Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

# Avaliação da capacidade funcional e autocuidado em saúde bucal de idosos

Assessment of functional capacity and self-care in the oral health of elderly people

Evaluación de la capacidad funcional y autocuidado en la salud bucal de personas mayores

Elisabeth Pinto Bezerra[1], Marília Vasconcelos Cordeiro[1], Tayane Oliveira Gonçalves[1], Pedro Henrique Chaves Isaia[2], Thinali Sousa Dantas[1], Katia de Gois Holanda Saldanha[1], Raul Anderson Domingues Alves da Silva[1].

**RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional e o autocuidado em saúde bucal dos idosos atendidos em uma Clínica Escola de Odontologia no estado do Ceará. **Métodos:** Estudo observacional transversal, baseado no método quantitativo de investigação, no qual participaram 61 pacientes. Os dados foram obtidos por meio de questionários e o Índice de Barthel. Análise dos dados no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, com significância de 5%. **Resultados:** A amostra, majoritariamente feminina (50,8%) e branca (59%), tinha média de 61 anos, ensino médio (72,1%) e baixa renda. A maioria visitou o dentista há mais de um ano (54,1%), utilizando serviços públicos (60,7%) por dor ou tratamento (88,5%). O uso de prótese foi comum (57,4%), com higienização regular. A capacidade funcional indicou dependência leve (Índice de Barthel médio: 99,02 ± 4,10), com piora associada ao avanço da idade (p<0,024; RP: 1,20; IC 95%: 1,02-1,40). **Conclusão:** A amostra apresentou baixas condições socioeconômicas, e apesar do autocuidado bucal adequado, alguns apresentam leve dependência funcional associada à idade avançada, necessitando de intervenções para estimular um envelhecimento ativo e saudável.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Saúde buccal, Capacidade funcional, Autocuidado.

**ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the functional capacity and oral health self-care of the elderly treated at a Dental School Clinic in a city in the state of Ceará. **Methods:** Cross-sectional observational study, based on the quantitative method investigation, in which 61 patients participated. Data were obtained through questionnaires and the Barthel Index. Data analysis was performed in the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) program, using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, with a significance level of 5%. **Results:** The sample, mostly female (50.8%) and white (59%), had a mean age of 61 years, high school education (72.1%) and low income. Most had visited the dentist more than a year ago (54.1%), used public services (60.7%) for pain or treatment (88.5%). The use of dentures was common (57.4%), with regular cleaning. Functional capacity indicated mild dependence (mean Barthel Index: 99.02 ± 4.10), with worsening associated with advancing age (p<0.024; PR: 1.20; 95% CI: 1.02-1.40). **Conclusion:** The sample presented low socioeconomic conditions, and despite adequate oral self-care, some presented a level of functional dependence associated with advanced age, requiring interventions to stimulate active and healthy aging.

**Keywords:** Aging, Oral health, Functional capacity, Self-care.

[1] Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza - CE.
[2] Faculdade Ari de Sá (FAS), Fortaleza - CE.

**SUBMETIDO EM: 3/2025 | ACEITO EM: 4/2025 | PUBLICADO EM: 5/2025**

**RESUMEN**

**Objetivo:** Evaluar la capacidad funcional y el autocuidado de la salud bucal de ancianos atendidos en una Clínica de la Facultad de Odontología de una ciudad del estado de Ceará. **Métodos:** Estudio observacional transversal, basado en el método de investigación cuantitativo, en el que participaron 61 pacientes. Los datos se obtuvieron a través de cuestionarios y el índice de Barthel. Análisis de datos en programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), utilizando la prueba de chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, con una significancia del 5%. **Resultados:** La muestra fue predominantemente femenina (50,8%) y blanca (59%), con una edad media de 61 años, escuela secundaria (72,1%) e ingresos bajos. La mayoría visitó al dentista hace más de un año (54,1%), utilizando servicios públicos (60,7%) por dolor o tratamiento (88,5%). El uso de prótesis fue común (57,4%), con sanitización regular. La capacidad funcional indicó dependencia leve (índice de Barthel medio: 99,02 ± 4,10), con empeoramiento asociado con el avance de la edad (p<0,024; PR: 1,20; IC 95%: 1,02-1,40). **Conclusión:** La muestra presentó condiciones socioeconómicas bajas y, a pesar del adecuado autocuidado bucal, algunos tienen una dependencia funcional leve asociada a la edad avanzada, necesitando intervenciones para estimular un envejecimiento activo y saludable.

**Palabras clave:** Envejecimiento, Salud bucal, Capacidad funcional, Cuidados personales.

## INTRODUÇÃO

A fragilidade devido ao envelhecimento, consiste em uma síndrome geriátrica multifatorial, sendo um estado multidimensional de vulnerabilidade devido à interação complexa de fatores biológicos, cognitivos e sociais, a qual impacta de forma multidimensional na qualidade de vida, dificultando a percepção da condição bucal dos idosos e a procura de assistência em saúde (MELO RB, et al., 2023).

No processo de envelhecimento, sentimentos novos podem aparecer e acarretar sensações como angústia e falta de perspectiva, portanto é fundamental que vejamos a velhice como uma fase natural da vida. A capacidade funcional do idoso é um dos fatores influentes em uma rotina de cuidados com a sua saúde bucal. Segundo Koga RS, et al., (2024), há relevância na associação da capacidade funcional e a qualidade de vida relacionada à saúde, onde encorajar os indivíduos idosos a manterem sua capacidade funcional e oferecer meios para isso, pode ter resultados positivos tanto na qualidade de vida relacionada a saúde geral, quanto na saúde bucal da pessoa idosa.

Desde a década de noventa advêm sendo instituídas em todo território brasileiro um conjunto de iniciativas e políticas públicas com o objetivo de aumentar a contemplação e visualização da sociedade quanto a vulnerabilidade exposta na velhice, demandando ações de saúde centradas ao público e transformando sua compreensão acerca do entorno sociocultural que os envolve (ESCORSIM SM, 2021).

Vale ressaltar que uma pessoa idosa com poucos recursos sociais pode experimentar um risco aumentado de eventos adversos de saúde, não devido a um processo de declínio já estabelecido (como a fragilidade é essencialmente definida), mas porque não tem apoio suficiente para superar eventos adversos significativos da vida se eles ocorrerem (AMIEVA H, et al., 2022). Portanto, em contextos de alta vulnerabilidade social, é maior o risco de adoecimento e prejuízo à qualidade de vida e ao bem-estar dos idosos.

Há uma alta concentração da população idosa nessa clínica escola de odontologia de Fortaleza-Ceará que recebe acompanhamento da saúde bucal com objetivo de reabilitação, promoção em saúde, prevenção das situações de risco e vulnerabilidade que acabam por impactar nas suas qualidades de vida. Considerando importante o uso de métodos para avaliar melhor o impacto das condições bucais no envelhecimento, capacidade funcional e autocuidado desses indivíduos, o presente estudo teve como objetivo avaliar a capacidade funcional e o autocuidado em saúde bucal dos idosos atendidos em uma Clínica Escola de Odontologia no estado do Ceará.

## MÉTODOS

O estudo trata-se de pesquisa do tipo transversal, baseada no método quantitativo de investigação. A amostra foi composta por idosos, atendidos na Clínica Escola de Odontologia (CEO) durante os meses de fevereiro a abril de 2024 nas Disciplinas de Estomatologia e Atenção ao Paciente com Necessidades

Especiais e Geriátrico, e que se enquadraram nos critérios da pesquisa. O estudo foi composto por amostra por conveniência, sem processo de amostragem.

Participaram os idosos de ambos os sexos e que já estavam sendo atendidos nessa Clínica Escola de Odontologia durante o período do estudo. Foram excluídos participantes que apresentavam comprometimentos graves de linguagem ou compreensão, que podiam interferir na veracidade das respostas.

Os participantes foram convidados a participarem da pesquisa antes e após os atendimentos clínicos, em uma sala reservada na própria Clínica Escola, onde foram aplicados questionários para delinear o seu perfil sociodemográfico, o perfil de capacidade funcional (Índice de Barthel) e outro relacionado ao autocuidado em saúde bucal.

O questionário de avaliação sociodemográfica foi previamente organizado e elaborado continha questões sobre: sexo, idade, etnia, escolaridade, motivo da participação na Clínica Escola de Odontologia, renda, posse de plano de saúde em uso (pública ou privada) e nível de vínculo com higiene e saúde bucal. Além de perguntas a respeito da sua última visita ao dentista, onde ocorreu e o motivo da consulta, resultando em uma análise de relação do idoso com o enfoque da pesquisa, o acompanhamento odontológico.

Para avaliação da capacidade funcional utilizou-se o Indice de Barthel, desenvolvido em 1965 por Mahoney e Barthel que avalia as Atividades da Vida Diária (AVD) e relaciona o nível de capacidade e independência funcional do participante no cuidado pessoal. A versão utilizada avalia a independência funcional do paciente nas seguintes atividades/tarefas diárias: higiene pessoal, banho, alimentação, toalete, escadas, vestuário, deambulação, cadeira de rodas, transferência da cadeira para cama, continência urinária e intestinal. O resultado da soma total das pontuações está em uma variável de 0 a 100, e é através dessa que classificamos o paciente em: Dependência Total (0-20); Dependência Grave (21-60); Dependência Moderada (61-90); Dependência Leve (91-99) e Independência (100).

Para a avaliação do autocuidado em saúde bucal foram utilizadas perguntas voltadas aos cuidados orais individuais do idoso, que podem estar sendo realizadas pelo mesmo ou com auxílio (cuidador). Os participantes foram questionados a respeito da independência e frequência de escovação, assim como perguntas voltadas a usuários de próteses e sua independência na higienização, remoção e armazenamento.

Os dados foram inseridos em um banco de dados por meio do software Microsoft Excel® e posteriormente analisados através do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows, versão 22.0. Foi feita uma análise inferencial e descritiva para a caracterização da amostra segundo as dimensões investigadas, expressando frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas, médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas. Por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, utilizando um nível de significância de 5%, foi avaliada a magnitude do efeito das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes aferidas utilizando intervalo de confiança 95%.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 6.566.277, CAAE: 75510223.1.0000.5049. Além disso, os idosos receberam esclarecimentos a respeito da pesquisa e deram consentimento de sua participação também por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

## RESULTADOS

Foram obtidas 61 respostas de idosos que se encaixaram nos critérios da pesquisa. A amostra (**Tabela 1**) foi composta principalmente por: idosos do sexo feminino (50,8%); autodeclarados brancos (59%); a idade média dos participantes foi de 61 anos (±6,1). A maioria informou ter que cursado até o ensino médio (72,1%) e não possuir plano de saúde (68,9%). Todos recebiam aposentadoria (100%); onde a maioria recebia até 1 salário-mínimo (72,1%). Quando ao acesso à serviços odontológicos, a maioria havia ido ao dentista há mais de um ano (54,1%); feito o procedimento odontológico no serviço público ou em uma clínica escola (60,7%) e o principal motivo da ida havia sido por necessidade de tratamento/dor (88,5%).

**Tabela 1-** Frequência e número absoluto dos dados sociodemográficos e características de acesso aos serviços odontológicos dos idosos atendidos na Clínica Escola de Odontologia.

| | N | % |
|---|---|---|
| **Sexo** | | |
| Masculino | 30 | 49,2 |
| Feminino | 31 | 50,8 |
| **Etnia (Autodeclarada)** | | |
| Branco | 36 | 59,0 |
| Preto | 25 | 41,0 |
| **Escolaridade** | | |
| Até o Ensino Fundamental | 9 | 14,8 |
| Até o Ensino Médio | 44 | 72,1 |
| Ensino Superior | 8 | 13,1 |
| **Possui plano de saúde** | | |
| Sim | 19 | 31,1 |
| Não | 42 | 68,9 |
| **Recebe aposentadoria** | | |
| Sim | 61 | 100,0 |
| **Valor mensal da aposentadoria** | | |
| Até 1 salário-mínimo | 44 | 72,1 |
| Acima de 1 salário-mínimo | 17 | 27,9 |
| **Quando foi a sua última ida ao dentista?** | | |
| Há mais de um ano | 33 | 54,1 |
| Há menos de um ano | 28 | 45,9 |
| **Onde fez procedimento odontológico pela última vez?** | | |
| Particular | 24 | 39,3 |
| Público ou Clínica Escola | 37 | 60,7 |
| **Motivo da última ida ao dentista** | | |
| Necessidade de tratamento/ Dor | 54 | 88,5 |
| Prevenção | 7 | 11,5 |

**Fonte:** Bezerra EP, et al., 2025.

Quanto ao autocuidado em saúde bucal (**Tabela 2**) observou-se que todos os idosos da amostra escovavam dentes e gengivas sozinhos (100%); mais da metade possuía uma frequência de escovação de 1 a 2 vezes por dia (54,1%). Quanto ao uso de prótese, pouco mais da metade possuía algum tipo de prótese dentária (57,4%); era higienizada pelo próprio idoso (100%) em uma frequência de 1 a 2 vezes ao dia (54,3%). Entre os que utilizavam prótese dentária, a maioria higienizava com escova e creme dental (91,4%). Pouco mais da metade retirava a prótese para dormir (57,1%), dos quais a maioria armazenava a prótese em um recipiente com água (65%).

**Tabela 2-** Frequência e número absoluto dos dados de autocuidado em saúde bucal dos idosos.

| | N | % |
|---|---|---|
| **Escova dentes e gengivas sozinho** | | |
| Sim | 61 | 100,0 |
| **Frequência de escovação** | | |
| 1 a 2 vezes | 33 | 54,1 |
| 3 a 4 vezes | 28 | 45,9 |
| **Possui prótese bucal** | | |
| Sim | 35 | 57,4 |
| Não | 26 | 42,6 |
| **Você higieniza a prótese sozinho** | | |
| Sim | 35 | 100,0 |
| **Frequência de higienização da prótese** | | |
| 1 a 2 vezes ao dia | 19 | 54,3 |
| 3 a 4 vezes ao dia | 16 | 45,7 |
| **Como é feita a higienização da prótese** | | |
| Escova e creme dental | 32 | 91,4 |
| Outro | 3 | 8,6 |
| **Retira a prótese para dormir** | | |
| Sim | 20 | 57,1 |
| Não | 15 | 42,9 |
| **Onde a prótese é armazenada ao ser retirada para dormir** | | |
| Recipiente com água | 13 | 65,0 |
| Recipiente vazio | 7 | 35,0 |

**Fonte:** Bezerra EP, et al., 2025.

Na análise da capacidade funcional através do Índice de Barthel foi observada uma média de 99,02 ± 4,10 o que corresponde a uma amostra com dependência leve. Quando estratificado pelos níveis de capacidade funcional, a amostra foi composta principalmente por idosos independentes (91,8%). Quando observados apenas atividades de vida diárias avaliada pelo índice (**Tabela 3**) é possível identificar que a maior parte da amostra era totalmente independente em todos eles: higiene pessoal (96,7%); banho (98,4%); alimentação (96,7%); uso de vaso sanitário (96,7%); uso de escadas (96,8%); vestuário (96,7%), eliminação vesical (100%) e intestinal (100%); deambulação (96,8%); passagem de cadeira / cama (98,4%).

**Tabela 3-** Frequência e número absoluto dos dados de atividade de vida diária e Índice de Barthel dos idosos

| | n | % |
|---|---|---|
| **Higiene Pessoal** | | |
| Requer supervisão e ajuda mínima | 2 | 3,3 |
| Totalmente independente | 59 | 96,7 |
| **Banho** | | |
| Requer supervisão e ajuda mínima | 1 | 1,6 |
| Totalmente independente | 60 | 98,4 |
| **Alimentação** | | |
| Requer supervisão e assistência em tarefas associadas | 2 | 3,3 |
| Totalmente independente | 59 | 96,7 |
| **Uso do vaso sanitário** | | |
| Requer supervisão. Uso de penico/comadre sem esvaziar. | 2 | 3,3 |
| Totalmente independente | 59 | 96,7 |
| **Uso de escadas** | | |
| Incapaz de subir escadas | 1 | 1,6 |
| Capaz de subir e descer, mas precisa de ajuda | 1 | 1,6 |
| Totalmente independente | 59 | 96,8 |
| **Vestuário** | | |
| Necessita de assistência mínima | 2 | 3,3 |
| Totalmente independente | 59 | 96,7 |
| **Eliminação vesicais** | | |
| Totalmente independente | 61 | 100,0 |
| **Eliminação intestinais** | | |
| Totalmente independente | 61 | 100,0 |
| **Deambulação** | | |
| Totalmente dependente | 1 | 1,6 |
| Assistência mínima e supervisão em situações de risco | 1 | 1,6 |
| Totalmente independente | 59 | 96,8 |
| **Passagem Cadeira/Cama** | | |
| Requer assistência em alguns passos | 1 | 1,6 |
| Totalmente independente | 60 | 98,4 |
| **Capacidade Funcional (Índice de Barthel)** | | |
| Dependência leve | 5 | 8,2 |
| Independência | 56 | 91,8 |

**Fonte:** Bezerra EP, et al., 2025.

Já na análise bivariada (**Tabela 4**) uma menor capacidade funcional nos idosos estava associada com uma idade mais avançada (p<0,024), onde idosos com mais de 67 anos tinham mais chances de apresentar uma dependência funcional maior 1,20 (1,02-1,40).

**Tabela 4:** Capacidade funcional segundo as condições sociodemográficas, características de acesso aos serviços odontológicos e autocuidado em saúde bucal dos idosos

| | Dependente Leve | | Independente | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **n** | **%** | **n** | **%** | **p** | **RP** |
| **Sexo** | | | | | | |
| Masculino | 3 | 10,0 | 27 | 90,0 | 0,671* | 1,61 |
| Feminino | 2 | 6,5 | 39 | 93,5 | | (0,25-10,39) |
| **Idade** | | | | | | |
| Até 67 anos | 0 | 0,0 | 31 | 100,0 | 0,024* | 1,20 |
| 68 anos ou mais | 5 | 16,7 | 25 | 83,3 | | (1,02-1,40) |
| **Etnia (Autodeclarada)** | | | | | | |
| Branco | 2 | 5,6 | 34 | 94,4 | 0,392* | 0,43 |
| Preto | 3 | 12,0 | 22 | 88,0 | | (0,08-2,57) |
| **Escolaridade** | | | | | | |
| Até o Ensino Fundamental | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | | 1,07 |
| Até o Ensino Médio | 3 | 6,8 | 41 | 93,2 | 0,565* | (0,99-1,16) |
| Ensino Superior | 2 | 25,0 | 6 | 75,0 | 0,206* | 1,33 |
| | | | | | | (0,89-1,98) |
| **Possui plano de saúde** | | | | | | |
| Sim | 2 | 10,5 | 17 | 89,5 | 0,643* | 1,52 |
| Não | 3 | 7,1 | 39 | 92,9 | | (0,23-10,00) |
| **Valor mensal da aposentadoria** | | | | | | |
| Até 1 salário-mínimo | 4 | 9,1 | 40 | 90,9 | 0,570* | 1,60 |
| Acima de 1 salário-mínimo | 1 | 5,9 | 16 | 94,1 | | (0,16-15,43) |
| **Quando foi a sua última ida ao dentista?** | | | | | | |
| Há mais de um ano | 1 | 3,0 | 32 | 97,0 | 0,170* | 0,18 |
| Há menos de um ano | 4 | 14,3 | 24 | 85,7 | | (0,02-1,78) |
| **Onde fez procedimento odontológico pela última vez?** | | | | | | |
| Particular | 0 | 0,0 | 24 | 100,0 | 0,073* | 1,15 |
| Público ou Clínica Escola | 5 | 13,5 | 32 | 86,5 | | (1,01-1,31) |
| **Motivo da última ida ao dentista** | | | | | | |
| Necessidade de tratamento/Dor | 5 | 12,8 | 49 | 87,2 | 0,182* | 0,87 |
| Prevenção | 0 | 0,0 | 7 | 100,0 | 0,420* | (0,77-0,98) |
| **Frequência de escovação** | | | | | | |
| 1 a 2 vezes | 4 | 12,1 | 29 | 87,9 | 0,363* | 3,72 |
| 3 a 4 vezes | 1 | 3,6 | 27 | 96,4 | | (0,91-35,44) |
| **Frequência de higienização da prótese** | | | | | | |
| 1 a 2 vezes ao dia | 2 | 10,5 | 17 | 89,5 | 0,287* | 0,89 |
| 3 a 4 vezes ao dia | 0 | 0,0 | 16 | 100,0 | | (0,76-1,04) |
| **Como é feita a higienização da prótese** | | | | | | |
| Escova e creme dental | 2 | 6,2 | 30 | 93,8 | 0,834* | 0,93 |
| Outro | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | | (0,85-1,02) |
| **Retira a prótese para dormir** | | | | | | |
| Sim | 2 | 10,0 | 18 | 90,0 | 0,319* | 0,90 |
| Não | 0 | 0,0 | 15 | 100,0 | | (0,77-1,04) |
| **Onde a prótese é armazenada ao ser retirada para dormir** | | | | | | |
| Recipiente com água | 2 | 15,4 | 11 | 84,6 | 0,411* | 0,84 |
| Recipiente vazio | 0 | 0,0 | 7 | 100,0 | | (0,67-1,06) |

*Teste exato de Fisher
**Fonte:** Bezerra EP, et al., 2025.

## DISCUSSÃO

Manter os idosos independentes funcionalmente é o primeiro passo para se atingir uma melhor qualidade de vida. Para tanto, é necessário o planejamento de programas específicos de intervenção, visando a eliminação de fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional. Ao lado disso, devem ser elaboradas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, que interfiram diretamente na manutenção da capacidade funcional destes idosos. Deve-se levar em conta que esta capacidade funcional depende também de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, além do estilo de vida.

A análise dos dados coletados revela informações importantes sobre o perfil sociodemográfico e os hábitos de saúde bucal dessa população atendida na Clínica Escola de Odontologia. A maioria dos participantes era do sexo feminino, autodeclarada branca, e possuía escolaridade até o ensino médio. Além disso, foi observado que uma parcela significativa dos idosos não possuía plano de saúde e dependia exclusivamente da aposentadoria, majoritariamente recebendo até um salário-mínimo. O acesso aos serviços odontológicos era limitado, com mais da metade dos idosos visitando o dentista há mais de um ano e recorrendo a serviços públicos ou clínicas escola principalmente por necessidade de tratamento. A saúde bucal dos idosos é influenciada pelas características sociodemográficas (MELO RB, et al., 2023). Vale salientar que houve uma predominância de 50,8% sendo sexo feminino, autodeclarados brancos (59%), idade média dos participantes foi de 61 anos (±6,1) no presente estudo.

As mulheres demonstram um maior comprometimento com os cuidados de saúde: elas são mais claras e específicas ao relatar seus problemas, não hesitam em mostrar fragilidade e não sentem vergonha de se exporem, além de aceitarem tratamentos e terapêuticas com mais facilidade, conforme apontado por Martin E (2006) e Rohden F (2003). Devido a essa predisposição, é possível que as mulheres procurem os serviços de saúde com maior frequência e dedicação, mostrando interesse tanto no diagnóstico quanto no tratamento, e aceitando até mesmo exames invasivos com menos resistência, pois já estão familiarizadas com esses procedimentos.

Outras características sociais individuais, como a renda familiar e a escolaridade, também influenciam a saúde bucal. No presente estudo, observou-se ainda uma alta prevalência de idosos com escolaridade até o ensino médio, o que pode impactar na saúde bucal, pois menos anos de escolaridade estão associados a uma menor quantidade de dentes naturais (MELO RB, et al., 2023). Todos os idosos da pesquisa recebem aposentadoria (100%), mas a maioria recebe até um salário-mínimo (72,1%) e não possui plano de saúde (68,9%). Tavares DMS, et al. (2021), também verificou baixa renda entre os idosos, fator que influencia no acesso aos serviços de saúde, já que pode resultar em necessidade de manutenção de atividade remunerada e, consequentemente, incompatibilidade no horário de funcionamento das unidades de saúde e conciliação com o trabalho. Portanto, nossos resultados sugerem que a renda é um fator determinante na escolha do provedor de serviços de saúde, impactando o acesso aos serviços de saúde e cuidados gerais em saúde.

Sobre a higiene oral e a reabilitação, a maioria havia ido ao dentista há mais de um ano; feito o procedimento odontológico no serviço público ou em uma clínica escola e o principal motivo da ida havia sido por necessidade de tratamento/dor. Os desafios de acesso ao serviço de saúde tendem a serem maiores para idosos, em razão da complexidade das demandas apresentadas por este grupo etário. Por isso, os serviços devem ter capacidade de atender às suas necessidades nas dimensões de prevenção e/ou controle de agravos e de promoção do envelhecimento ativo e saudável, favorecendo a autonomia e o bem-estar. Nesse contexto, salienta-se a relevância da identificação dos fatores que contribuem para o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos idosos. Na população idosa, as principais dificuldades para o acesso e a utilização dos serviços de saúde estão relacionadas aos aspectos socioeconômicos e dificuldades de locomoção (TAVARES DMS, et al., 2021).

Quanto ao autocuidado, todos os idosos escovavam os dentes e gengivas por conta própria, embora a frequência de escovação variava. O estudo de Silva RADA (2020) traz que os níveis de atividade das pessoas podem se deteriorar com a idade, fazendo com que a sua capacidade funcional diminua. Quanto ao uso de

prótese, pouco mais da metade possui algum tipo de prótese dentária; que em sua maioria é higienizada pelo próprio idoso com frequência de 1 a 2 vezes ao dia. Assim, uso de próteses dentárias era comum, sendo a maioria higienizada pelos próprios usuários. Em SB Brasil (2010), esses achados condizem com a expansão de serviços especializados no serviço público de saúde no Brasil e a redução da necessidade reabilitação oral para esse grupo. Danúbia RMN, et al. **(**2016), aponta que prótese dentária tem como finalidade restabelecer a função e estética do aparelho estomatognático que foram perdidas após a perda dos dentes. Assim, para que o tratamento reabilitador seja bem sucedido é necessário que a prótese esteja bem adaptada e que o paciente esteja motivado e consciente sobre o correto uso e higienização da mesma.

Entre os que utilizavam prótese dentária, a maioria higienizava com escova e creme dental, apresentando bons níveis de higienização, que é muito comumente empregado pelos indivíduos segundo Tosun B e Uysal N (2025), porém o conhecimento e conscientização insuficientes sobre cuidados com as próteses e higiene bucal são fatores que contribuem para práticas inadequadas de higienização das mesmas (ALGABRI R, et al., 2024). Dados coletados na revisão sistemática de Schmutzler A (2024) indicam que o uso combinado de intervenções químicas e mecânicas de higiene de próteses totais é significativamente mais eficaz que abordagens de limpeza única, obtendo um controle adequado do biofilme. Pouco mais da metade retirava a prótese para dormir, dos quais a maioria armazenava a prótese em um recipiente com água. Recomenda-se que a prótese dentária seja removida pelo menos 8 horas por dia, permitindo o relaxamento e descanso dos tecidos comprimidos sob a prótese, ao mesmo tempo em que possibilita que a língua, a saliva, mucosas jugais e os lábios exerçam sua ação de limpeza (GOIATO MC, et al., 2005; SHIGLI K, 2009).

A responsabilidade de higienização da prótese é do paciente de acordo com Gonçalves et al., mas a motivação e orientação são obrigações do profissional. É válido afirmar que, para alcançar um resultado positivo na reabilitação oral com próteses dentárias removíveis, o cirurgião-dentista deve ter conhecimento das funções orais que serão restabelecidas pela mesma. As orientações detalhadas referentes à correta higienização e ao uso adequado das próteses, assim como a necessidade de acompanhamento periódico, devem ser repassadas ao paciente, para que este contribua no processo de reabilitação oral e o prognóstico seja otimizado (DANÚBIA RMN, et al., 2016).

A avaliação da capacidade funcional mostrou que a maioria dos idosos era independente em suas atividades diárias. Os idosos com melhor capacidade funcional possuem menos barreiras de acesso ao serviço e, consequentemente, possuem uma melhor facilidade de serem encontrados nos espaços de cuidado em saúde bucal. Assim, o fato de possuírem uma maior autonomia, escolherem quando querem ir ao dentista, assim como perceberem melhor as suas necessidades de saúde bucal em caso de dor e de possuírem mais dentes pode ter influenciado esses achados. De maneira geral isso pode ser explicado pela existência de uma importante relação entre autonomia e independência do idoso, que faz com que quanto mais independente ele esteja, mais ele possa exercer sua autonomia e decidir por si (SILVA RADA, 2020).

Os resultados também apontaram que uma menor capacidade funcional nos idosos estava associada com uma idade mais avançada. O declínio de vários sistemas fisiológicos, resultando em limitações funcionais e vulnerabilidade a novos estressores, que não é inerente ao envelhecimento, chamada de síndrome da fragilidade (COHEN CI, et al., 2023), cuja a mesma se desenvolve ao longo dos anos (PAUL JA, et al., 2021). Idosos com tais limitações sofrem um impacto negativo na qualidade de vida com risco aumentado para dependência, institucionalização e mortalidade (GIBBONS RD, et al., 2024).

Santos-Orland AA, et al. (2017), traz na sua literatura que a independência funcional é fortemente influenciada pela mobilidade dos idosos. Com o envelhecimento, há a sarcopenia, ou seja, diminuição da massa muscular, que pode resultar na redução da força muscular, afetando os membros inferiores e comprometendo a capacidade funcional. Já em relação a saúde bucal, de acordo com Melo RB, et al. (2023), a idade é o primeiro fator a ser considerado, pois importantes condições de saúde bucal como a cárie dentária e as doenças periodontais tendem a ser mais graves ao longo dos anos levando à percepção de dor de dente, perda dentária e edentulismo, uso e necessidade de prótese dentária.

O aumento da população idosa gera a necessidade de se desenvolverem meios para melhor atender às dificuldades advindas com esse crescente número. Mesmo existindo as perdas durante o processo do envelhecimento, o envelhecer de maneira ativa deve ser estimulado entre os idosos, pois ele é sinônimo de vida plena e com qualidade. Envelhecimento ativo corresponde ao equilíbrio biopsicossocial, à integralidade do ser que está inserido em um contexto social e ainda se refere ao idoso que é capaz de desenvolver suas potencialidades. Daí a importância do apoio da política, da família, da sociedade, da rede de amigos e dos grupos de interesse comuns, todos juntos na luta contra a discriminação e o preconceito que gira em torno do envelhecimento na nossa cultura (FERREIRA OGL, et al., 2012).

Diante dos achados e concordando com Brito TRP e Pavarini SCL (2012), é de extrema importância considerar a influência do apoio social na funcionalidade dos idosos com alterações cognitivas, no sentido de melhor direcionar as ações de saúde a essa população. Sendo o idoso a prioridade para o SUS, na política nacional de saúde, e a funcionalidade o paradigma do envelhecimento, é imprescindível o estabelecimento de uma linha de cuidado integral que consiga manter a capacidade funcional do idoso.

O modelo assistencial de atenção à saúde bucal do idoso deve seguir os princípios do SUS, estando ainda de acordo com as condições técnico-administrativas do município. Necessita-se conhecer e compreender a realidade destes por meio de estudos epidemiológicos e ações intersetoriais, estabelecendo prioridades necessárias para traçar estratégias de mudanças no modelo de assistência, onde o idoso possa assumir papel de agente transformador de sua própria saúde. Esses resultados destacam a importância de políticas de saúde direcionadas para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados odontológicos para idosos, além de promover o autocuidado e a manutenção da independência funcional (MOREIRA RDS, et al., 2005).

É imprescindível que a Odontologia se aproprie desse conhecimento, devido o idoso com dificuldade para o desenvolvimento de atividades de vida diária demanda muito cuidado por parte dos profissionais de saúde. É de extrema importância conhecer a relação entre apoio social e funcionalidade em idosos para o planejamento e a implementação adequados de um plano de cuidados que garanta a utilização do apoio social como uma estratégia que beneficia a saúde dos idosos.

Por ser um estudo transversal, não conseguimos estabelecer a causalidade entre a exposição e o desfecho, e os achados podem ser extrapolados com cautela, assim como não é possível verificar como progrediram as condições bucais relatadas e as alterações da capacidade funcional com o avançar da idade. O viés de memória dos entrevistados também pode ser indicado como um fator limitante desse estudo. No entanto, este estudo apresenta alguns pontos fortes, nomeadamente a utilização de amostra não-probabilística e questionários validados para avaliar a capacidade funcional. A promoção da saúde oral e dos cuidados dentários preventivos através dos serviços de cuidados de saúde na clínica escola de odontologia pode prevenir doenças bucais ao longo da vida e melhorar a saúde oral dos idosos, especialmente aqueles que são frágeis. O desenvolvimento de estudos longitudinais que possam determinar os fatores associados à fragilidade em idosos é necessário.

Pensando nas situações de vulnerabilidade social pela qual estão expostos esses pacientes, a clínica escola constitui um dos principais equipamentos no acesso aos direitos socioassistenciais em saúde bucal. Em outras palavras, o setor de odontologia promove o acolhimento, a convivência e a socialização de idosos que se encontram em situações de vulnerabilidade e fragilidade na manutenção da saúde bucal. Garantindo a potencialização e o fortalecimento da autonomia e autopercepção dos pacientes nos processos de saúde e cuidados odontológicos.

## CONCLUSÃO

O estudo revelou um perfil dos idosos atendidos na Clínica Escola de Odontologia caracterizado por mulheres, brancos e com idade média de 61 anos. A maioria tinha baixa escolaridade, não possuía plano de saúde e dependia de aposentadoria. O acesso aos serviços odontológicos era principalmente público, motivado pela necessidade de tratamento. Quanto ao autocuidado bucal, a maioria escovava os dentes diariamente e utilizava próteses dentárias. Quanto a capacidade funcional, a maioria dos idosos era

independente em suas atividades diárias, com apenas uma minoria apresentando leve dependência, geralmente associada à idade mais avançada. Esses resultados ressaltam a necessidade de implementar estratégias de intervenção e oferecer suporte contínuo para preservar a funcionalidade e a qualidade de vida dos idosos, especialmente em comunidades com desafios socioeconômicos e acesso limitado aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS


1. ALGABRI R, et al. Behaviors, hygiene habits, and sources of care among removable complete and partial dentures wearers: A multicenter cross-sectional study. Clinical and Experimental Dental Research, 2024; 10(2): e867.
2. AMIEVA H, et al. Social Vulnerability Predicts Frailty: Towards a Distinction between Fragility and Frailty? Journal of Frailty & Aging, 2022; 11(3): 318-323.
3. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado, 1988.
4. BRITO TRP, PAVARINI SCL. Relação entre apoio-social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2012; 20(4): 677-684.
5. COHEN CI, et al. A Multidimensional Biopsychosocial Syndrome. Medical Clinics of North America, 2023; 107(1): 183-197, 2023.
6. DANÚBIA RMN, et al. Avaliação da utilização e hábitos de higiene em usuários de prótese dentária removível. Rio de Janeiro, Rev. Bras. Odontol, 2016; 73(3).
7. ESCORSIM SM. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. Serviço Social & Sociedade, 2021; (142): 427-446.
8. FERREIRA OGL, et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto & Contexto-Enfermagem, 2012; 21(3): 513-518.
9. GIBBONS RD, et al. Social Vulnerability and Prevalence and Treatment for Mental Health and Substance Use Disorders. JAMA Psychiatry, 2024; 81(10): 976–984.
10. GOIATO MC, et al. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr, 2005; 5(1): 85-90.
11. GONÇALVES LFF, et al. Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis. Revista Brasileira de Ciência e Saúde, 2011; 15(1): 87-94.
12. KOGA RS, et al. Dependência funcional e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em uma coorte de 15 anos com pessoas idosas: um estudo caso-controle. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2024; 27: e230268.
13. Lei no8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990.
14. MARTIN E. A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. 1ª ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
15. MAZER VDB, et al. Prevalência da participação de pessoas idosas brasileiras em Atividades Avançadas da Vida Diária e fatores associados. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2024; 27: e240070.
16. MELO RB, et al. Edentulismo e fragilidade em pessoas idosas domiciliadas: Um estudo transversal. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 26, e230165, 2023.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da pessoa idosa. Atualizado em: dezembro de 2020.
18. MOREIRA RDS, et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cadernos de Saúde Pública, 2005; 21(6): 1665–1675.
19. NUTRICORE. Qual o papel da alimentação no envelhecimento saudável? Disponível em: https://www.nutricore.com.br/qual-o-papel-da-alimentacao-noenvelhecimento-saudavel/. Acesso em: 30 abr. 2024.
20. PAUL JAR, et al. Critical Illness and the Frailty Syndrome: Mechanisms and Potential Therapeutic Targets. Anesthesia and Analgesia, 2021; 130(6): 1545–1555.

21. Portaria n° 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.
22. Portaria No 2.436 de 21 de setembro de 2017. Reformula a Política Nacional de Atenção Básica e dá outras providências. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.
23. ROHDEN F. "A construção da diferença sexual na medicina". Cadernos de Saúde Pública, 2003; 19(2): 201-212.
24. RUDNICKA EWA, et al. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. Maturita, 2020; 139: 6-11.
25. SANTOS-ORLAND AA, et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. Rev Esc Anna Nery, 2017; 1(21): 8.
26. SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
27. SB Brasil 2020: Pesquisa nacional de saúde bucal: projeto técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
28. SCHMUTZLER A, et al. Cleaning of removable dental prostheses - a systematic review. Journal of Evidence Based Dental Practice, 2021; 21(4): e101644.
29. SCHUCH FB, VANCAMPFORT D. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. Trends Psychiatry Psychother, 2021; 43(3): 177-184.
30. SHIGLI K. Aftercare of the Complete Denture Patient. J Prosthodont, 2009; 18(8): 688-693.
31. SILVA RADA. Condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no Município de Fortaleza – Ceará. 2020.
32. SILVA-JUNIOR MF, et al. Percepção de adultos e idosos sobre os seus comportamentos e sua condição de saúde bucal segundo o seu nível de literacia em saúde. Cadernos Saúde Coletiva, 2023; 31: e31020119.
33. SMID J, et al. Subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, and dementia - syndromic approach: recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. Dement Neuropsychol, 2022; 16(3 Suppl. 1): 1-24.
34. TAVARES DMS, et al. Acesso e utilização dos serviços de saúde entre idosos comunitários. Cogitare Enfermagem, 2021; 26: e74528.
35. TOSUN B, UYSAL N. Denture care attitudes, hygiene levels and oral mucosal lesions in complete denture wearers from a single-institution cross-sectional study. Scientific Reports, 2025; 15(1): 1421.