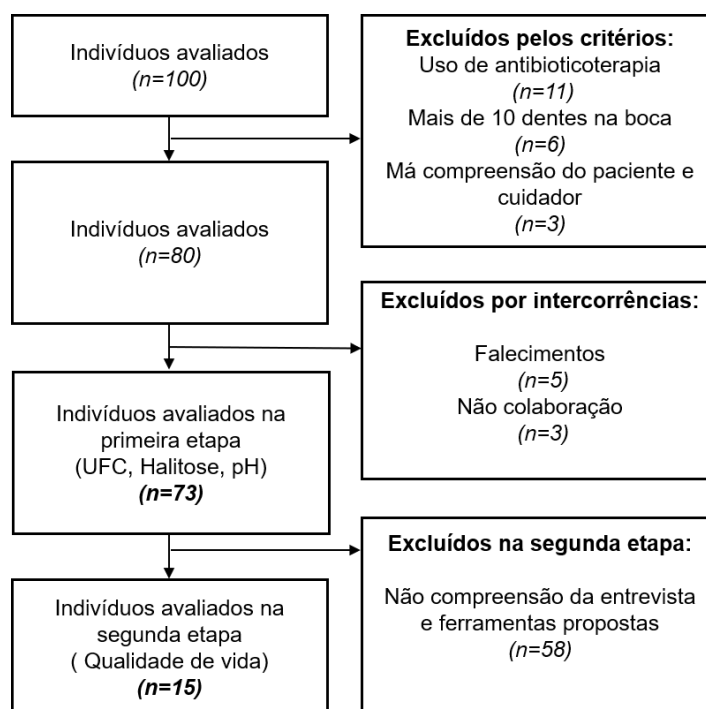
Dos 80 pacientes selecionados, 20 possuíam ao menos três doenças crônicas (Diabetes Mellitus I ou II, alguma cardiopatia e doença mental diagnosticada), 16 possuíam algum tipo de Diabetes Mellitus associada a alguma cardiopatia, 14 sofriam apenas com Diabetes Mellitus, 12 tinham apenas algum transtorno mental diagnosticado, 8 sofriam apenas de alguma cardiopatia, 5 eram pacientes oncológicos, 3 com limitações físicas e 2 com problemas respiratórios (Gráfico 1). Durante o trabalho, houveram 5 falecimentos e 2 exclusões por não colaboração, destes, 4 foram do grupo experimental e 3 foram do grupo controle. Ao total, obteve-se um n de 73 pessoas com o predomínio de mulheres ($n=68$) com idades variando de 47 e 100 anos (Figura 6). Quando questionados sobre se alguma vez receberam a visita do cirurgião-dentista em seu domicílio ou instituição, todos disseram que não. Entretanto, pelo menos 12 do total de 73 pacientes assistidos pelo programa, relataram receber a visita do médico da unidade de saúde esporadicamente. Quanto as instituições, ambas relataram receber visita médica e odontológica apenas em caso de pesquisa acadêmica, projetos sociais independentes ou quando pacientes ou familiares possuem condições para contratar consultas particulares. Um total de 41 dos 73 pacientes relataram sofrer de xerostomia sendo que 28 tinham algum tipo de diabetes diagnosticada, 7 eram portadores de hipertensão arterial e 6 faziam uso de benzodiazepínicos.

Gráfico 1 - Quantidade de pacientes de acordo com a doença crônica que possui.



Fonte: a autora

Figura 6 - Fluxograma do processo de seleção da amostra.

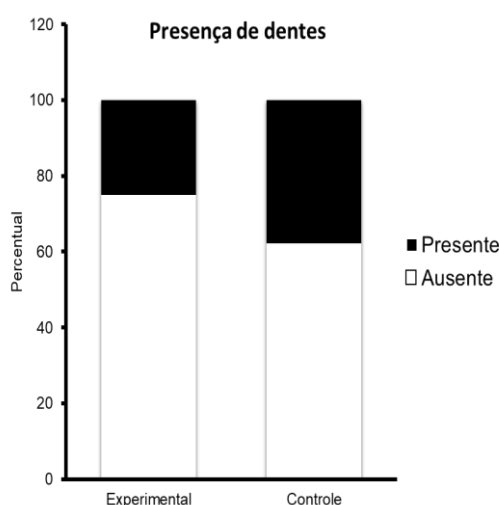


Fonte: a autora

5.2 Avaliação clínica e coleta de dados

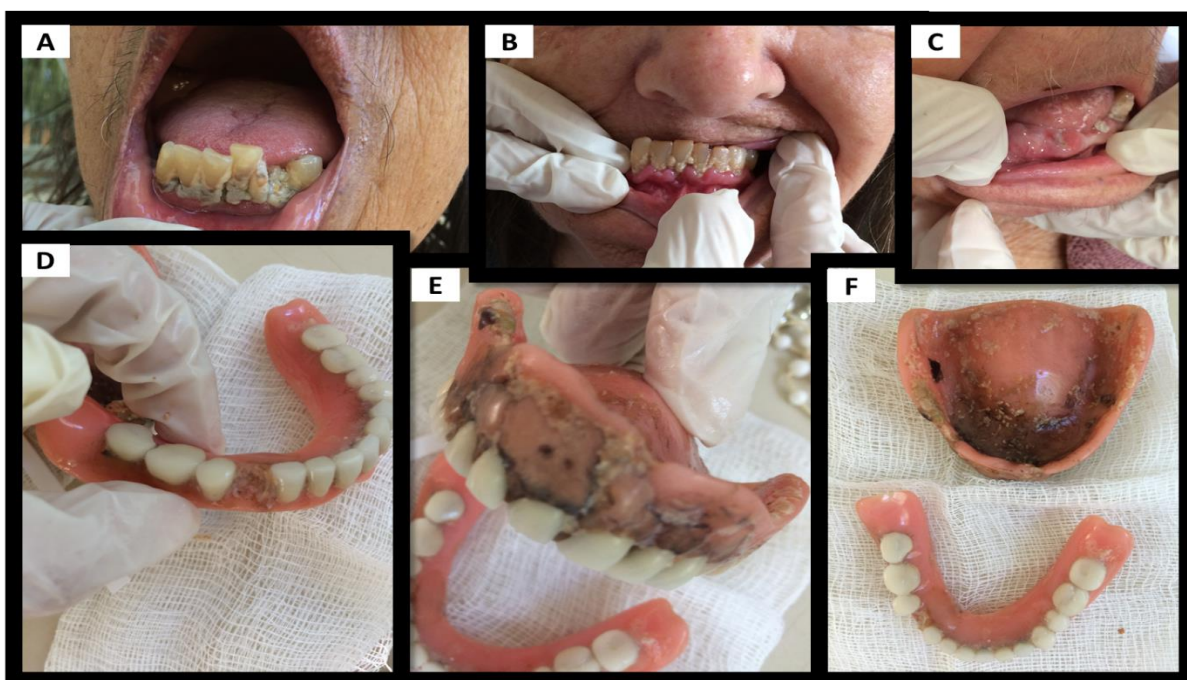
Os participantes da pesquisa foram classificados quanto a sua classe social de acordo com a sua renda, conforme estipulado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) em 2014, onde foi relatado que dos 73 pacientes, 3 pertenciam à classe B, 26 à classe D e 44 à classe E. Durante a análise dos prontuários, verificou-se longos períodos de distância entre consultas e reconsultas, tanto médicas quanto odontológicas (quando existiam), de em média 5 anos para os indivíduos que dependiam exclusivamente do SUS, reservando-se apenas consultas para a resolução de quadros agudos. Já para idosos e domiciliados que possuíam uma maior classificação socioeconômica, observou-se uma maior adesão de consultas médicas e odontológicas de rotina. Foi observada a presença parcial de dentição em 31,5% dos pacientes (1 a 10 dentes na boca) enquanto que em 68,49% dos pacientes, foi verificado ausência total de dentes. Dos parcialmente dentados, mais da metade (17,8%) possuíam dentes em más condições. Dos pacientes edêntulos totais, 61,6% faziam uso de prótese em condições ruins (Gráfico 2). Para xerostomia, foi verificada a presença em 56,2% da amostra, não sofrendo modificação antes e depois do protocolo. Foi verificado que 68,5% da amostra, não possuíam nenhum dente na boca e destes, 34% não possuíam prótese. Para aqueles que possuíam (31,5%), foi verificado que 30,8% possuíam em estado bom e ótimo, 23,1% em estado regular e 15,4% em estado ruim (Figura 7).

Gráfico 2 - Presença de dentes no grupo controle e grupo experimental.



Fonte: A autora.

Figura 7 - Condição bucal e protética encontrada em idosos residentes de ILPI cadastrados no SAD.



Fonte: a autora.

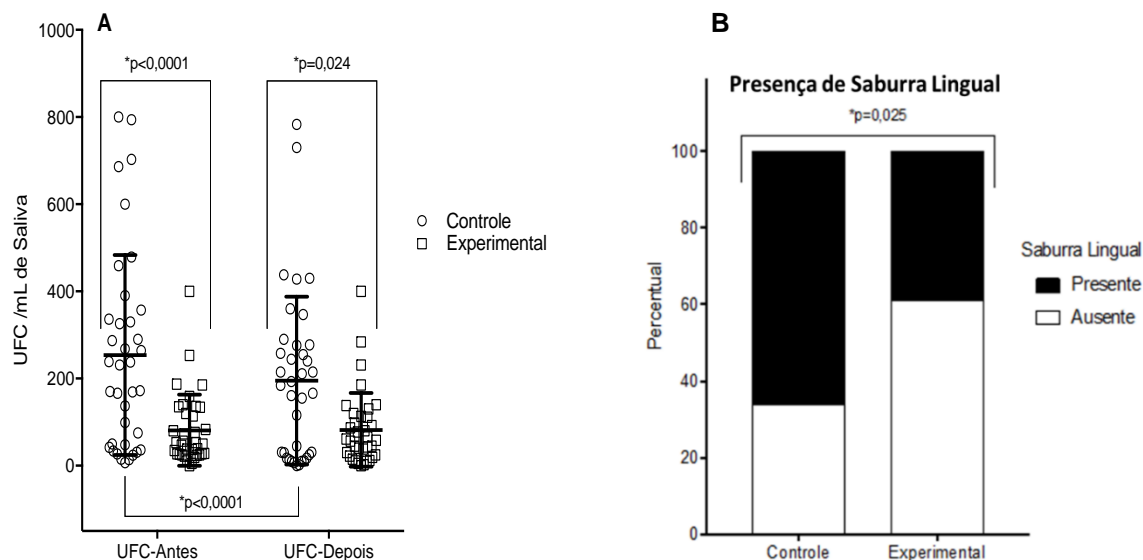
Nota: (A e B) Presença acentuada de biofilme e cálculo dental em todas as faces dos dentes presentes. Presença de edema e eritema e sangramento gengival indicando processo inflamatório. (C) Presença de raízes residuais, edema, sangramento e eritema gengival juntamente com um aumento de volume do rebordo gengival direito. (D, E e F): Próteses totais mal higienizadas e bastante desgastadas.

5.3 Avaliação microbiológica (Contagem de UFC)

Dos 73 pacientes, 36 pertenciam ao grupo experimental e 37 ao grupo controle. Para o grupo experimental, houve variação do crescimento de 0 a 400 UFCs/ 3×10^{-3} ml enquanto que para o grupo controle, o crescimento ficou entre 7 e 800 UFCs/ 3×10^{-3} ml (Gráfico 3). Após a aplicação do teste de Wilcoxon, concluiu-se que houve diferença significativa entre as coletas e entre os grupos ($p < 0,0001$) com exceção do grupo experimental ($p = 0,024$), que não variou entre o antes e o depois da intervenção clínica. As médias das UFCs do grupo controle na primeira ($M = 253$ EP = 38) e na segunda coleta ($M = 195$ EP = 32) foram superiores as médias obtidas para UFC na primeira ($M = 81$ EP = 14) e segunda coleta ($M = 82$ EP = 14) do grupo experimental (Tabela 1). Também, observou-se que a presença de 1 a 10 dentes na boca foi maior no grupo controle (37,8%) frente ao grupo experimental (25%). Também, no grupo

controle houve uma maior predominância de indivíduos com saburra lingual (47,2%) frente ao grupo experimental (37,8%), que pode ter contribuído para a maior quantidade de UFCs no grupo controle (Figura 8).

Gráfico 3 - Resultados da contagem de UFC e presença de saburra lingual.



Fonte: a autora.

Nota: Distribuição dos diferentes parâmetros nos grupos controle e experimental. (A) UFC/mL de saliva. Linhas representam a média e o desvio padrão. Pontos representam cada indivíduo. *($p < 0,05$) diferenças significativas; comparação entre os grupos (Teste de Mann-Whitney); comparação antes e depois em um mesmo grupo (Teste de Wilcoxon). (B) Saburra lingual nos grupos controle e experimental. Associação significativa (* $p < 0,05$, teste Qui-quadrado). Abaixo, tabelas relacionando as médias e percentuais com seus respectivos gráficos.

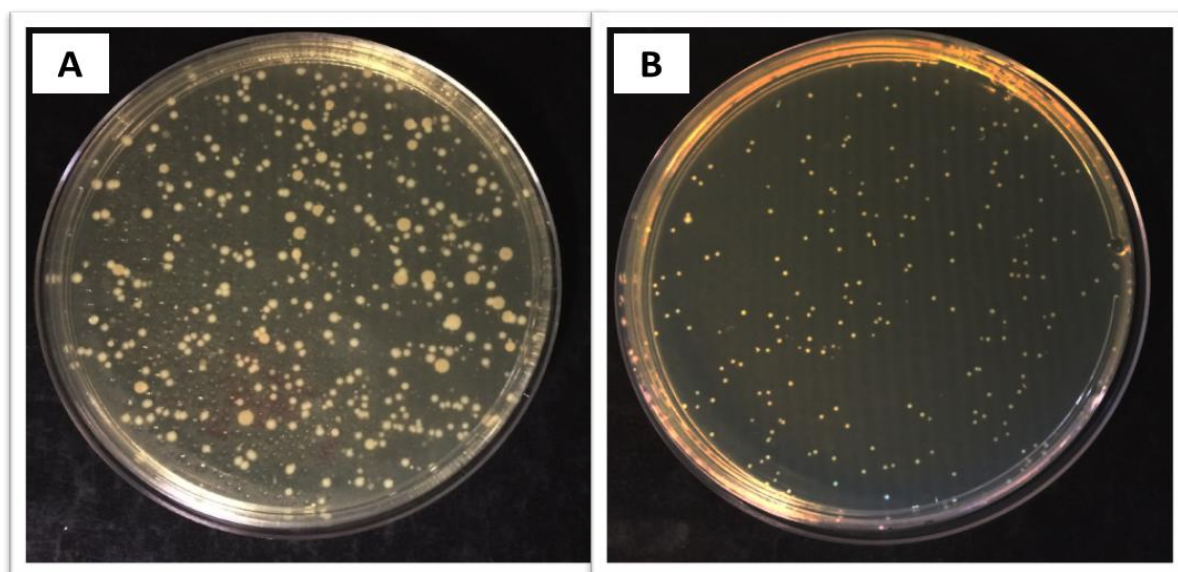
Tabela 1 - Médias e Desvio Padrão obtidos para UFC antes e após o protocolo para grupo experimental e controle. Percentual da presença de saburra lingual.

| Médias obtidas para UFCs/ 3×10^{-3} | | |
|--|--------------|--------------|
| | CONTROLE | EXPERIMENTAL |
| ANTES | 253 \pm 38 | 81 \pm 14 |
| DEPOIS | 195 \pm 32 | 82 \pm 14 |
| | $p < 0,0001$ | $p > 0,05$ |

| Presença de saburra lingual | | | |
|-----------------------------|--------------|--------------|----|
| Grupo | Presença (%) | Ausência (%) | n |
| EXPERIMENTAL | 47,2 | 52,8 | 36 |
| CONTROLE | 73,0 | 27,0 | 37 |

Fonte: a autora.

Figura 8 - Placas com ágar BHI e crescimento microbiano após 48 horas prontas para contagem das colônias.



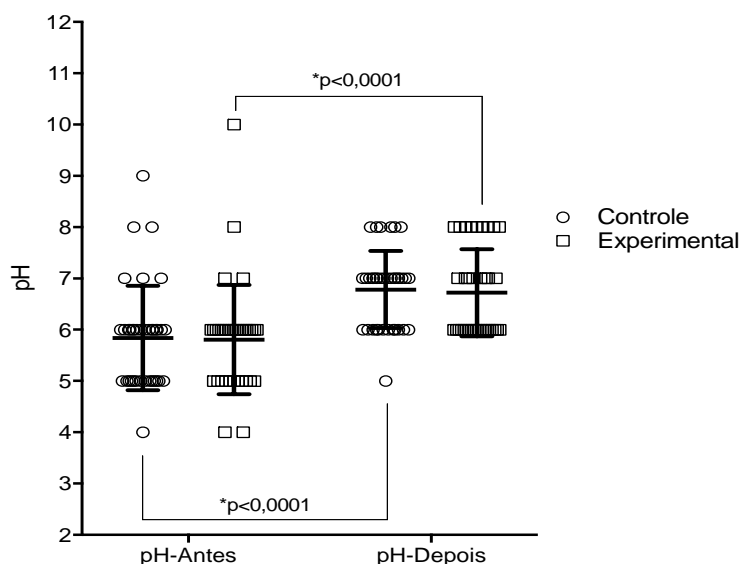
Fonte: a autora.

Nota: (A) UFCs obtidas de um paciente pertencente ao grupo controle. (B) UFCs obtidas de um paciente pertencente ao grupo experimental. Nota-se um grande crescimento, porém mais conservador.

5.4 Avaliação do pH salivar

O índice de pH, para o grupo controle, variou entre 4 a 9 sendo que houve uma maior predominância de indivíduos com pH igual a 5 (37,8%) e 6 (43,2%). Este índice também sofreu alteração após a intervenção, variando de 5 a 8 sendo que destes, 48,8% passaram a apresentar pH igual a 7 e 32,4% pH igual a 6 demonstrando que houve diferença estatística significativa antes e após a intervenção ($p < 0,0001$) (Gráfico 4). Para o grupo experimental, houve variação de 4 a 10 predominando indivíduos com pH igual a 6 (52,8%) e 5 (30,6%). Após a intervenção, a variação do pH ficou entre 6, 7 e 8 para este grupo havendo predomínio, novamente, do pH 6 (52,8%). Houve diferença estatística entre ambos os grupos nos dois tempos de análise ($p < 0,05$). Este resultado pode ser melhor visto na Tabela 2.

Gráfico 4 - Índices de pH obtidos antes e após o protocolo para grupo experimental e controle.



Fonte: a autora.

Nota. Distribuição dos diferentes parâmetros nos grupos controle e experimental de acordo com a variação do pH. Linhas representam a média e o desvio padrão; Pontos representam cada indivíduo. *($p < 0,05$) diferenças significativas, comparação entre os grupos (Teste de Mann-Whitney); comparação antes e depois em um mesmo grupo (Teste de Wilcoxon). Tabela contendo percentuais da variação do pH entre os grupos.

Tabela 2 - Percentual dos pacientes e escores de halitose antes e após o protocolo para grupo experimental e controle

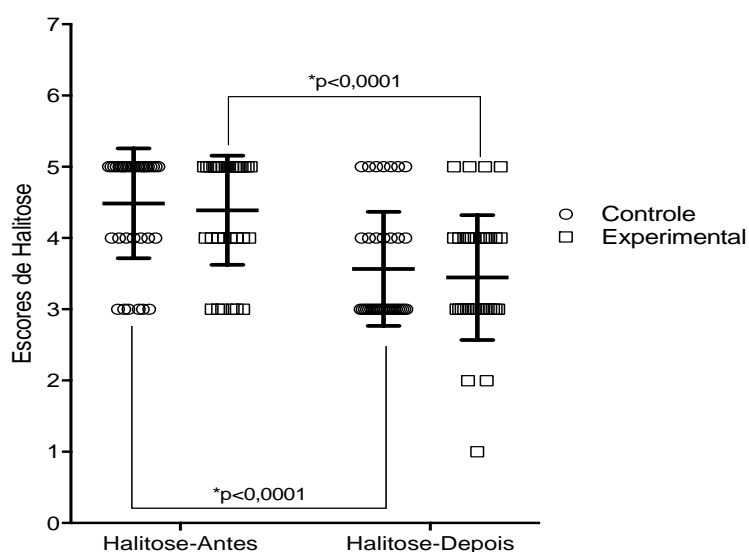
| Índices de pH obtidos antes e depois da intervenção | | | | |
|---|----------|--------|--------------|--------|
| PH | CONTROLE | | EXPERIMENTAL | |
| | ANTES | DEPOIS | ANTES | DEPOIS |
| 4 | 2,7% | 0% | 5,6% | 0% |
| 5 | 37,8% | 2,7% | 30,6% | 0% |
| 6 | 43,2% | 32,4% | 52,8% | 52,8% |
| 7 | 8,1% | 48,6% | 5,6% | 22,2% |
| 8 | 5,4% | 16,2% | 2,8% | 25,8% |
| 9 | 2,7% | 0% | 2,8% | 0% |
| 10 | 0% | 0% | 2,8% | 0% |

Fonte: a autora.

5.5 Avaliação da halitose

O escore da halitose, antes da intervenção, variou entre 3, 4 e 5 para o grupo controle sendo que 16,2% dos pacientes apresentaram grau 3, 18,9% dos pacientes apresentaram grau 4 e 64,9% dos pacientes apresentaram grau 5. Para a segunda coleta deste mesmo grupo, continuou a mesma variação entre os graus 3, 4 e 5, porém, houve uma queda dos indivíduos de grau 5 para 18,9% e aumento dos indivíduos de grau 3 para 62,2% (Tabela 3). Quando comparadas as médias entre os grupos antes e depois da intervenção, prevaleceu o grau 4 antes da intervenção e diminuiu para 3 após a intervenção tanto no grupo controle quanto no grupo experimental. Quando submetido a análise estatística, pode-se observar diferença significativa entre os dois grupos ($p < 0,0001$) que pode ser melhor visualizado através dos gráficos comparativos no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Variação dos escores de halitose antes e após o protocolo para grupo experimental e controle.



Fonte: a autora.

Nota. Distribuição dos diferentes parâmetros nos grupos controle e experimental de acordo com os escores de halitose obtidos antes e após o protocolo. Linhas representam a média e o desvio padrão. Pontos representam cada indivíduo. *($p < 0,05$) diferenças significativas, comparação entre os grupos (Teste de Mann-Whitney); comparação antes e depois em um mesmo grupo (Teste de Wilcoxon). Tabela com percentuais obtidos para cada grau de halitose em dois tempos nos diferentes grupos.

Tabela 3 - Percentual dos pacientes em seus respectivos escores de halitose antes e após o protocolo para grupo experimental e controle.

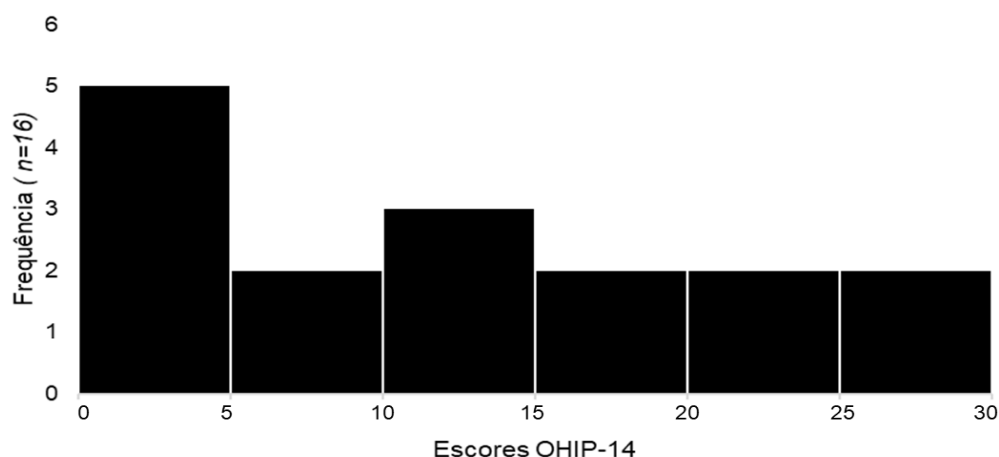
| Percentual do <i>score</i> de halitose antes e depois da intervenção | | | | |
|--|----------|--------|--------------|--------|
| | CONTROLE | | EXPERIMENTAL | |
| GRAU | ANTES | DEPOIS | ANTES | DEPOIS |
| 1 | 0% | 0% | 0% | 2,8% |
| 2 | 0% | 0% | 0% | 5,6% |
| 3 | 16,2% | 62,2% | 16,7% | 47,2% |
| 4 | 18,9% | 18,9% | 27,8% | 33,3% |
| 5 | 64,9% | 18,9% | 55,6% | 11,1% |

Fonte: a autora.

5.6 Avaliação da qualidade de vida

Dos 73 pacientes que participaram da pesquisa, apenas 16 pacientes estavam aptos a participar do questionário OHIP-14 e da “Roda da Melhoria” com seus respectivos cuidadores. Um participante da Roda da Melhoria teve que se desligar da pesquisa na segunda etapa resultando em um *n* final de 15 pacientes. De acordo com os *scores* obtidos a partir do questionário OHIP-14, a principal queixa foi relacionada ao uso de próteses desajustadas que atrapalham a mastigação, a dieta e o prazer de comer. Um total de 4 pacientes, relataram não sentir desconfortos relacionados a saúde bucal nos últimos 12 meses. Os resultados podem ser melhores avaliados no gráfico (Gráfico 6) sendo os escores maiores relacionados a pior saúde bucal e maior impacto na qualidade de vida.

Gráfico 6 - Distribuição de frequências dos escores obtidos através do OHIP-14.



Fonte: a autora.

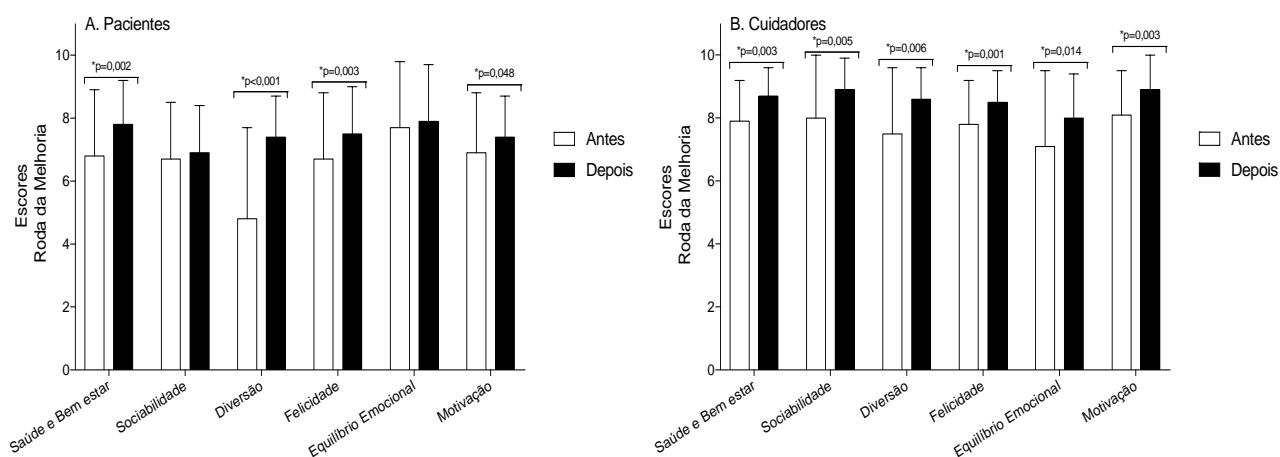
Para a Roda da Melhoria, foram observadas diferenças estatísticas significantes antes e depois da aplicação das medidas de melhoria sugeridas pelos próprios participantes. As medidas propostas pelos domiciliados foram: leitura de um livro, encontrar um passatempo, se aproximar dos familiares, fazer exercícios físicos, se dedicar mais ao que gosta, pintar, desenhar, fazer novas amizades, ser mais gentil com o próximo, ajudar pessoas e agradecer mais.

Já as cuidadoras apontaram medidas como: fazer dieta, praticar exercícios, procurar uma terapia, se aproximar da família, se reunir mais com amigos, se aperfeiçoar e se desenvolver profissionalmente, voltar a estudar, cuidar melhor da aparência e aprender uma função nova. A escolaridade das cuidadoras encontrou-se entre o nível fundamental, médio e técnico, sendo que para esta ferramenta (n=16), 3 possuíam nível técnico, 8 possuíam ensino médio, 3 possuíam apenas o ensino fundamental e 2 não foram alfabetizadas.

De acordo com a autopercepção dos pacientes, as três áreas que necessitam de maior atenção é a de “Criatividade, *hobbies* e diversão”, “Saúde e bem estar” e “Sociabilidade e convívio familiar” enquanto que para os cuidadores, as áreas que necessitam de melhoria são: “Equilíbrio Emocional”, “Criatividade, *hobbies* e diversão” e “Sociabilidade e convívio familiar”.

Para os domiciliados, após a aplicação das medidas, houve mudança significativa para todas as áreas, com exceção de “Equilíbrio emocional” e “Sociabilidade e convívio familiar” já para os cuidadores, em 7 dias houve mudança significativa em todas as áreas (Gráfico 7).

Figura 15 - Representação gráfica dos escores da “Roda da Melhoria” antes e depois para os grupos de pacientes e cuidadores.



Fonte: a autora.

Nota: Indicadores da “Roda da Melhoria” obtida antes e após o trabalho motivação estabelecido pelos próprios participantes. (*) diferença significativa (teste *t de student* pareado). Os dados apresentaram distribuição normal, considerando o teste de Shapiro-Wilk e análise dos coeficientes de assimetria e curtose que se encontravam entre -2 e +2.

6 DISCUSSÃO

Ações preventivas devem ser desenvolvidas em conjunto com a equipe interdisciplinar para atender os pacientes em regime domiciliar. Segundo estatísticas, o número de idosos em 2025 chegará a 34 milhões e ainda falta muita infraestrutura tecnológica, física e profissional para abrigar essa crescente demanda (DAVIM et al. 2004; SILVA, VALSECKI, 2000; BRAGA et al, 2011).

Os idosos, predominantes no SAD e nesta pesquisa, além das limitações naturais da idade, possuem enfermidades como cardiopatias, diabetes, doenças respiratórias, mentais, entre outras. Tais condições prejudicam a qualidade de vida tanto do dependente quanto de seus familiares (SINATRA et al, 2011). No Brasil, relaciona-se uma maior sobrevivência do assistido com a presença de um cuidador, sendo este, muitas vezes, um familiar. O Estado apresenta-se com responsabilidades reduzidas sobre o domiciliado, atribuindo a família a responsabilidade maior dos cuidados desenvolvidos em casa ou em âmbito institucional. O cuidador de uma pessoa com limitações precisa receber orientações sobre como agir em situações difíceis e como prevenir agravos de quadros simples. Para isso, é necessário o contato de uma equipe de saúde multidisciplinar para que haja uma correta capacitação destas pessoas e adequada supervisão (KARSH, et al. 2003).

Os pacientes visitados neste trabalho, eram assistidos por cuidadores profissionais e/ou familiares que se diziam capacitados nos cuidados com o domiciliado. Esta capacitação, em poucos casos, provinha de cursos rápidos enquanto que a maioria obteve informações pela internet, o que reafirma a necessidade de quebrar a distância entre profissionais de saúde e a população.

Em outros países, tanto na América do Norte quanto na Europa, há preocupação em desenvolver políticas públicas com o intuito de instalar um processo de envelhecimento saudável e com o suporte necessário para a demanda crescente (KARSH, et al. 2003). Pesquisadores como Lechner e Neal, já demonstraram em 1999 que cuidados vindos através de redes de apoio ao idoso, constituem de uma excelente forma de amparo ao domiciliado devendo estes serem estudados e melhores desenvolvidos (LECHNER; NEAL, 1999).

O programa do governo federal Melhor em Casa, surgiu no intuito de sanar as dificuldades encontradas por pessoas que se encontram com limitações temporárias ou definitivas que as impeçam de deslocar-se até as UBS. Dessa maneira, a equipe desloca-se até o domicílio da pessoa para fazer a capacitação do familiar que será o cuidador, atendimento do paciente e acompanhamento da família. Esta atenção visa conhecer a rotina da família, facilitando possíveis diagnósticos e tratamentos além de evitar hospitalizações desnecessárias. O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. Ainda, poderá contar com fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico. Porém, existe uma elevada demanda de pacientes para uma pequena quantidade de equipes sendo duas equipes para cada 250 mil habitantes (BRASIL, 2017).

Embora relatada em literatura a necessidade do profissional de odontologia para o paciente domiciliado, a prática ainda é escassa. Este trabalho revelou situações de saúde bucal insatisfatórias para a maioria dos domiciliados e institucionalizados. Também foi observado o desconhecimento por parte dos cuidadores de práticas de saúde bucal e geral e sua importância para a saúde de ambos. Percebeu-se também que o programa Melhor em Casa ainda não consegue acompanhar a instalação de novas doenças, tampouco preveni-las uma vez que algumas visitas chegam a demorar anos para terem o seu retorno.

A hipertensão é uma patologia que aumenta o risco de colapsos do sistema orgânico do indivíduo através de uma elevação anormal da pressão nas artérias. É assintomática e constitui uma das principais causas de morte da população adulta e idosa brasileira (SANTOS et al, 2009). Neste trabalho, foi encontrado um elevado número de pacientes portadores de hipertensão arterial já associado a outras doenças, aumentando o seu fator de risco. Associada a ela, foi observada a Diabetes Mellitus (tipo I ou II).

A Diabetes Mellitus trata-se de um distúrbio no metabolismo da glicose orgânica sendo bastante comum em pacientes idosos e adultos sedentários. Os portadores desta doença poderão apresentar uma maior chance de desenvolver doença periodontal, perdas ósseas e xerostomia. Ainda, podem relatar alteração no paladar, ardência na língua e eritemas. A Diabetes é uma condição inflamatória e sua presença

pode favorecer o surgimento de infecções. Pacientes Diabéticos com desordem cardiovascular devem necessariamente manter suas visitas odontológicas em dia, principalmente àqueles que já passaram por cirurgia cardíaca, o que poderá ser um fator de risco para endocardite bacteriana (SOUSA et al., 2003; LIMA, 2019). Foi observado que 56,2% dos pacientes da amostra total (n=73), apresentavam xerostomia e queixavam-se de boca seca sendo que mais da metade deste número eram diagnosticados com algum tipo de Diabetes.

Um achado bastante comum nesta pesquisa também foi a Doença de Alzheimer. O paciente portador, pode apresentar confusões mentais em nível inicial podendo evoluir para alucinações e paranoias em seu nível mais avançado além de causar incapacitação física e deficiência nos cuidados pessoais que impactam diretamente na qualidade de vida do indivíduo (ADAM; PRESTON, 2006). Embora existam meios de avaliar a qualidade de vida nestes pacientes, a confiabilidade dos métodos é questionável devido a não compreensão plena do indivíduo, dependendo quase sempre de um familiar ou cuidador para fazer os relatos, o que gera um viés interpretativo. Os relatos de um familiar ou cuidador não conseguirão substituir nem reproduzir o sentimento do assistido. O ser humano é uma unidade, uma totalidade, um ser indivisível. Logo, a totalidade do ser humano requer que ele seja estudado de diversas formas fazendo o uso de diversos métodos para melhor compreendê-lo (TILLICH, 2010). A maior dificuldade deste trabalho foi a interpretação dos questionários para avaliação de qualidade de vida uma vez que grande parte da amostra possuía algum tipo de doença mental diagnosticada e mais da metade dos entrevistados apresentavam dificuldades cognitivas.

A falta de assistência de saúde para indivíduos domiciliados colabora para este viés já que se espera que haja um acompanhamento epidemiológico efetivo pela Unidade de Saúde que por sua vez, faltam-lhe recursos para conseguir oferecer apoio e acompanhamento das progressões das doenças dos pacientes. Com isso, há uma baixa valorização da APS e uma maior procura por serviços de pronto-atendimento que se baseia em “queixa-consulta” (KEMPER et al., 2018). Neste trabalho foi observado vários sinais e sintomas de doenças crônicas em indivíduos não diagnosticados com as mesmas e quando analisada a história médica, verificou-se que as últimas consultas foram registradas apenas em pronto-atendimentos enquanto que os registros de consultas de rotina, no âmbito domiciliar, tinham em média 5 anos

para pacientes assistidos somente pelo SUS. Já, os pacientes também assistidos por outros meios, mesmo que em cuidados paliativos, recebiam acompanhamento mensal, trimestral ou semestral tornando os níveis socioeconômicos um fator determinante na saúde e qualidade de vida dos pacientes domiciliados.

A odontologia domiciliar surge no intuito de trazer mais saúde e qualidade de vida aos pacientes em parceria com as demais especialidades de saúde. A função do cirurgião-dentista neste âmbito visa remover possíveis focos de infecção e principalmente, eliminar qualquer fator que esteja provocando dor (MIRANDA et al, 2010). Neste trabalho, foram escolhidos métodos para verificar e quantificar o perfil microbiano bucal dos pacientes domiciliados e comparar se houve alteração do mesmo após o emprego da higienização com o agente químico clorexidina 0,12%. Como resultado, na contagem de UFC, observou que houve diferença tanto no grupo controle quanto no grupo experimental quando comparados entre si, entretanto, o uso da clorexidina não foi determinante para estas diferenças. Com base nos dados obtidos, acredita-se que a presença do profissional de saúde, o vínculo estabelecido e a motivação foram determinantes para que o grupo controle tivesse um melhor resultado que o experimental reforçando a importância da presença do cirurgião dentista na equipe interdisciplinar no desenvolvimento de práticas preventivas. Além disso, deve-se considerar os hábitos empregados nas diferentes instituições que também foram incluídas neste trabalho, como por exemplo, visita de projetos sociais que ofertavam lanches para os residentes que ficavam longos períodos sem a higienização enquanto que na outra instituição incluída, os residentes possuíam uma dieta mais regrada. Este viés poderia ser corrigido através da randomização dos indivíduos moradores das instituições, entretanto, a rotina de trabalho dos cuidadores inviabilizou o contato diário de cada idoso com um mesmo cuidador pois estes revezavam turno a cada 72 horas, desta maneira, foi optado pela padronização dos procedimentos e as duas instituições foram sorteadas entre si para a definir qual pertenceria ao grupo experimental e qual pertenceria ao grupo controle.

Todavia, o uso do protocolo obteve resultados satisfatórios para a normalização do pH bucal e queda do grau de halitose que indicam uma adequação da microbiota residente. Isso se atribui ao fato da clorexidina possuir substantividade, que lhe permite permanecer um longo período no meio bucal sem ser neutralizada pela saliva além do seu amplo espectro bactericida e bacteriostático para bactérias Gram-

positivas e Gram-negativas (HORTENSE et al, 2017). Alguns trabalhos clínicos mostraram que houve redução de 54 a 97% dos microrganismos bucais contidos na saliva após uso contínuo de clorexidina 0,12% (LÖE, 1973). Porém, nestes estudos, o uso da clorexidina foi empregado como colutório durante um período de 6 meses. Neste trabalho foram utilizados apenas 7 dias em virtude de os pacientes participantes não gozarem de plena saúde e estarem vulneráveis a descontinuidade da pesquisa por motivos de internação ou óbito. É importante ressaltar que houveram resultados satisfatórios para a redução das UFC no grupo controle, que não fazia uso da clorexidina, podendo ser atribuído a melhoria de hábitos neste grupo.

É evidente que o uso do protocolo de higienização domiciliar pode ser uma estratégia interessante a ser empregada para este grupo de pacientes. Mas é evidente também que a aproximação do cirurgião-dentista com o domiciliado, cuidador, familiar e equipe de saúde responsável, pode trazer vários benefícios para a saúde de todos os envolvidos.

O baixo nível de compreensão dos participantes determinou a administração do questionário OHIP-14 no formato de entrevista, assim como foi utilizado por Oliveira e Nadanovsky em 2005. Da mesma maneira, houve muita perda de dados úteis reduzindo significativamente o número de pacientes entrevistados. A aplicação do questionário no formato de entrevista não compromete a generalização dos resultados, pois as propriedades psicométricas do OHIP-14 parecem não estar relacionadas ao método de administração (ROBINSON et al, 2001).

O questionário contribuiu para reafirmar a falta de contato do cirurgião-dentista com os pacientes mesmo que a ausência deste profissional não esteja impactando profundamente a qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, a microbiota bucal residente é de extrema importância para o indivíduo visto a sua atuação no desenvolvimento do sistema imune e como barreira contra microrganismos patogênicos. Em pessoas com mais de 60 anos, ou com doenças crônicas, o desequilíbrio da microbiota bucal é mais evidente levando a uma perda de resistência da mucosa bucal a qual favorece a proliferação de microrganismos patogênicos (OLIVEIRA et al, 2007). Tanto os idosos quanto os cuidadores pesquisados, não possuíam a percepção da relação de saúde bucal com a saúde geral, necessitando este tema uma maior atenção por parte das equipes de saúde das UBS.

A qualidade de vida tornou-se um tema amplamente estudado e difundido no meio acadêmico devido a sua relação com a saúde. Muitos estudos com este enfoque

têm sido criticados por autores que por sua vez, duvidam da eficácia dos instrumentos de avaliação pois se trata de um tema complexo e dependente de inúmeras variáveis. Entretanto, há concordância que a qualidade de vida é um tema que comporta tanto aspectos objetivos quanto subjetivos. Os aspectos objetivos referem-se a consequências observáveis enquanto que os subjetivos dizem respeito a autopercepção sobre determinados aspectos (AMENDOLA et al, 2008). Neste trabalho buscou-se aliar a avaliação de aspectos objetivos quanto a qualidade de vida em saúde bucal e aspectos subjetivos quanto a qualidade de vida em aspectos gerais.

Tanto pacientes quanto cuidadores revelaram em sua autopercepção a necessidade de melhoria no âmbito social, convivência familiar, saúde e bem-estar. Como era esperado, o grupo de cuidadores também trouxe o “Equilíbrio emocional” como um ponto a ser trabalhado, reconhecendo a necessidade de terapias para a manutenção da saúde mental.

Assim como em outras pesquisas que envolvem cuidadores de pessoas, nesta houve predomínio de cuidadoras mulheres em 100% dos lares e instituições visitadas. Isso reforça o papel histórico e social da mulher como cuidadora. Além disso, algumas variáveis devem ser levadas em conta quando se deseja avaliar a qualidade de vida dos cuidadores, como idade, escolaridade e presença de uma rede de apoio onde se pode revezar os cuidados (URIZAR; MALDONADO, 2006). A presença de mais membros da família para o revezamento dos cuidados foi evidenciada neste trabalho juntamente com turnos intervalados entre os cuidadores nas instituições bem como a presença de baixa escolaridade e o desejo de investir na carreira profissional.

O domiciliado encontra-se em estado de vulnerabilidade e é cuidado muitas vezes por pessoas que também se encontram vulneráveis tanto fisicamente quanto mentalmente (AMENDOLA et al., 2008; URIZAR; MALDONADO, 2006 ; LLACH et al., 2004). O objetivo da “Roda da Melhoria” foi avaliar simultaneamente o domiciliado e seu cuidador para analisar de maneira conjunta os mesmos parâmetros e os pontos em comum entre eles. Além disso, propor uma ferramenta para a melhoria e prospecção de resultados rápidos que possam impactar positivamente em cada área apontada de acordo com o limite de cada pessoa. Houve um resultado satisfatório com o emprego desta ferramenta durante esta pesquisa, entretanto, acredita-se que se possa obter resultados melhores com a aplicação durante um maior período de tempo e também aliando a terapias com psicólogos e terapeutas ocupacionais.

As principais limitações deste trabalho foram relacionadas a comunicação,

tanto no quesito profissional-paciente como profissional-profissional. Embora os pacientes e cuidadores mostrassem interesse e compreensão da importância do tema, o tempo de avaliação utilizado nesta pesquisa foi curto, 7 dias, entretanto, atingiu o propósito que era testar a eficácia do protocolo a curto prazo. Avaliações em períodos de tempo maiores deverão ser utilizadas para avaliação do protocolo a longo prazo.

7 CONCLUSÃO

Embora o protocolo de higienização bucal domiciliar não tenha mostrado resultados satisfatórios na contagem de UFC no período de 7 dias para o grupo experimental, para o grupo controle foi um sucesso, mostrando que a presença do cirurgião-dentista impactou positivamente um dos grupos independente da necessidade do agente químico, clorexidina 0,12%. O questionário OHIP-14 mostrou-se uma ferramenta importante para avaliação de impactos da saúde bucal na qualidade de vida juntamente com a ferramenta Roda da Melhoria que mostrou-se uma alternativa de fácil compreensão e didática quando se trata de avaliar parâmetros de vida de cada indivíduo com base em sua autopercepção, tanto para os domiciliados quanto para os cuidadores.

REFERÊNCIAS

- ABIDIA, R.F. Oral care in the intensive care unit: a review. **J Contemp Dent Pract**, v. 8, n. 1, p. 76-82. 2007.
- ADAM, H.; PRESTON, A.J. The oral health of individuals with dementia in nursing homes. **Gerodontology**, v. 23, n.1, p.99-105, 2006.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 266–272, 2008.
- LAWDER, J. A. C., et al. Impacto da condição dentária na qualidade de vida de indivíduos em situação de rua. **Rev. Saúde Pública**, v.53, n.1, p. 1–10, 2019.
- LIMA, R.A.D et al. Mortalidade por diabetes mellitus em um município do estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.53, n.1, p. 1–9, 2019.
- BARROS, M.B.A., et. al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Cienc. Saude Coletiva**, v. 11, n. 4, p.911-26, 2006. DOI:10.1590/S1413-81232006000400014
- BERRY, A.M.; DAVIDSON, P.M.. Beyond comfort: oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. **Int Crit Care Nurs**, v.22, n.6, p. 318-328, 2006.
- BOLLEN, C.M.L., BEIKLER, T. Halitosis: the multidisciplinary approach. **International Journal of Oral Science**, v.4, n.2, p.55–63, 2012.
- BRAGA, E. C.; CARVALHO, D. R. DE; CRUVINEL, V. R.; et al. Intervenção odontológica domiciliar em paciente idoso cego institucionalizado: Relato de caso. **Rev. Longe Viver**, v. 1, n. 2004, p. 17–22, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de atenção domiciliar: Melhor em casa**, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>> Acesso em julho de 2019.
- BURTON, J.P., et al.. A preliminary study of the effect of probiotic *Streptococcus salivarius* K12 on oral malodour parameters. **J. Appl. Microbiol.** v.100, p.754–764, 2006.
- BUTZE, J. P.; GOMES, S. C. Perspectivas atuais sobre halitose bucal : Revisão de Literatura. **Braz J Periodontol**, v. 25, n. 02, 2015.
- CARVALHO, R. F. Métodos convencionais e atuais de diagnóstico de halitose. [Recursos Eletrônico]. / Roberta Furtado Carvalho, Meire Coelho Ferreira, Letícia Machado Gonçalves. - São Luís: UNICEUMA, 2018.
- CASCAES. A.M.; LEÃO, A.T.; LOCKER, D. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. **Epidemiologia da saúde bucal**. 2.ed. São Paulo: Editora Santos; 2013. p.437-58.

CHAMBERS, MS et al. Mutans streptococci in xerostomic cancer patients after pilocarpine therapy: a pilot study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.99, n.2, p.180-184, 2005.

COIMBRA, F. Xerostomia. Etiologia e tratamento. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial**, v. 50, n. 3, p. 159–164, 2009.

CUSHING AM, SHEIHAM A, MAIZELS J. Developing socio-dental indicators: the social impact of dental disease. **Community Dent Health.**, v.3, n.1, p.3-17, 1986.
DA SILVA, J.L., et al. Oral Health of Patients Hospitalized in the Intensive Care Unit. **J Contemp Dent Pract**, v.17, n.2, p. 125-129, 2015.

DADAMIO, J., et. al. A novel and visual test for oral malodour: first observations. **Journal of breath research**, v. 5, n.4, p. 9, 2011.

DAVIM, R.M.B., et al. “Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde”. **Rev Lat Amer Enf**, v.12, n.3, p.518-524, 2004.

DEL DUCA, G.; SILVA, M.; HALLAL, P.C.. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.5, p.796-805, 2009. DOI:10.1590/S0034-89102009005000057.

DOS SANTOS, C.T., et al. Avaliação da microbiota bucal de pacientes idosos internados em unidade de Terapia Intensiva e Clínica Médica Hospitalar. **Rev Espacios**, v.38, n.3, p. 25 , 2017.

DOUGLASS, C. W., GLASSMAN, P. The oral health of vulnerable older adults and persons with disabilities. **Special Care in Dentistry**, n.33, v.4, p.156–163, 2013. doi:10.1111/scd.12020

FGV. Centro de Políticas Sociais. Qual a renda familiar das classes? Disponível em : <<https://cps.fgv.br/qual-faixa-de-renda-familiar-das-classes>> Acesso em: Dezembro de 2019.

FORSELL, M., et al. An evidence-based oral hygiene education program for nursing staff. **Nurse Education in Practice**, v. 11, n. 4, p. 256–259, 2011.

GLURICH, I., et al. The Oral-Systemic Personalized Medicine Model at Marshfield Clinic. **Oral Dis.**, n.19, v.1, p. 1 – 17, 2014.

HATIPOGLU, M. G.; KABAY, S. C.; GÜVEN, G. The clinical evaluation of the oral status in Alzheimer-type dementia patients. **Gerodontology**, v. 28, n. 4, p. 302–306, 2011.

HORTENSE, S. R., et al. Uso da clorexidina como agente preventivo e terapêutico na Odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 178, 2017.

JOHNELL, K.; KLARIN, I. The relationship between number of drugs and potential drug-drug interactions in the elderly: A study of over 600 000 elderly patients from the Swedish prescribed drug register. **Drug Safety**, v. 30, n. 10, p. 911–918, 2007.

KARSCH, U. M. Dependent seniors: families and caregivers. **Cadernos de saúde pública**, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 861–866, 2003.

KEMPER, E. S.; TASCIA, R.; HARZHEIM, E.; et al. Universal health coverage and the more doctors physician recruitment program (Programa Mais Médicos) in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 42, p. 1–5, 2018.

KRAUSZ, R. Rosa. **Coaching executivo: a conquista da liderança**. São Paulo: Nobel. 2007.

LAVERTY, H. G.; ANTOINE, D. J.; BENSON, C.; et al. drug-induced liver injury To cite this version : r Fo Pe er Re vi. **Applied Economics**, v. 45, n. 02, 2011.

LECHNER, V. NEAL, M., 1999. The mix of public and private programs in the United States: Implications for employed caregivers. In: LECHNER, V. NEAL, M. **Work and Caring for the Elderly: International Perspectives**. Philadelphia: Taylor e Francis. pp. 120-137.

LIN H.L.; YANG, L.Y.; LAI, C.C. Factors related to compliance among critical care nurses with performing oral care protocols for mechanically ventilated patients in the intensive care unit. **Am J Infect Control**, v. 42, n. 5, p. 533-535, 2014.

LLACH, X.B.L.; SURIÑACH, N.L.; GAMISANS, M.R.. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. **Aten Primária**, v. 34, n. 4, p. 170-7, 2004.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent. Health**, v.5. p. 3 – 18, 1988.

LÖE H. Does Chlorhexidine have a place in the prophylaxis of dental diseases ? **J Periodont Res.**, v. 12, n.1, p. 93-99, 1973.

MAROCCHIO, L. S., CONCEIÇÃO, M. D., TÁRZIA O. Remoção da saburra lingual: comparação da eficiência de três técnicas. **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.4, p. 443 - 448, out./dez. 2009.

MIRANDA, A. F, et al. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. **Rgo**, v. 58, n. 1, p. 103–107, 2010.

MORENO, T., et al. Tratamento da periodontite agressiva e alterações nos compostos sulfurados voláteis. **Rev Odonto Ciên**, v.20, p. 217-221, 2005.

O'NEIL, M.B. **Coaching treinando executivos** (Laesserre, Trad.) São Paulo: Futura. 2001.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P.. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, n. 33, v.1, p. 307–314, 2005.

OLIVEIRA, B.H.; PSYCHOMETRIC, N. P.; HEALTH, O., et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile – short form. **Community Dent Oral Epidemiol.**, n. 9, p. 307–314, 2005.

OLIVEIRA, L.C.B.S., et al. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 19, v. 4, p. 428-33, 2007.

OLIVEIRA, R.C.; NASCIMENTO W.W.P. Estudo Comparativo Entre Procedimentos Diagnósticos Para Halitose: Uma Abordagem Preliminar. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. v.10, n.1, p.113-119, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63712849019>>

PACE, N. A. **Avaliação clínica e microbiológica da cavidade bucal de pacientes críticos com intubação orotraqueal de um hospital de emergência**, 2007. Dissertação de Mestrado (Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

PAIM J., et al.. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**. v. 377, n. 97, p. 1778-97, 2011. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)> Acesso em : 09 de Mar de 2018.

PIZARRO, S. P. A. **Influencia de diferentes colutórios em niveles de pH salival de pacientes com halitosis**. 2018. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Facultad de Odontología, Universidad de las Américas, Santiago, 2018.

ROBINSON, P.G., et al.. A comparison of OHIP 14 and OI DP as interviews and questionnaires. **Community Dent Health**, v. 18, n.1, p. 144–9, 2001.

ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 181–189, 2013.

SBCOACHING. **Roda da Vida: O que é e como funciona esta técnica de coaching ?**: Guia completo. Blog SBCoaching: Fernando Collela, 18 out. 2013. Disponível em: <https://www.sbcoaching.com.br/blog/roda-da-vida/>. Acesso em: 28 jan. 2020.

RODRIGUES, S.S., et al. Attitude and Practice of the Nursing Team Regarding Oral Health Care in Intensive Care Units in a Reference Hospital of Recife, Brazil. **Braz Res Ped Dent Int Clin**, v.16, n.1, p. 129-139, 2016.

SALVADOR, S.L., FIGUEIREDO, L.C. Halitose: Quais são os métodos de diagnóstico e tratamento de halitose?. In: LOTUFO, R.F.M., JÚNIOR, N.T.L. **Periodontia e Implantodontia: Desmistificando a Ciência**. 1ª edição. São Paulo. Editora Artes Médicas. p. 377 -383. 2003.

- SANTOS, T.S., et. al.. Abordagem atual sobre hipertensão arterial sistêmica no atendimento odontológico: [revisão]. **Odontol Clín Cient.**, v.8, n.2, p.105-9, 2009.
- SILVA, P. C. Coaching na aula de Sociologia. **Em Tese**, v. 13, n. 2, p. 189, 2016.
- SILVA, S.R.C.; VALSECKI, A.J. “Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro”. **Pan Am J Public Health**, v.8, n.4, p. 268-271, 2000.
- SINATRA, L.S., et. al. A odontogeriatrics contribuindo nos aspectos biopsicossociais do idoso: relato de caso. **Rev Portal Divulg**, v.13, n.1, p. 21-30, 2011.
- SIQUEIRA FV, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saude Publica**, v.41, n.5, p.749- 56, 2007. DOI:10.1590/S0034-89102007000500009
- SJÖGREN, P., et al.. Oral Care and Mortality in Older Adults with Pneumonia in Hospitals or Nursing Homes: Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 64, n. 10, p. 2109–2115, 2016.
- SJÖGREN, P., et. al.. Patient safety in domiciliary dental care for elderly nursing home residents in Sweden. **Community dental health**, v. 32, n. 4, p. 216—220, 2015.
- SLADE, G.D.; Derivation and validation of a Short-Form Oral Health Impact Profile. *Community Dent.* **Oral Epidemiol.**, v.25, p. 284 – 290, 1997.
- SLADE, G.D.; SPENCER, A.J.; Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent. Health**, n.11, p. 3 – 11, 1994.
- SOUSA, R.R., et. al.. O paciente odontológico portador de diabetes mellitus: uma revisão de literatura. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.**, v.3, n.2, p. 71-77, 2003.
- TILLICH, P. A concepção de homem na filosofia existencial. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 16, n. 2, p. 229–234, 2010.
- TORRESAN, M. L.; PESSOTTO F.; BUENO C.H.. Mindfulness and coaching: alternatives to the human development. **Rev. Carreira e Pessoas**, v.8, n. 1, p. 130 – 141, 2018.
- TRENTO, C.L., et. al.. Avaliação do conhecimento de Cirurgiões-Dentistas e acadêmicos de Odontologia na cidade de Aracaju, Sergipe, a respeito da adequada prescrição de antimicrobianos. **Rev Odontol UNESP**, v. 43, n.4, p. 286-293, 2014.
- URIZAR, C.A., MALDONADO, J.G.. Burden of care in families of patients with schizophrenia. **Qual. life Res**, v. 15, n. 4, p. 719-24, 2006.
- WHITMORE, John. **Coaching para performance: aprimorando pessoas, desempenhos e resultados: competências pessoais para profissionais.** Rio de Janeiro: Qualitymark. 2006.
- WHO. **International classification of impairments, disabilities, and handicaps.** Geneva,1980.

WHO. **Definition of palliative care** [internet]. 2002 [citado 2011 jul 13] Disponível em:<<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en.>> Acesso em: 10 de Mar. 2018.

YAEGAKI, K.; COIL, J.M. Examination, classification, and treatment of halitosis, clinical perspectives. **J Can Dent Assoc**, v.66, n.5, p. 257-293, 2000.

ZALEWSKA, A., et al.. Halitosis: a common medical and social problem. **Acta Gastroenterol Belg**, v.75, n.3, p:300-309, 2012.

ZARCO, M. F.; VESS, T. J.; GINSBURG, G. S. The oral microbiome in health and disease and the potential impact on personalized dental medicine. **Oral Dis**, v. 18, n. 1, p. 109-20, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Eu, _____,
 RG _____, com _____ anos, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo “**Protocolo de higienização bucal em pacientes portadores de doenças crônicas domiciliados: Uma abordagem interdisciplinar.**”, que será realizado em acordo com as Unidades Básicas de Saúde do Município de Ponta Grossa, recebi dos pesquisadores **Luísa Paola da Silva Ferreira, Shelon Cristina Souza Bandeca, Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky e Fábio André dos Santos**, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas que o estudo se destina a verificar a eficácia de um protocolo de higienização bucal a ser empregado em pacientes domiciliados que apresentem doença crônica ou limitação física funcional, correlacionando os achados microbiológicos com os parâmetros clínicos, além de avaliar os impactos na qualidade de vida que problemas bucais trouxeram e que este tratamento venha a trazer. O estudo começará em março de 2019 e terminará até janeiro de 2020. Serão obtidas informações quanto aos dados pessoais do paciente pertencente a UBS, bem como sua história médica e odontológica a partir da avaliação odontológica inicial. Além disso, será coletada amostra microbiológica da condição bucal, da região de dorso de língua para análise no Laboratório de Microbiologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Em momento algum serão repassadas informações sigilosas com a identificação do paciente. Sei que se houver dúvidas quanto ao estudo solicitarei ajuda ao pesquisador. Não terei incômodo algum durante a participação na pesquisa. Quanto aos possíveis riscos à minha saúde física e mental são quase inexistentes, pois serão adotadas todas as normas para garantir o sigilo das informações e a privacidade do participante.

Tenho conhecimento que a minha participação na pesquisa será em no máximo três dias.

Os benefícios diretos decorrentes da minha participação neste estudo é a orientação sobre a saúde bucal que pode influenciar na saúde geral, além de receber avaliação e acompanhamento odontológico domiciliar enquanto participar da pesquisa. Também tenho conhecimento que poderei contar com toda orientação que necessitar da Cirurgiã-dentista **Luísa Paola da Silva Ferreira** e caso surjam dúvidas ou queira maiores esclarecimentos em qualquer etapa do estudo, os pesquisadores estarão totalmente disponíveis para saná-las. Não está previsto ressarcimento, pois não haverá nenhum gasto extra, decorrente da participação na pesquisa, uma vez que as informações serão coletadas durante a avaliação odontológica. Também não estão previstas indenizações uma vez que os riscos decorrentes da minha participação na pesquisa são quase inexistentes. Caso comprove-se que houve algum dano decorrente da minha participação, os pesquisadores assumem o compromisso de me dar assistência e indenizar-me, se for o caso. As informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo; e que os dados obtidos neste estudo serão divulgados na comunidade científica, porém sem identificar-me.

Também tenho ciência que a qualquer momento, **eu poderei recusar a continuar participando do estudo** e, também, que eu **poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo no atendimento, cuidado e/ou tratamento pela equipe de pesquisa da UEPG.**

Tenho pleno conhecimento que a **minha participação é voluntária e que não sou obrigado a participar do estudo.** E em casos de dúvidas poderei consultar tanto o COEP (Comitê de Ética em Pesquisa) e o pesquisador responsável nos endereços abaixo informados:

Endereço do Pesquisador Responsável:

Nome: Luísa Paola da Silva Ferreira

Endereço: Heladio Vidal Correia, 649 – Chácara Tucano - Uvaranas
 Telefone p/ contato: (42) 3226-0599 – e-mail: luisapsf@icloud.com Universidade Estadual de Ponta Grossa

Comissão de Ética em Pesquisa (COEP – UEPG)

Universidade Estadual de Ponta Grossa:

Av. Carlos Cavalcanti, 4748 – Uvaranas (Campus Universitário). Bloco M – Sala 100. Ponta Grossa (PR). CEP: 84030-900. Telefone: 3220-3108 (horário de funcionamento: segunda a Sexta - 08h ao 12h).

Home page: www.uepg.br/coep e e-mails: coep@uepg.br (Coordenação); seccoep@uepg.br (Secretaria)

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu **DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO**. Assinarei no final deste documento, que está em duas vias, sendo uma delas minha e a outra é do pesquisador responsável.

Dados do(a) participante voluntário (a):

| | |
|--|--------------------------|
| Nome: | Sexo: M() F() |
| Idade: RG: | Telefones: / |
| Endereço Residencial: | |
| Rua: | Número: |
| Bairro: | Cidade: |
| CEP: | Complemento: |
| Nome de outra pessoa para contato: | |
| Grau de parentesco: | |
| Telefones: / | |

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se a secretaria da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa: Av. Carlos Cavalcanti, 4748 – Uvaranas. Bloco M - Campus Universitário. CEP: 84030-900 - Ponta Grossa (PR). Telefone: 3220-3108.

Ponta Grossa, ____ de _____ de 2019.

 Assinatura ou impressão datiloscópica
 do voluntário(a) ou responsável legal

 Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE B PARECER CIRCUNSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Protocolo de higienização bucal em pacientes portadores de doenças crônicas domiciliados: Uma abordagem interdisciplinar

Pesquisador: Shelon Cristina Souza Pinto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03814518.2.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.067.237

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

Protocolo de higienização bucal em pacientes portadores de doenças crônicas domiciliados: Uma abordagem interdisciplinar. A pesquisa experimental incluirá uma amostra de 100 participantes pertencentes ao Serviço de Atenção Domiciliar das micro áreas das Unidades

Básicas de Saúde. Serão incluídos os pacientes que sejam portadores de doenças crônicas e aqueles que estejam sendo submetidos a medidas paliativas

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Determinar um protocolo de fácil execução e baixo custo à ser implementado pelas Unidades Básicas de Saúde.

Objetivo Secundário:

Promover melhoria na saúde bucal, geral, qualidade de vida e motivação de pacientes e seus cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos dos sujeitos participantes da pesquisa são mínimos, porém existentes. Entre eles pode-

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

APÊNDICE C FICHA DE AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

| Protocolo de higienização bucal em pacientes portadores de doenças crônicas domiciliados: Uma abordagem interdisciplinar. | | | |
|---|-------|-------------------|--|
| <i>Dados Gerais</i> | | | |
| Nome: | | | |
| Idade: | Sexo: | Doenças Crônicas: | |
| UBS: | Área: | Telefone: | |

| <i>Dados Clínicos</i> | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|--|
| Presença de dentes | () Sim () Não | Se sim, inf. condição: | () Ruim () Regular () Bom () Ótimo |
| Presença de prótese | () Sim () Não | Tipo: | condição: () Ruim () Regular () Bom () Ótimo |
| Tecido mole | () Normal () Alterado | Obs: | |
| Higiene Bucal: | () Ótima () Boa () Péssima | Fumante | () Sim () Não |
| Saburra lingual: | () Presente () Ausente | Xerostomia | () Sim () Não |
| Biofilme Visível: | () Presente () Ausente | Cárie | () Sim () Não |
| Sangramento: | () Presente () Ausente | Eritema: () sim () não | Edema: () Presente () Ausente |
| pH: | (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (14) | | |
| Halitose (CSV) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | | |
| Outros achados | | | |
| | | | |
| | | | |

| <i>Dados Farmacológicos</i> | |
|-----------------------------|--|
| Medicação utilizada | |
| | |
| | |

Eu, _____, R.G. _____, declaro verdadeiras as informações por mim concedidas na anamnese, ficando sob minha responsabilidade qualquer informação não relatada e que possa vir a interferir nos resultados do meu tratamento. Também me comprometo a informar qualquer alteração em meu estado de saúde que ocorra durante a pesquisa.

Assinatura do responsável: _____

Pesquisador responsável: _____

APÊNDICE D FICHA DE AVALIAÇÃO MICROBIOLÓGICA

Data: _____

Nome: _____ Prontuário: _____

Período da coleta de material biológico:

 Coleta Inicial Coleta após protocolo**ÁGAR BRAIN HEART INFUSION**

Crescimento microbiano: Sim () Não () Número de colônias: _____

Descrição da(s) colônia(s): _____

APÊNDICE E

FORMULÁRIO OHIP

Paciente: _____**Data:** _____**IMPACTO PESSOAL EM SAÚDE BUCAL (OHIP-14)**

Percepção e sentimentos dos indivíduos a respeito da sua própria saúde bucal. Responder de acordo com a frequência que sentiu estes eventos nos últimos 12 meses.

| | Situações | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente |
|-----------|---|--------------|------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Tem tido dificuldades de pronunciar algumas palavras devido a problemas nos dentes, boca ou prótese dentária ? | | | | |
| 2 | Tem sentido que seu paladar tem piorado devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária ? | | | | |
| 3 | Teve alguma dor persistente e/ou continuada na boca ? | | | | |
| 4 | Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese ? | | | | |
| 5 | Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese ? | | | | |
| | Situações | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente |
| 6 | Tem se sentido tenso(a) por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese? | | | | |
| 7 | A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese? | | | | |
| 8 | Tem tido que interromper refeições devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese? | | | | |
| 9 | Tem sentido dificuldade de relaxar devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses? | | | | |
| 10 | Tem sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses? | | | | |
| 11 | Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses? | | | | |
| 12 | Tem se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses? | | | | |
| 13 | Sente que a sua vida geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese? | | | | |
| 14 | Tem se sentido incapaz de funcionar devido a problemas com seus dentes, boca, ou próteses? | | | | |

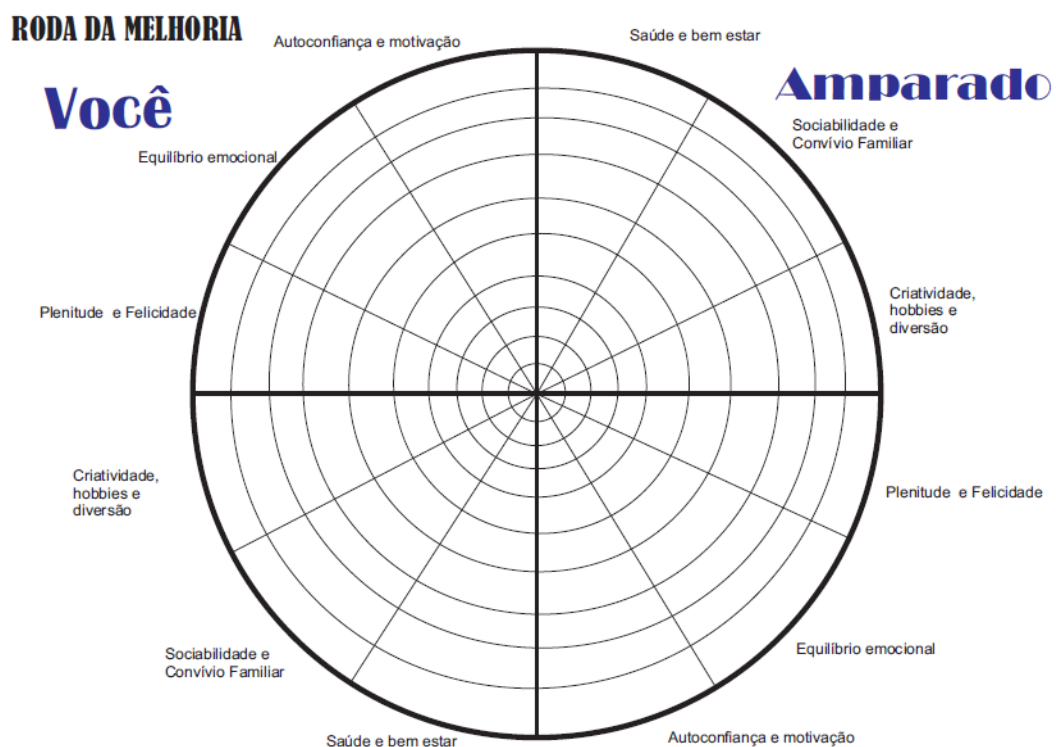
APÊNDICE F

RODA DA MELHORIA

Nome do paciente: _____ Telefone: _____

Data: _____

Exame: INICIAL FINAL



1) Quais áreas devem mudar?

2) Escolha três destas áreas e comece a mudança:

3) Ações para a mudança:

APÊNDICE G CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, CARLOS EDUARDO CORADASSI, coordenador do NEP-SMS, autorizo a realização do projeto: **Protocolo de higienização bucal em pacientes portadores de doenças crônicas domiciliados: Uma abordagem interdisciplinar**, realizada pela UEPG, que será desenvolvida pela pesquisadora: Luísa Paola da Silva Ferreira.

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa deverá conter logo da instituição e respectiva citação.

Ponta Grossa, 06 de junho de 2018.

Carlos Eduardo Coradassi

Coordenador NEP-SMS-PMPG