

UNIVERSIDADE PAULISTA

REBECA STEINAS RATTO FERREIRA LEITE

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NAS PESSOAS IDOSAS

Nota 9,0

SÃO PAULO

2025

REBECA STEINAS RATTO FERREIRA LEITE

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NAS PESSOAS IDOSAS

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção do título de graduação em
ODONTOLOGIA apresentado à
Universidade Paulista – UNIP.

Orientador: Prof. Dr. MICHAEL BEDROS
ARSENIAN.

SÃO PAULO

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Leite, Rebeca

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NAS PESSOAS IDOSAS / Rebeca

Leite. - 2025.

47 f. + questionários.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Paulista, São Paulo, 2025.

Área de Concentração: Saúde coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Michael Arsenian.

1. Saúde coletiva. 2. Saúde da pessoa idosa. 3. Saúde pública. 4. Epidemiologia. 5. Políticas de saúde. I. Arsenian, Michael (orientador). II. Título.

REBECA STEINAS RATTO FERREIRA LEITE

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NAS PESSOAS IDOSAS

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção do título de graduação em
ODONTOLOGIA apresentado à
Universidade Paulista – UNIP.

Aprovado(a) em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. ou Profa. Dr(a)/Me(a).

Universidade Paulista - UNIP

Prof. ou Profa. Dr(a)/ Me(a).

Universidade Paulista - UNIP

Prof. ou Profa. Dr(a)/ Me(a).

Universidade Paulista - UNIP

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Dr. Michael Arsenian, por sua paciência, incentivo e direcionamento durante todo esse processo.

Agradeço ao meu pai, Gustavo Leite, por me proporcionar tudo isso e muito mais. Sua história me motiva todos os dias a ir em busca do melhor que eu posso ser.

Agradeço à minha mãe, Ruth Steinas, por sempre me apoiar e acolher nos momentos difíceis. Seus conselhos me deram força para sempre seguir em frente.

Agradeço à minha irmã, Anne Ratto, por estar sempre ao meu lado. Muitas vezes você foi a energia que faltava em mim.

Agradeço ao Guilherme Heynen, por sempre poder contar com você a qualquer momento, para qualquer tipo de suporte e ainda com um sorriso no rosto. Seu apoio tornou este processo mais simples, tranquilo e leve.

Por fim, agradeço à minha família e aos meus amigos, pois cada conquista minha carrega um pouco de cada um de vocês. Sou quem sou hoje graças a vocês.

Um homem não deveria chegar ao fim da vida com as mãos vazias e solitário.

Simone de Beauvoir

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo discutir os principais aspectos relacionados ao tratamento odontológico em pessoas idosas, por meio de uma revisão de literatura. A pesquisa bibliográfica foi conduzida em bancos de dados reconhecidos como SciELO e PubMed, com uso de descritivos como: “saúde da pessoa idosa”, “odontologia hospitalar”, “humanização no atendimento”, “reabilitação oral”, “interdisciplinaridade”, “cuidados paliativos”, “idosos”, “envelhecimento saudável” e “saúde bucal do idoso”. Além de sites institucionais como Ministério da Saúde, IBGE, OMS e Conselho Federal de Odontologia. A seleção dos 46 documentos considerou publicações entre os anos de 2001 e 2025, com foco especial em artigos publicados nos últimos 10 anos, a fim de garantir a atualidade das informações. O documento teve como foco a humanização do atendimento, interdisciplinaridade, cuidados paliativos e reabilitação protética. O estudo evidencia que o envelhecimento populacional brasileiro exige uma abordagem integral e humanizada na atenção odontológica, considerando a alta prevalência de doenças crônicas, o impacto da perda da homeostase oral sobre a saúde sistêmica e a necessidade de reabilitação funcional e estética. Destaca-se ainda o papel fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia do acesso equitativo e contínuo aos serviços, bem como a importância da atuação interdisciplinar para promover qualidade de vida e dignidade aos pacientes idosos. Conclui-se que a prática odontológica voltada à população idosa deve integrar princípios técnicos, éticos e humanitários, contribuindo para um envelhecimento saudável e com bem-estar.

Palavras-chave: saúde da pessoa idosa, humanização no atendimento, odontologia hospitalar, reabilitação oral, interdisciplinaridade.

ABSTRACT

The present study aimed to discuss the main aspects related to dental treatment in elderly individuals through a literature review. The bibliographic research was conducted in recognized databases such as SciELO and PubMed, using descriptors such as “elderly health,” “hospital dentistry,” “humanization in care,” “oral rehabilitation,” “interdisciplinarity,” “palliative care,” “older adults,” “healthy aging,” and “oral health of the elderly.” Institutional websites such as those of the Ministry of Health, IBGE, WHO, and the Federal Council of Dentistry were also consulted. The selection of 46 documents considered publications from 2001 to 2025, with special focus on articles published in the last 10 years to ensure the up-to-date nature of the information. The document focused on humanization of care, interdisciplinarity, palliative care, and prosthetic rehabilitation. The study highlights that Brazil’s aging population demands a comprehensive and humanized approach to dental care, considering the high prevalence of chronic diseases, the impact of loss of oral homeostasis on systemic health, and the need for functional and aesthetic rehabilitation. It also emphasizes the fundamental role of the Unified Health System (SUS) in ensuring equitable and continuous access to services, as well as the importance of interdisciplinary work in promoting quality of life and dignity for elderly patients. It concludes that dental practice aimed at the elderly population must integrate technical, ethical, and humanitarian principles, contributing to healthy and well-being-oriented aging.

Keywords: Older adult health, Humanized care, Hospital dentistry, Oral rehabilitation, Interdisciplinarity.

LISTA DE SIGLAS

APOE	Apolipoproteína E
CEJAM	Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” (grupo CEJAM)
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
DA	Doença de Alzheimer
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FDI	Fédération Dentaire Internationale (Federação Dentária Internacional)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPSOS	International Public Opinion Survey (empresa Ipsos)
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
OH-QoL	Oral Health–Related Quality of Life
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TPD	Técnico em Prótese Dentária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1	CLASSIFICAÇÃO.....	13
2.2	HUMANIZAÇÃO.....	14
2.3	PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS.....	17
2.4	PAPEL DA ODONTOLOGIA NA INTERDISCIPLINARIDADE.....	18
2.5	ESTATUTO DO IDOSO.....	20
2.6	PAPEL DO SUS.....	22
2.7	NECESSIDADE DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA.....	25
2.8	CUIDADOS PALIATIVOS.....	27
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
4	DISCUSSÃO.....	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
	REFERÊNCIAS.....	35
	ANEXO A – ÍNDICE DE KATZ.....	43
	ANEXO B – ÍNDICE DE BARTHEL.....	44
	ANEXO C – ESCALA DE LAWTON.....	46
	ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE PFEFFER.....	47

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo discutir os principais temas que envolvem a atenção à população idosa no âmbito da Odontologia, por meio de revisão de literatura. Buscou-se, com isso, contextualizar o cirurgião-dentista frente à demanda que se torna cada vez mais presente nas clínicas em todo o país, em razão de diversas transformações sociais e culturais em curso.

Esta discussão torna-se relevante considerando que, embora existam documentos gerais, como o Guia de Cuidados para Pessoas Idosas publicado pelo Ministério da Saúde (2023), é fundamental aprofundar os temas relacionados à população idosa sob uma perspectiva mais específica da Odontologia, destacando suas particularidades e demandas no contexto de cuidado.

Inicialmente, destacou-se a importância da classificação funcional da pessoa idosa, instrumento fundamental para a adoção do princípio da equidade, conforme instituído por BRASIL (1990). Este princípio orientou a formulação de condutas terapêuticas adequadas às necessidades e limitações individuais de cada paciente.

Independentemente da classificação funcional, BRASIL (2003) garantiu o direito à saúde para todos os integrantes desta faixa etária, assegurando o acesso universal e igualitário a ações e serviços de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal garantia adquire ainda mais relevância diante do acelerado processo de envelhecimento populacional no Brasil. Segundo dados apontados por IBGE (2023), a proporção de pessoas com 60 anos ou mais praticamente dobrou entre os anos de 2000 e 2023, passando de 8,7% para 15,6% da população total.

Além disso, vivemos atualmente na chamada “era da informação”, caracterizada pela rápida disseminação de conteúdos e maior acesso à informação. Como consequência, observa-se uma população mais instruída e atenta aos cuidados com a saúde. Esta tendência foi confirmada por IPSO (2024), a qual identificou que a saúde pública representa a principal preocupação para 42% dos brasileiros entrevistados — índice semelhante ao registrado durante o auge da pandemia da COVID-19.

Diante deste cenário, o presente trabalho se propõe a discutir aspectos fundamentais para a atuação do cirurgião-dentista junto à população idosa. Serão abordados temas como: escalas para classificação dos idosos, a importância do

atendimento humanizado, o levantamento das doenças crônicas que afetam essa população, os impactos sistêmicos da perda da homeostase oral, a relação entre tratamento odontológico e qualidade de vida, os direitos garantidos pelo Estatuto da Pessoa Idosa, o papel do Sistema Único de Saúde (SUS), a frequente necessidade de reabilitação protética, além dos cuidados paliativos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CLASSIFICAÇÃO

A classificação dos idosos por meio de escalas específicas é fundamental para a compreensão das diversas dimensões do envelhecimento e para a promoção de cuidados adequados às suas necessidades. Estas ferramentas permitem uma avaliação sistemática da funcionalidade, saúde mental, capacidade cognitiva e aspectos sociais dos idosos, facilitando a identificação de riscos e a implementação de intervenções direcionadas. Com este intuito, o Sistema Único de Saúde do Rio (2024) disponibilizou quatro escalas para essa organização: a Escala de Katz, Índice de Barthel, Escala de Lawton e Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer.

A Escala de Katz, é aplicada para avaliar o grau de independência ou dependência de uma pessoa em relação às Atividades Básicas de Vida Diária. O instrumento contempla seis funções: banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência (deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira), continência e alimentação. Para cada atividade são apresentadas opções que indicam se o indivíduo realiza a tarefa de forma independente ou se necessita de auxílio. Cada resposta é marcada com “I” (independente) ou “D” (dependente), e ao final soma-se o número de dependências. O escore varia de 0 a 6, sendo 0 equivalente à independência total e 6 à dependência completa em todas as funções avaliadas (Rio de Janeiro, SMS; 2024) (Apêndice A).

O Índice de Barthel é um instrumento destinado a avaliar o grau de independência funcional de uma pessoa nas atividades básicas da vida diária, abrangendo onze categorias: higiene pessoal, banho, alimentação, uso do vaso sanitário, subir escadas, vestir-se, controle da bexiga, controle do intestino, deambulação, uso de cadeira de rodas e transferência entre cama e cadeira. Cada categoria possui alternativas que variam do total de dependência à independência completa, com pontuações específicas atribuídas a cada nível de desempenho. A soma desses pontos resulta em um escore total que varia de 0 a 100, sendo 100 indicativo de independência total, 99 a 76 de dependência leve, 75 a 51 de dependência moderada, 50 a 26 de dependência severa e 25 ou menos de

dependência total, possibilitando uma análise objetiva da autonomia funcional do indivíduo em seu cotidiano (Rio de Janeiro, SMS; 2024) (Apêndice B).

A Escala de Lawton (ou Índice de Lawton) é um instrumento utilizado para avaliar a capacidade funcional em atividades instrumentais da vida diária, por meio de 9 itens que avaliam tarefas mais complexas, como usar telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar roupas, trabalhos domésticos leves, transporte, gerenciar medicação e finanças. Cada item é pontuado com valores como “consegue sem ajuda” (3 pontos), “parcial” (2 pontos) ou “não consegue / precisa de ajuda” (1 ponto). Ao final, soma-se a pontuação de todos os itens para obter um escore total que varia de 9 a 27 pontos. A interpretação desse escore classifica o nível de dependência funcional: 9 pontos indicam dependência total, 10 a 15 dependência grave, 16 a 20 dependência moderada, 21 a 25 dependência leve, e 25 a 27 independência completa (Rio de Janeiro, SMS; 2024) (Apêndice C).

O Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer avalia de modo indireto (por meio de relato de um informante, como cuidador ou familiar que conhece bem a pessoa) o nível de autonomia em atividades instrumentais da vida diária. O instrumento é composto por cerca de 10 itens (ou perguntas) que abordam tarefas como manipular dinheiro, fazer compras, preparar alimentos, lembrar de compromissos, acompanhar notícias e utilizar transporte, entre outras. Cada item admite uma escala de pontuação de 0 a 3, onde 0 indica que a pessoa é totalmente independente naquela atividade, e 3 indica que ela não é capaz de realizá-la. A soma dos valores de todos os itens resulta em um escore total que pode variar (por exemplo, de 0 a 30) — quanto menor o escore, maior a independência funcional. Um escore de 6 ou mais costuma ser usado como indicador de dependência funcional ou possível prejuízo funcional associado a transtornos cognitivos (Rio de Janeiro, SMS; 2024) (Apêndice D).

2.2 HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH, 2013), também conhecida como Humaniza-SUS, representou uma importante iniciativa do Ministério da Saúde voltada à qualificação das práticas de atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como finalidade assegurar que os princípios do SUS fossem efetivamente incorporados no cotidiano dos fundamentais serviços públicos de

saúde. Para isso, a política estruturou-se sobre três princípios que norteiam sua implementação em todo o território nacional (PNH, 2013).

O primeiro destes princípios é a transversalidade, que visa promover transformações nas relações de trabalho por meio da ampliação da comunicação entre pessoas e grupos. Esse aspecto favorece a integração entre diferentes áreas de especialização dentro da saúde e contribui para uma atuação mais coletiva e coerente (PNH, 2013).

Em segundo lugar, a PNH é sustentada pela união de atenção e gestão, reconhecendo que as decisões administrativas influenciam diretamente na forma como o cuidado é prestado aos usuários. Desta forma, busca-se promover uma gestão que envolva trabalhadores, gestores e usuários de forma corresponsável (PNH, 2013).

O terceiro princípio é o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos, que valoriza a participação ativa de todos os envolvidos no processo de produção do cuidado em saúde, reconhecendo-os como agentes com direitos e com capacidade de atuar na construção de práticas mais humanas e efetivas (PNH, 2013).

Com base nestes princípios, foram estabelecidas as principais diretrizes da PNH, que buscam tornar os serviços de saúde mais acolhedores, resolutivos e participativos. Uma destas diretrizes é a clínica ampliada, que propõe uma maior abordagem integral do paciente, levando em consideração suas singularidades, contexto de vida e complexidade. Além disso, a cogestão ou gestão compartilhada é um ponto central na organização do trabalho dentro dos serviços de saúde, ao incentivar a tomada de decisões de forma conjunta entre equipes e usuários. Outro pilar essencial foi o acolhimento, entendido como uma postura ética dos profissionais de saúde, que se baseia na escuta qualificada e na responsabilidade de garantir resolutividade diante das demandas trazidas pelos usuários (PNH, 2013).

Para colocar estas diretrizes em prática, a PNH faz uso de diversos métodos e dispositivos. Entre os mais utilizados, destacam-se o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), que constituiu um espaço coletivo para discussão, planejamento e implementação de práticas humanizadoras; o Colegiado Gestor, que permite a gestão participativa com envolvimento direto de usuários e profissionais; o Contrato de Gestão, que formaliza os compromissos entre gestores e equipes de saúde com vistas à melhoria dos serviços; e os sistemas de escuta qualificada,

como ouvidorias e grupos focais, que possibilitam a identificação das necessidades e expectativas dos diferentes envolvidos nos processos de cuidado (PNH, 2013).

Desta forma, a PNH se apresenta como uma estratégia essencial para promover um cuidado mais digno, efetivo e centrado nas pessoas, reforçando o papel do SUS como um sistema de saúde comprometido com a universalidade, integralidade e equidade.

No entanto, embora a humanização seja reconhecida como essencial para um envelhecimento saudável, sua implementação na Atenção Primária em Saúde é fragilizada por práticas centradas na doença, desordenadas e fragmentadas, em desacordo com os princípios da PNH. Além disso, evidenciaram dificuldades relacionadas à microgestão, que dificultam a efetivação de um cuidado humanizado. Sendo que a humanização vai além da assistência técnica, envolvendo respeito, apoio, acolhimento, diálogo e empatia. (Félix e Ferreira, 2023)

Além do tratamento da doença em si, é de suma importância a atenção às necessidades emocionais e psicológicas das pessoas idosas, que frequentemente enfrentam angústias relacionadas ao envelhecimento e aos reflexos desse processo em seus corpos. No contexto da Odontologia, o aumento da dificuldade motora para escovação dos dentes, frequente necessidade de uso de próteses (que muitas vezes envolvem questões de incômodo estético e funcional) e a maior suscetibilidade às doenças orais no geral. Cardoso et al. (2019) apontou a importância da humanização para que no processo de envelhecimento populacional brasileiro exista mais do que a promoção de uma vida longa, associada à qualidade também. (Cardoso et al., 2019)

A efetivação de ações de saúde humanizadas exige a formação de profissionais que considerem aspectos éticos, emocionais e sociais no atendimento, promovendo relações respeitadas e acolhedoras com pacientes, familiares e colegas. A humanização na saúde deve permear desde a recepção até o atendimento clínico-hospitalar, favorecendo a escuta ativa e a promoção da saúde. Para isso, é fundamental que a formação acadêmica, tanto na graduação quanto na pós-graduação, priorize estes princípios, aliando-os às competências técnicas. Essa formação ocorre em um contexto influenciado por fatores econômicos, políticos, sociais e culturais, e é mais efetiva quando realizada em instituições comprometidas com a sensibilidade e as necessidades da população. Além disso, é necessária uma reformulação estrutural e conceitual nos serviços de saúde, com apoio de gestores e

participação ativa dos usuários, garantindo condições adequadas para práticas inovadoras e humanizadas. Por fim, cabe aos docentes incorporar e difundir esses valores, estimulando mudanças positivas nas práticas profissionais e contribuindo para a redução das desigualdades sociais (Goulart e Chiari, 2010).

Apesar da ampla preocupação com o bem-estar da população idosa, refletida em políticas, estatutos e programas que garantem direitos em diversas áreas, especialmente na saúde física e emocional, ainda existem muitos obstáculos que dificultam a efetiva implementação dessas medidas, comprometendo os princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS. Destaca-se a necessidade de que os gestores públicos promovam ações concretas para assegurar que os idosos usufruam desses direitos, bem como a importância da capacitação profissional e do fortalecimento da infraestrutura dos serviços, a fim de garantir um atendimento mais humanizado e contribuir para a promoção de uma vida mais saudável a essa população. (Arcieri, Garbin e Moimaz, 2010)

2.3 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS

Ao abordar o atendimento odontológico em pessoas idosas, deve-se considerar a elevada prevalência de doenças crônicas nesta população. Tal fato foi evidenciado pelo Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil, 2018) que identificou que cerca de 69,3% dos idosos apresentaram pelo menos uma condição crônica. Nesse contexto, é fundamental que o cirurgião-dentista esteja ciente das principais comorbidades que afetam a terceira idade para estar preparado para lidar com suas repercussões tanto na cavidade oral quanto no organismo como um todo. Desta forma, é possível oferecer um atendimento de acordo com o princípio da equidade previsto no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

De acordo com ELSI-Brasil (2018), os diagnósticos mais frequentes foram: hipertensão, dores na coluna, artrite, depressão e diabetes. Além disso, 29,8% dos participantes relataram duas ou mais doenças simultaneamente, caracterizando a presença de multimorbidade.

Dialogando com tais resultados, o estudo realizado por Melo e Lima (2020) verificou que a hipertensão é a condição crônica mais prevalente nessa população, seguida por diabetes mellitus e artrite. A multimorbidade foi mais frequente entre

mulheres, indivíduos com menor escolaridade e aqueles que apresentavam limitação funcional.

De modo complementar, a investigação conduzida por Silva et al. (2024) apontou que, entre idosos brasileiros, houve aumento na frequência de multimorbidades na última década, especialmente no grupo etário entre 60 e 69 anos. Os autores destacaram que, além da hipertensão e diabetes, doenças como depressão e hipercolesterolemia também ganharam destaque, reforçando a complexidade do perfil epidemiológico dessa população.

Seguindo essa linha, a Universidade da Maturidade (2023), observou prevalência elevada de hipertensão (60%) e colesterol alto (40%), além de diabetes em 17,5% das participantes. Condições como obesidade, asma e DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) aparecem em menores proporções, mas ainda assim indicam a necessidade de atenção multiprofissional.

Neste contexto, também se faz necessária a abordagem da Doença de Alzheimer (DA), que afeta tantas pessoas idosas. Prince e Jackson (2011) apresentaram uma ampla revisão sobre a prevalência, incidência e fatores de risco associados à esta doença em nível mundial. O estudo destaca que a prevalência da doença aumenta exponencialmente com a idade, dobrando aproximadamente a cada cinco anos após os 65 anos. Em populações com 65 anos ou mais, estima-se que a prevalência global varie entre 3% e 9%, podendo ultrapassar 30% entre os indivíduos acima de 85 anos. A revisão também discute importantes determinantes como nível educacional, fatores genéticos (como o alelo Apolipoproteína E [APOE] ε4), além de condições crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade, que aumentam o risco para o desenvolvimento da doença. O artigo reforça a necessidade de políticas de saúde pública voltadas à prevenção e diagnóstico precoce, principalmente em países em desenvolvimento, onde o envelhecimento populacional vem crescendo rapidamente.

2.4 PAPEL DA ODONTOLOGIA NA INTERDISCIPLINARIDADE

A Odontologia Hospitalar salva vidas ao prevenir e tratar infecções bucais que podem ter repercussões sistêmicas. Os profissionais garantem que os pacientes não apenas enfrentem menos complicações, mas também tenham maiores chances de recuperação plena. Por isso, os cuidados odontológicos não se limitam apenas à

manutenção da saúde oral, mas representam uma estratégia fundamental para a prevenção e o controle de complicações sistêmicas. Esse entendimento tem motivado um crescente movimento para a integração dos cirurgiões-dentistas no ambiente hospitalar, reforçando a importância da abordagem interdisciplinar na promoção da saúde geral dos pacientes. (Conselho Federal de Odontologia [CFO] 2024)

No entanto, não é apenas nos hospitais que essa conduta é essencial, os cuidados com a cavidade oral devem ser constantes e integrados aos hábitos diários, não apenas em casos em que a saúde já se encontra comprometida. Esta medida deve ser implementada justamente para evitar tais alterações na homeostase tanto da cavidade oral quanto sistêmica. Para tais efeitos, a população idosa merece enfoque, levando em conta que segundo Lima *et al.* (2011) muitos destes pacientes não conseguiram realizar higienização oral devido à falta de conhecimento na inter-relação da saúde bucal com a saúde sistêmica, assim como não possuíam estímulos para ser estabelecida rotina diária. Foi relatado dor, dificuldade de locomoção e constrangimento em pedir ajuda para realizar atividades de higienização básica.

É necessário apontar a saúde periodontal como um dos grandes pilares para a manutenção da homeostase, pois os tecidos periodontais (gengiva, ligamento periodontal, cemento e osso alveolar) formam uma barreira contra agentes patogênicos. Quando esses tecidos estão saudáveis, eles contribuem para o equilíbrio do ambiente bucal, controlando a resposta inflamatória e prevenindo a colonização excessiva de microrganismos prejudiciais. A perda dessa integridade, como ocorre na periodontite, desencadeia processos inflamatórios crônicos que comprometem não apenas a estrutura local, mas também podem afetar a saúde sistêmica. (Yamamoto e Aizawa, 2012)

A periodontite, caracterizada como uma inflamação gengival crônica, libera mediadores inflamatórios na corrente sanguínea, como interleucinas e proteína C-reativa (PCR). Estudos longitudinais que investigaram a incidência de eventos cardiovasculares apontaram um risco excessivo, estatisticamente significativo, de desenvolvimento de doenças cardiovasculares ateroscleróticas (ACVD) em indivíduos com periodontite, independentemente dos fatores de risco cardiovascular já estabelecidos (TONETTI *et al.*, 2013).

Foram apresentadas evidências de que a infecção periodontal afeta negativamente o controle glicêmico no diabetes. Por conta da predominância de bactérias anaeróbias gram-negativas na infecção periodontal, o epitélio ulcerado da bolsa periodontal pode constituir uma fonte crônica de desafios sistêmicos por produtos bacterianos e mediadores inflamatórios produzidos localmente. O Fator de Necrose Tumoral alfa (TNF- α), a interleucina (IL)-6 e a IL-1, todos mediadores importantes na inflamação periodontal, têm demonstrado efeitos significativos no metabolismo da glicose e dos lipídios, especialmente após um desafio infeccioso agudo ou trauma. Foi relatado que o TNF- α interferiu no metabolismo lipídico e atuou como antagonista da insulina. A IL-6 e a IL-1 também foram relatadas como antagonistas da ação da insulina (TAYLOR, 2001).

A periodontite é uma doença infecciosa que causa a destruição dos ligamentos periodontais e do osso, podendo ser um possível fator de risco para diversas doenças sistêmicas. Uma das principais causas de pneumonia em idosos e imunocomprometidos foi a aspiração de conteúdos orofaríngeos. A periodontite, no contexto epidemiológico, foi relatada como um possível fator de risco para a pneumonia aspirativa (PALMEIRA, TEIXEIRA, NETO, 2023).

Porphyromonas gingivalis, o patógeno-chave na periodontite crônica, foi identificado no cérebro de pacientes com doença de Alzheimer. Proteases tóxicas da bactéria, chamadas gingipainas, também foram detectadas no cérebro desses pacientes, e seus níveis estavam correlacionados com a patologia de tau (proteína que em excesso é indicador de doenças neurodegenerativas como o Alzheimer) e ubiquitina (degrada proteínas, entre elas a tau). A infecção oral por *Porphyromonas gingivalis* em camundongos resultou na colonização do cérebro e no aumento da produção de A β 1–42, um componente das placas amiloides (DOMINY *et al.*, 2019).

Diversos estudos sugeriram que o processo infeccioso-inflamatório da Doença Periodontal (DP) foi capaz de desenvolver complexas reações considerando mediadores da inflamação e micro-organismos que puderam afetar o painel de expressão gênica do indivíduo, influenciando o risco de desenvolvimento tumoral e a progressão subsequente do câncer oral (STUANI *et al.*, 2016).

2.5 ESTATUTO DO IDOSO

O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741, de 2003) marcou um avanço fundamental na consolidação dos direitos sociais da população idosa, reafirmando o compromisso do Estado e da sociedade com a promoção da dignidade, da saúde e da inclusão. Entre seus diversos dispositivos, muitos dialogam diretamente com a prática odontológica, uma vez que a saúde bucal é parte inseparável da saúde geral e exerce papel essencial na manutenção da qualidade de vida ao longo do envelhecimento (Brasil, 2003).

O artigo 9º assegurou o direito à proteção da vida e da saúde por meio de políticas públicas que favoreçam um envelhecimento saudável e digno. No campo da Odontologia, este princípio destacou a importância de incluir a saúde bucal nas ações de atenção integral, reconhecendo que uma boca saudável é determinante para o bem-estar. O equilíbrio oral contribuiu para a mastigação adequada, a nutrição, a fala e até para a autoestima e o convívio social, aspectos que fortalecem o envelhecimento ativo e autônomo (Brasil, 2003).

Já o artigo 15 é especialmente relevante à odontologia, pois garantiu o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), englobando ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação. Esta abordagem integral reforçou que o cuidado com a boca deve ir muito além do tratamento da doença, abrangendo desde a prevenção de cáries, doenças periodontais e lesões de mucosa, até a reabilitação protética, que devolve ao idoso funções mastigatórias, fonéticas e estéticas. O mesmo artigo também determinou que o poder público forneça gratuitamente medicamentos, próteses e órteses, medida que inclui os dispositivos odontológicos necessários à reabilitação funcional e estética. Além disso, ressaltou a importância do atendimento domiciliar, essencial para pessoas com mobilidade reduzida, ampliando o alcance do cuidado e garantindo equidade no acesso aos serviços (Brasil, 2003).

O artigo 10 complementou essas diretrizes ao garantir o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, destacando o dever coletivo de proteger a integridade física, psíquica e moral do idoso. Na Odontologia, isso se traduz em um atendimento humanizado, em que o profissional deve enxergar o paciente para além de suas condições clínicas. A escuta sensível, o acolhimento e a empatia tornaram-se ferramentas tão importantes quanto os instrumentos técnicos, permitindo que o cuidado odontológico seja também um gesto de respeito e valorização da história de vida de cada pessoa idosa (Brasil, 2003).

Os artigos 2º e 3º reforçaram que a garantia dos direitos à saúde, à dignidade e à convivência comunitária é uma responsabilidade compartilhada entre o Estado, a sociedade e a família. Esse princípio aproxima a odontologia de uma prática intersetorial, integrando-a a outras áreas da saúde e da assistência social. Assim, o cuidado com o idoso torna-se mais amplo, unindo ações de reabilitação protética, acompanhamento nutricional, fisioterapia e suporte psicológico, um trabalho conjunto que contribui para o envelhecimento com autonomia, conforto e bem-estar (Brasil, 2003).

O artigo 16 também possuiu grande relevância prática ao assegurar ao idoso internado ou em observação o direito à presença de um acompanhante. Em atendimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, esse direito fortaleceu o vínculo afetivo e emocional do paciente, promovendo segurança, confiança e colaboração durante o tratamento. Essa presença é especialmente significativa para pessoas em situações de vulnerabilidade física ou emocional, tornando o processo de cuidado mais acolhedor e humano (Brasil, 2003).

Por fim, os artigos 33 a 36, voltados à assistência social, determinaram que o atendimento ao idoso deve ocorrer de forma articulada, especialmente para aqueles em situação de vulnerabilidade ou residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPIs). Nestes espaços, a atuação do cirurgião-dentista é indispensável, pois grande parte dos idosos apresenta múltiplas necessidades de saúde bucal, frequentemente negligenciadas. A presença contínua de profissionais da odontologia garante a detecção precoce de doenças, o controle de infecções, a confecção de próteses adaptadas e, sobretudo, a preservação da dignidade e do conforto dessas pessoas (Brasil, 2003).

2.6 PAPEL DO SUS

As diretrizes nacionais constituem a base para a construção de um modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. Foi proposta a organização da atenção em redes articuladas entre os diferentes níveis de cuidado e setores, com foco na centralidade do indivíduo em vez da doença. O modelo valorizou as especificidades da população idosa (como gênero, raça, condições sociais e grau de funcionalidade) e orientou princípios como acesso equitativo, acolhimento humanizado e continuidade do cuidado (Brasil, 2014).

Além disso, o documento ressaltou a importância da pactuação entre as três esferas de gestão do SUS, com metas definidas em diferentes prazos. Para alcançar qualidade no cuidado, foram necessários profissionais capacitados, integração de informações, regulação eficaz e infraestrutura logística que assegurasse o fluxo entre os pontos de atenção. A articulação com a Política de Assistência Social e com instituições como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e Centros-Dia foi essencial para responder às múltiplas necessidades da pessoa idosa, promovendo sua autonomia e enfrentando situações de fragilidade e violência (Brasil, 2014).

Esse modelo propõe uma mudança significativa no paradigma de cuidado, rompendo com a lógica biomédica centrada na cura e priorizando a funcionalidade e a qualidade de vida na pessoa idosa. O envelhecimento foi compreendido não como sinônimo de doença, mas como um processo natural que impõe vulnerabilidades específicas, exigindo estratégias intersetoriais e intervenções multidimensionais. Foi fundamental a avaliação funcional e a estratificação de risco, para diferenciar as pessoas idosas independentes, em situação de fragilidade e frágeis, orientando ações mais eficazes (Brasil, 2014).

Síndromes geriátricas como quedas, demência, incontinência e iatrogenias, além do uso intensivo dos serviços de saúde, evidenciam a necessidade de reorganizar o cuidado. A alta prevalência de doenças crônicas e deficiências entre pessoas idosas não implica, necessariamente, perda funcional. Deve-se fortalecer ações de prevenção, promoção da saúde e reabilitação, garantindo suporte aos cuidadores e valorizando as redes de apoio social. A funcionalidade passa a ser o principal indicador de saúde na velhice, guiando todas as intervenções (Brasil, 2014).

A organização da atenção à saúde de pessoas idosas deve se dar em redes, com a atenção básica ocupando a posição central como porta de entrada e coordenadora do cuidado. O objetivo é superar a fragmentação do sistema, integrando serviços com diferentes níveis de complexidade e promoção do cuidado contínuo e centrado na pessoa. O planejamento deve partir das necessidades reais das pessoas da terceira idade nos territórios, com base na avaliação da funcionalidade e na estratificação de risco (Brasil, 2014).

A efetivação dessas estratégias requer o mapeamento das pessoas idosas mais vulneráveis, o uso de instrumentos como a caderneta de saúde da pessoa

idosa e o acompanhamento compartilhado entre os pontos de atenção. As redes devem operar com equipes multiprofissionais articuladas, integrando áreas como saúde mental, reabilitação e políticas sociais. A integralidade e a humanização do cuidado devem permear todas as ações, garantindo respostas mais eficazes às demandas complexas da população idosa (Brasil, 2014).

A articulação entre estratégias e serviços do SUS foi essencial para assegurar a continuidade do cuidado. A Atenção Básica, mesmo quando a pessoa da terceira idade utiliza outros pontos de atenção, mantém a responsabilidade pelo acompanhamento dos casos. As unidades básicas devem identificar pessoas idosas frágeis em seus territórios, promover ações preventivas e trabalhar de forma integrada com programas como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e o Melhor em Casa, que ampliam a capacidade de resposta às demandas específicas do envelhecimento (Brasil, 2014).

A integração com outros serviços, como os Centros de Reabilitação, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Especialidades Odontológicas, Academias da Saúde e ILPIs, permite abordagens mais completas e resolutivas. Estudos apontaram a necessidade de investir na capacitação contínua das equipes, na construção de projetos terapêuticos singulares e na utilização de sistemas de informação como a estratégia de informatização do Sistema Único de Saúde (e-SUS). As ações intersetoriais com políticas de assistência social e direitos humanos ampliam o alcance das estratégias, especialmente para pessoas idosas institucionalizadas, em situação de pobreza ou vítimas de violência e abandono (Brasil, 2014).

Diante do envelhecimento acelerado da população brasileira, o documento (Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral) reforçou a urgência de implementação de modelo de cuidado integral e articulado. A proposta de organização em redes, coordenadas pela Atenção Básica, buscou garantir continuidade, vínculo entre profissionais e usuários e integração entre os diversos serviços de saúde. A efetividade desse modelo ficou condicionada ao planejamento regional, à qualificação das equipes e à estruturação de fluxos que respeitem a trajetória das pessoas da terceira idade no sistema de saúde (Brasil, 2014).

A articulação intersetorial apareceu como elemento-chave no enfrentamento da complexidade de necessidades da pessoa idosa. Áreas como saúde, assistência

social e direitos humanos devem atuar de forma integrada para assegurar o cuidado digno e efetivo. O apoio matricial também se destacou como ferramenta para conectar a atenção especializada à atenção básica, promovendo discussões clínicas e construção conjunta de soluções. Por fim, o documento propôs ampliar o diálogo com gestores municipais, estaduais e federais para inserir o tema do envelhecimento nas agendas prioritárias do SUS (Brasil, 2014).

2.7 NECESSIDADE DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA

A discussão do tratamento odontológico em pessoas idosas faz necessária a abordagem do tema das próteses, considerando que, segundo Yellowitz e Shneiderman (2014), dentre as principais alterações bucais encontradas em pessoas idosas estiveram as perdas dentárias e o edentulismo. Tais adversidades causaram prejuízo na mastigação, na digestão, na fonação e na estética, com favorecimento do desenvolvimento de distúrbios psicológicos, impacto negativo na qualidade de vida (BARBATO *et al.*, 2007)(MARCHI, PADILHA, BRONDANI, 2012)(AZEVEDO *et al.*, 2015)

Guimarães *et al.* (2015), no intuito de estimar as dimensões psicológicas, físicas e sociais do impacto do uso de próteses dentárias totais na qualidade de vida das pessoas idosas. Concluíram que a dor física foi o aspecto que causou maior impacto na qualidade de vida de pessoas idosas com necessidades protéticas. Apontaram que 46% da amostra apontou sentir dores na boca e 60% desconforto para comer. Entre os participantes que apresentaram desconforto para comer, 24% manifestaram este problema todas as vezes que se alimentavam; 12% tinham problemas na pronúncia de palavras; 12% tiveram uma dieta insatisfatória; 12% tinham necessidade de interromper as refeições e 12% apontaram que sempre sentiam dificuldade de relaxar.

Montero *et al.* (2013) afirmaram que o uso de prótese dentária foi indicado para a recuperação da capacidade mastigatória, melhora do aspecto estético e fonação dos indivíduos acometidos pela perda dental. Com impacto significativo na qualidade de vida dos mesmos.

Silva *et al.* (2024) avaliaram o efeito da reabilitação com prótese total no estado nutricional e, conseqüentemente, na qualidade de vida de pessoas idosas. Apontaram a redução estatisticamente significativa no percentual de gordura,

aumento no escore Mini Nutritional Assessment (MNA)(Ferramenta de triagem e avaliação nutricional utilizada, principalmente em pessoas idosas. Quanto mais baixos seus resultados, mais próximo da desnutrição o indivíduo se encontrava), com maior impacto na qualidade de vida em relação à saúde bucal e melhora da eficiência mastigatória.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu como um de seus objetivos, em 2000, que metade dos indivíduos, entre 65 e 74 anos, mantivessem ao menos 20 dentes naturais na cavidade bucal (Federation Dentaire Internationale, 2015). No entanto, Barbato *et al.* (2007) constaram que os dados do inquérito nacional conduzido em 2003 (SBBrasil 2003) indicou que somente 10,3% da população brasileira entre 65 e 74 anos possuía 20 ou mais dentes. Somado a isto, Peres *et al.* (2013) apontaram que, em 2010, conforme revelado pelo levantamento SBBrasil 2010, esse percentual teve um leve aumento, chegando a 11,5%. Tais fatos demonstram que a população idosa continua enfrentando perdas dentárias expressivas e persistentes, estando muito longe da meta pré-estabelecida. Com isso, a demanda por próteses também não teve alteração significativa, permanecendo muito requisitada.

O relatório final da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2023 do Ministério da Saúde (2025) expôs que a análise do índice CPO-D obteve 84,32% de perdidos entre os brasileiros participantes de 65 a 74 anos de idade. Neste mesmo recorte etário, a pesquisa apontou que 68,77% dos brasileiros usavam algum tipo de prótese dentária superior, 47,37% usavam prótese dentária inferior e 75,10% necessitavam de algum tipo de prótese dentária.

Diante desse cenário, foi necessária a ampliação dos serviços odontológicos com ênfase na reabilitação protética, a fim de suprir essa demanda. Através de ações governamentais. A partir de 2004, com a adoção da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), foram observados avanços significativos na infraestrutura da atenção especializada, especialmente com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). As portarias nº 2.374, nº 2.625 e nº 2.718 também resultaram em um acréscimo no financiamento aos serviços públicos de atenção especializada e de acordo com a Sala de Apoio à Gestão Estratégica, de 2005 a 2013, 1481 Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD) foram habilitados no país. (Pucca et al., 2015)

Aguiar et al. (2020) compararam os indicadores epidemiológicos de prevalência de edentulismo, de dentes perdidos e de necessidade de reabilitação protética do inquérito de 2003 com a distribuição do número de LRPD e de Técnico em Prótese Dentária (TPD) em 5 macrorregiões brasileiras, de 2012 a 2013, no intuito de conferir se o princípio de equidade, em que as diferenças individuais e necessidades específicas foram consideradas, para que todos tivessem acesso às mesmas oportunidades, com implicação de tratamento diferenciado, estaria sendo seguido. Concluíram que a quantidade de laboratórios não teria o impacto desejado se não estivessem distribuídos de acordo com as necessidades de cada região. Os resultados do estudo indicaram que diversos fatores, além dos epidemiológicos, como aspectos políticos, operacionais, administrativos, financeiros e relacionados ao controle social, puderam ter influenciado na distribuição dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

Diante da constante mudança dos instrumentos de gestão e planejamento em saúde no nível municipal, os autores apontaram que estratégias regionais de planejamento podem ser uma alternativa viável para orientar a tomada de decisões, melhorar a distribuição desses recursos no SUS e ampliar o acesso da população, especialmente em municípios pequenos e áreas rurais. Além disso, consideram que as desigualdades regionais puderam ser reduzidas com melhores condições estruturais e organização dos serviços de saúde, sugerindo que futuras pesquisas devem investigar a implantação dos LRPD nos âmbitos municipal e estadual, considerando o contexto local e a cobertura dos demais serviços da rede de saúde bucal. (Aguiar et al. 2020)

2.7 CUIDADOS PALIATIVOS

A Organização Mundial da Saúde (2018) definiu cuidados paliativos como abordagem que busca melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, com identificação precoce, avaliação precisa e tratamento adequado da dor, bem como de outros problemas físico, psicossociais e espirituais. A instituição também destaca que os cuidados paliativos devem ser considerados através da responsabilidade ética dos sistemas de saúde, devendo ser integrados às

políticas públicas de atenção à saúde como estratégia essencial para a cobertura universal.

Apesar dessas diretrizes e orientações, muitos pacientes em fase terminal ainda recebem tratamentos odontológicos intensivos, incluindo intervenções restauradoras e cirúrgicas, as quais nem sempre estão alinhadas com os princípios dos cuidados paliativos. A ausência de protocolos claros para orientar a prática odontológica nesta fase da vida contribuiu para condutas clínicas que não priorizaram o conforto e o bem-estar do paciente. Por este motivo, sugeriram o desenvolvimento de diretrizes específicas que direcionem o foco do tratamento odontológico paliativo para o alívio da dor, controle de infecções e promoção da qualidade de vida, evitando intervenções invasivas desnecessárias (Chung et al., 2013).

Foi relevante a inserção do cirurgião dentista nas equipes interdisciplinares de cuidados paliativos, especialmente em ambiente hospitalar, a fim de contribuir de forma efetiva para o manejo dos sintomas bucais e para o conforto dos pacientes. Em estudo realizado por Mikhail et al. (2024), avaliou-se a condição oral de pacientes internados em unidade de cuidados paliativos. Os dados revelaram que apenas 4,9% dos pacientes apresentavam boa higiene bucal e ausência de anormalidades orais, sendo que 95,1% apresentavam higiene bucal inadequada, 81,6% possuíam acúmulo de tártaro 67,7% com inflamações na cavidade oral e 48,5% utilizavam próteses mal adaptadas. Além disso, 20,5% tinham dentes com mobilidade e a maioria nunca havia recebido orientação adequada sobre higiene oral por parte dos profissionais de saúde.

Após a intervenção odontológica, observou-se melhora significativa em condições clínicas como xerostomia (melhora de 62%), candidíase (18%) e mucosite oral (18%). Houve, ainda, melhora estatisticamente significativa na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OH-QoL), bem como na percepção de dor oral, sensação de boca pegajosa e sensibilidade oral, ressaltando o impacto positivo da atuação odontológica em pacientes paliativos (Mikhail et al., 2024)

Manter a saúde bucal em pacientes paliativos foi essencial para prevenir infecções oportunistas e proporcionar maior conforto. Alterações bucais como mucosite, xerostomia, candidíase, infecções virais (herpes simplex e zoster), disfagia, cáries extensas e lesões orais foram comumente encontradas nesses pacientes, podendo impactar diretamente a alimentação, a fala, a estética e a

autoestima. Além disso, a presença de dor e desconforto decorrente dessas alterações pôde afetar a qualidade de vida, intensificando o sofrimento durante uma fase já delicada da trajetória de vida (Martins et al., 2017).

Diante das limitações físicas e logísticas enfrentadas por pacientes em cuidados paliativos, Santos et al. (2022) relataram que a Odontologia domiciliar representou recurso estratégico para oferecer atendimento humanizado e adaptado às necessidades individuais. Através de estudo de caso, descreveram a reabilitação oral de uma paciente em uso de oxigenoterapia domiciliar, por meio da confecção de próteses totais removíveis. O atendimento domiciliar permitiu não apenas a recuperação funcional da cavidade oral, mas também a promoção do conforto, da dignidade e autonomia da paciente, além do benefício no convívio familiar e redução de deslocamentos desnecessários, que poderiam comprometer ainda mais sua saúde.

Wiseman (2006) apresentou os principais problemas orais enfrentados por pacientes em cuidados paliativos e suas respectivas abordagens terapêuticas. A mucosite e a estomatite, por exemplo, foram frequentes devido ao uso de quimioterapia e radioterapia, sendo tratadas com anestésicos tópicos e orientações específicas quanto à higiene e alimentação. A xerostomia, comum em pacientes submetidos à radioterapia na região de cabeça e pescoço, pôde ser aliviada com o uso de substitutos salivares e higiene oral adaptada. Infecções orais foram controladas com antifúngicos e antibióticos, e sintomas como náuseas e vômitos exigiram avaliação médica para identificação da causa subjacente e controle farmacológico.

Desta forma, o cuidado odontológico em pacientes sob cuidados paliativos foi além da simples atuação clínica. Tratou-se de uma abordagem ética, multidisciplinar e humanizada, cujo objetivo maior é promover alívio, conforto e qualidade de vida a quem se encontra em uma fase tão delicada e vulnerável da existência.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi desenvolvido a partir de uma revisão de literatura, com o objetivo de reunir e analisar a produção científica e documentos institucionais para melhor compreensão dos avanços, desafios e perspectivas da assistência à saúde bucal de pessoas idosas. A pesquisa bibliográfica foi conduzida em bancos de dados reconhecidos como SciELO e PubMed, além de sites institucionais como Ministério da Saúde, IBGE, OMS e Conselho Federal de Odontologia. A seleção dos 46 documentos considerou publicações entre os anos de 2001 e 2025, com foco especial em artigos publicados nos últimos 10 anos, a fim de garantir a atualidade das informações. Foram utilizados descritores como: “saúde da pessoa idosa”, “humanização no atendimento”, “cuidados paliativos”, “odontologia hospitalar”, “polifarmácia em pessoas idosas”, “reabilitação oral”, “atenção básica” e “interdisciplinaridade na saúde”.

4 DISCUSSÃO

No que se refere às escalas funcionais, a Escala de Katz e o Índice de Barthel concentram-se nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs), ou seja, nas tarefas essenciais para o autocuidado, como alimentação, banho e locomoção. A Katz é mais simples e fornece uma visão geral do grau de dependência, enquanto Barthel apresenta maior detalhamento e uma pontuação mais precisa da autonomia funcional. Já a Escala de Lawton e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer avaliam as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), que envolvem habilidades mais complexas e cognitivamente exigentes, como lidar com finanças, realizar compras e administrar medicamentos. A diferença entre elas é que a Lawton é respondida pelo próprio idoso, medindo sua capacidade prática de execução das tarefas, enquanto o Pfeffer é respondido por um informante, permitindo avaliar a funcionalidade de pessoas com possível comprometimento cognitivo. Assim, essas escalas se complementam, abrangendo desde a independência física básica até aspectos instrumentais e cognitivos da vida cotidiana, oferecendo uma visão integral do grau de funcionalidade e autonomia da pessoa idosa.

No âmbito da humanização, destacaram-se que os princípios que estruturam a PNH, possuiu medidas já implementadas com o intuito de promover um atendimento mais digno e integral aos idosos. Contudo, ainda são evidenciadas - por por Félix e Ferreira (2023), Cardoso et al. (2019), Goulart e Chiari (2010), Arcieri, Garbin e Moimaz (2010) - as fragilidades do sistema, especialmente no que tange à efetivação desses princípios na prática clínica cotidiana.

Em relação às doenças crônicas, identificou-se consenso entre os autores quanto à elevada prevalência de hipertensão e diabetes entre os idosos. Estudos do ELSI-Brasil (2018) e de Silva et al. (2024) também destacaram a ocorrência frequente de depressão nessa população. Outras condições, como dores na coluna (ELSI-Brasil, 2018), hipercolesterolemia (Silva et al., 2024) e colesterol alto (Universidade da Maturidade, 2023), também foram apontadas, embora sem ampla concordância entre os autores.

O ELSI-Brasil (2018) ainda indicou que 29,8% dos idosos avaliados apresentavam multimorbidade, dado reforçado por Silva et al. (2024), que observam um crescimento dessa prevalência nos últimos anos. Já Melo e Lima (2020) detalharam o perfil mais comum entre idosos com múltiplas doenças: mulheres,

indivíduos com menor escolaridade e limitações funcionais. Estas informações oferecem um panorama útil para o planejamento do atendimento odontológico, permitindo antecipar condições clínicas mais prováveis nos consultórios. Também se viu importante destacar a relevância do entendimento da doença de Alzheimer para o atendimento desta população.

Muitas destas doenças crônicas são afetadas direta ou indiretamente pela falta de homeostasia bucal, evidenciando o papel da Odontologia na interdisciplinaridade. Alterações na cavidade oral, especialmente doenças periodontais e infecções crônicas, podem desencadear respostas inflamatórias que extrapolam o ambiente local, influenciando negativamente o organismo como um todo. A presença contínua de agentes infecciosos e mediadores inflamatórios liberados na circulação pode agravar ou até mesmo contribuir para o desenvolvimento de diversas doenças sistêmicas — como doenças cardiovasculares ateroscleróticas, diabetes, pneumonia, Alzheimer e câncer oral — conforme evidenciado pelos autores.

O trabalho também abordou o Estatuto da Pessoa Idosa. Tal documento oferece uma base legal sólida que respalda e orienta a atuação do cirurgião-dentista na atenção à população idosa. Ao integrar os princípios de universalidade, integralidade, equidade e humanização, a legislação reafirma que o cuidado odontológico é componente essencial da saúde pública e deve ser garantido de forma contínua e acessível. Assim, a prática odontológica junto à população idosa não se restringe ao tratamento clínico, mas representa um instrumento de cidadania e promoção da dignidade humana, em conformidade com os direitos assegurados por lei.

As políticas públicas do SUS também foram abordadas, propondo a superação do modelo centrado na cura e valorizando o envelhecimento como processo natural. Estas diretrizes ressaltaram a necessidade de ações intersetoriais entre saúde, assistência social e direitos humanos, bem como a capacitação profissional, a integração de informações, a continuidade do cuidado e o fortalecimento das redes de apoio. O objetivo foi assegurar um atendimento humanizado, equitativo e efetivo, capaz de responder às múltiplas demandas e vulnerabilidades dos idosos, conforme consenso entre as portarias.

No tocante às próteses, autores como Yellowitz e Shneiderman (2014), Guimarães et al. (2015), Montero et al. (2013) e Silva et al. (2024) discutiram os

impactos do edentulismo na qualidade de vida dos pacientes, especialmente entre os idosos, que representam a maior parte dos afetados.

O estudo de Barbato et al. (2007) evidenciou o fracasso da meta da OMS em 2000 em reduzir os altos índices de perda dentária. Mesmo após mais de duas décadas e da implementação de diversas políticas públicas (Pucca et al., 2015), a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2023) ainda aponta elevados índices de edentulismo e necessidade de prótese. Este cenário pode estar relacionado à má distribuição dos recursos de atendimento, como destacam Aguiar e Celeste (2015), que defendem a necessidade de concentrar os LRPDs em regiões com maior demanda populacional.

Os cuidados paliativos, definidos pela Organização Mundial da Saúde (2018) como uma abordagem voltada à qualidade de vida e ao alívio do sofrimento de pacientes com doenças graves, devem ser integrados às políticas públicas de saúde como dever ético dos sistemas. No contexto odontológico, Chung et al. (2013) destacaram a ausência de protocolos específicos, o que tem levado à realização de tratamentos invasivos desnecessários, sugerindo o desenvolvimento de diretrizes voltadas ao conforto e à qualidade de vida. A inclusão do cirurgião-dentista nas equipes interdisciplinares de cuidados paliativos mostrou-se essencial, e o estudo de Mikhail et al. (2024) demonstrou melhora significativa nas condições orais e na qualidade de vida dos pacientes após intervenção odontológica. Alterações como mucosite, xerostomia e candidíase, descritas por Martins et al. (2017), são comuns e impactam diretamente a alimentação, a fala e a autoestima, reforçando a importância de cuidados adequados. A Odontologia domiciliar, segundo Santos et al. (2022), representa alternativa humanizada para pacientes com limitações físicas, proporcionando conforto, autonomia e dignidade. Por fim, Wiseman (2006) descreveu os principais problemas orais e suas abordagens terapêuticas, como o uso de anestésicos tópicos, substitutos salivares e antifúngicos, ressaltando que o cuidado odontológico paliativo deve ser ético, multidisciplinar e centrado no bem-estar, priorizando o alívio e o conforto em detrimento de intervenções curativas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao reunir os materiais disponíveis sobre o atendimento odontológico à população idosa, evidenciou-se a ausência de um protocolo padronizado para essa faixa etária. Tal lacuna reflete as múltiplas necessidades de atenção e cuidado, decorrentes das diversas alterações sistêmicas possíveis, bem como das condições econômicas, sociais e culturais que compõem a individualidade dessa população — frequentemente negligenciada nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, D. S. de; SILVA, A. M. R. da; GOMES, M. N. F. Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2461–2471, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hn4S5MZm5BY95WZfmP6Hxzx/>.

BARBATO, P. R.; PERES, M. A.; MARCENAL, M. Desigualdades sociais e cobertura de serviços odontológicos no Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1531–1543, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PHNDJsD9FyvcxzvMYt57Mcn/>.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 03 out. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.374, de 7 de outubro de 2009. Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 9 out. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2374_07_10_2009.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.625, de 21 de dezembro de 2023. Credencia municípios a fazerem jus à transferência do incentivo financeiro federal de

custeio referente aos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, e altera a faixa de produção de LRPD credenciados. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 22 dez. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2625_22_12_2023.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.718, de 26 de junho de 2025. Altera e inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 27 jun. 2025. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt2718_26_06_2025.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf

CARDOSO, M. D. T.; ARAÚJO, D. C. J.; GUIMARÃES, E. V.; MENDONÇA, G. P.; SILVA, H. P. R.; SILVA, I. M.; PEREIRA, P. C. Medicina moderna em busca da longevidade: políticas públicas e humanização no atendimento. Congresso Médico Acadêmico UniFOA, [S. l.], v. 6, 2023. DOI: 10.47385/cmedunifoa.281.6.2019. Disponível em: <https://conferenciasunifoa.emnuvens.com.br/congresso-medvr/article/view/281>.

CHUNG, Janice P.; KUNZ, Brian M.; WU, Bernard; HUANG, Shaista S. Intensity of dental care in frail older adults in the last year of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 61, n. 9, p. 1553–1559, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24177401/>.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. A importância da Odontologia Hospitalar no controle das infecções hospitalares. Brasília: CFO, 15 maio 2024. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/a-importancia-da-odontologia-hospitalar-no-controle-das-infecoes-hospitalares/>.

DOMINY, S. S. et al. Porphyromonas gingivalis in Alzheimer's disease brains: Evidence for disease causation and treatment with small-molecule inhibitors. *Science Advances*, v. 5, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.aau3333#sec-2>.

FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE. FDI policy statement on oral health and general health. *Open Journal of Stomatology*, v. 5, p. 1–3, 2015. Disponível em: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1451559>.

FELIX, Kerli Miranda da Silva; FERREIRA, Shirley Kellen. Assistência humanizada ao idoso no contexto da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 9, n. 11, p. 3788–3806, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i11.12664. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/12664>.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 255–268, jan. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>.

GUIMARÃES, M. M. M.; ALMEIDA, M. P. de; SILVA, M. R. Avaliação da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 1–10, 2011. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1402>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População do país vai parar de crescer em 2041. *Agência de Notícias IBGE*, 25 ago. 2023. Disponível

em:<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41056-populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041>.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). Estudo traça o perfil da saúde do idoso. São Paulo: IESS, 2018. Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/estudo-traca-o-perfil-da-saude-do-idoso>.

IPSOS. *What worries the world – Abril de 2024*. 2024. Disponível em:<https://www.ipsos.com/pt-br/what-worries-world-abril-de-2024>.

LIMA, L. F. M. et al. Cuidado da higiene oral em pacientes hospitalizados: um desafio para a equipe de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2081-2088, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SyDnQd9ZqSKrN7tkgnBMXRS/>.

LIMA, T. J. V. de; ARCIERI, R. M.; GARBIN, C. A. S. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 4, p. 866–877, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400013>.

MARCHI, R. J.; DOS SANTOS, C. M.; SCHNEIDER, I. J. Utilização de serviços odontológicos por idosos brasileiros: um estudo de base populacional. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 40, n. 3, p. 297–306, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22870826/>.

MARTINS, Lucas de Oliveira; SILVA, Fernanda Aparecida da; SILVA, Paula Alves da; OLIVEIRA, Alex Rodrigues de. A importância do tratamento odontológico em pacientes sob cuidados paliativos. *Cadernos de Odontologia – UNIFESO*, v. 6, n. 2, p. 31–40, 2017. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosodontologiaunifeso/article/view/4375>.

MDS. Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família. *Nota Informativa n.º 5/2023 – Envelhecimento e o direito ao cuidado*. Brasília: Ministério da Cidadania, Dez. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-diagnostico-sobre-envelhecimento-e-direito-ao-cuidado/Nota_Informativa_N_5.pdf

MEKHAIL, Maria; STINSON, Anna; PATTERSON, Sheri; EL-KHEIRY, Mahmoud; OWENS, Dayna; TOUGAS, Madeline; BAZZETT, Lydia; MOLE, Graham; FEKETE, Teresa; AHMED, Raheel. Exploring integration of dentistry into a multidisciplinary palliative care team: does bedside dental care improve quality of life and symptom burden in hospitalized palliative patients? *BMC Palliative Care*, v. 23, art. 38, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38976073/>.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3869-3877, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FjY6nhWYmJLbdgYp38Mw3pt>.

MONTERO, J.; LÓPEZ, J. F.; LORENZO, M. C. Patient satisfaction with complete dentures: a prospective study. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 39, n. 6, p. 416–422, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23353070/>.

PALMEIRA, G. R.; TEIXEIRA, I. Q.; MELO NETO, J. P. de. Periodontal disease related to respiratory diseases: An integrative review of the literature. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 11, p. e121121143872, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i11.43872. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/43872>.

PERES, M. A.; PERES, K. G.; ANTUNES, J. L. F. Desigualdades sociais em saúde bucal no Brasil: uma revisão crítica da literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 1–12, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VBKtC77bDwvSmTVRNzFNzKh/>.

PUCCA JÚNIOR, G. A.; COSTA, J. F. R. da; CHAVES, S. C. L. Atenção à saúde bucal no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, p. 98, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26316461/>.

Reabilitação oral domiciliar em paciente em cuidados paliativos: estudo de caso
SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA. Relatório de atividades 2005–2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <https://evento.cejam.org.br/index.php/AECC/article/view/767>

PRINCE, M.; JACKSON, J. Epidemiology of Alzheimer disease. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine, Cold Spring Harbor, v. 1, n. 1, p. a006239, 2011. DOI: 10.1101/cshperspect.a006239. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21304480/>.

SANTOS, Elaine Aparecida dos; FARIAS, Dayane da Silva; FERREIRA, Gabriela Barreto; et al. Reabilitação oral domiciliar em paciente em cuidados paliativos: estudo de caso. *Anais do Encontro Científico do CEJAM*, v. 3, 2022. Disponível em: <https://evento.cejam.org.br/index.php/AECC/article/view/767>.

SANTOS, R. F. et al. Prevalência de doenças crônicas em idosos participantes da Universidade da Maturidade. *Revista Fisioterapia em Movimento*, v. 16, n. 2, p. 45-54, 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/prevalencia-de-doencas-cronicas-em-idosos-participantes-da-universidade-da-maturidade/>.

SILVA, J. A. et al. Estudo comparativo sobre fatores associados à multimorbidade em idosos de 60 a 69 anos nos anos de 2010 e 2021. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 27, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/wZ5bW5HWqNczvdNjFBJ8PnD/>.

SILVA, R. F. da; OLIVEIRA, M. A. C. de; SOUSA, M. L. R. de. Atenção à saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Scientia Plena*, Aracaju, v. 10, n. 2, p. 1–10, 2014. Disponível em: <https://www.scientiaplenu.org.br/sp/article/view/7762>.

STUANI, M. B. et al. Periodontal disease and oral cancer: A literature review. *Revista Odonto Ciência*, v. 31, n. 3, p. 200-209, 2016. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722016000300008

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SUBPAV). *Formulário 5 – Índice de Katz (Impressora PDF Preenchível)*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Formulario_5IndiceDeKatz_ImpressoraPDFPreenchivel_202404.pdf.

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SUBPAV). *Formulário 6 – Índice de Barthel (Impressora PDF Preenchível)*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Formulario_6IndiceDeBarthel_ImpressoraPDFPreenchivel_202404.pdf.

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SUBPAV). *Formulário 7 – Questionário de Pfeffer (Impressora PDF Preenchível)*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Formulario_7QuestionarioDePfeffer_ImpressoraPDFPreenchivel_202404.pdf.

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SUBPAV). *Formulário 8 – Escala de Lawton (Impressora PDF Preenchível)*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Formulario_8EscalaDeLawton_ImpressoraPDFPreenchivel_202404.pdf.

TAYLOR, J. J. The relationship between diabetes and periodontal diseases: A review. 2001. Disponível em: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/141153/aape0099.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

TONETTI, M. S. et al. Impact of periodontitis on systemic health: Consensus report of the joint EFP/AAP workshop on periodontitis and systemic diseases. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 40, n. S14, p. S1-S12, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23631582/>.

WISEMAN, Michael. The treatment of oral problems in the palliative patient. *Journal of the Canadian Dental Association*, v. 72, n. 5, p. 453–458, jun. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16772071/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf>.

YAMAMOTO, M.; AIZAWA, R. Maintaining a protective state for human periodontal tissue. *Periodontology 2000*, v. 86, n. 1, p. 142-156, Jun. 2021. Disponível em: [Maintaining a protective state for human periodontal tissue - PubMed](#)

YELLOW, R. S.; SMITH, J. D.; JOHNSON, L. M. Dental prosthetic rehabilitation: a systematic review. *Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 112, n. 6, p. 1234–1240, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24929604/>.

ANEXO A – ÍNDICE DE KATZ

ÍNDICE DE KATZ

IDENTIFICAÇÃO		
Nome social:		Data da avaliação: ____/____/____
Nome civil:		CPF/CNS:
Raça/cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorado	Sexo: ☐ F ☐ M	Data de nascimento: ____/____/____

INSTRUÇÕES		
Para cada área de funcionamento a ser testada, cheque a descrição que melhor se adapta. O termo "assistência" tem a conotação de supervisão ou assistência direta de pessoas. Cada um dos seis itens da escala avalia a dependência ou não do indivíduo em outra pessoa para realizar as atividades diárias anteriormente citadas (banho, vestir-se, uso do vaso sanitário etc). Deve-se apresentar as três alternativas presentes em cada item, e será assinalada aquela que mais se assemelhar com a condição do idoso. Ao lado de cada alternativa há a letra 'I' ou 'D'; com 'I' significando independência, e 'D' significando dependência. São essas letras que serão computadas como escores no fim do exame. No final do teste é contabilizado o número de itens no qual o idoso foi caracterizado por ter uma condição de dependência.		
BANHO — A avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo, como a região dorsal ou uma das extremidades.		
☐ Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho). (I)	☐ Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna). (I)	☐ Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. (D)
VESTIR — Para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.		
☐ Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. (I)	☐ Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. (I)	☐ Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente vestido. (D)
BANHEIRO — A função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função, sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes.		
☐ Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio, como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas, e pode utilizar comadre ou urinol à noite, esvaziando por si mesmo pela manhã). (I)	☐ Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. (D)	☐ Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. (D)
TRANSFERÊNCIA — A função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.		
☐ Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio, como bengala ou andador). (I)	☐ Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. (D)	☐ Não sai da cama. (D)
CONTINÊNCIA — Refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.		
☐ Controla inteiramente as funções de urinar e evacuar. (I)	☐ Tem "acidentes" ocasionais = perdas urinárias ou fecais. (D)	☐ Precisa de ajuda para manter o controle da micção e da evacuação; usa cateter ou é incontinente. (D)
ALIMENTAÇÃO — Relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. "Dependentes" são as pessoas que recebem qualquer ajuda — aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentar são considerados "dependentes".		
☐ Alimenta-se sem ajuda. (I)	☐ Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. (I)	☐ Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenoso. (D)

PONTUAÇÃO TOTAL: _____

INTERPRETAÇÃO DO SCORE:

- 0: Independente em todas as seis funções
- 1: Independente em cinco funções e dependente em uma função
- 2: Independente em quatro funções e dependente em duas funções
- 3: Independente em três funções e dependente em três funções
- 4: Independente em duas funções e dependente em quatro funções
- 5: Independente em uma função e dependente em cinco funções
- 6: Dependente em todas as seis funções

Arte: Ascom/SMS-Rio • Atualizado em abril de 2024

ANEXO B – ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL

IDENTIFICAÇÃO		
Nome social:		Data da avaliação: ____/____/____
Nome civil:		CPF/CNS:
Raça/cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorado	Sexo: ☐ F ☐ M	Data de nascimento: ____/____/____

INSTRUÇÕES
Em cada categoria a seguir escolha e marque apenas uma opção (a que mais se aproxima da condição da pessoa idosa avaliada).
CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL
☐ 1. A pessoa idosa é incapaz de realizar higiene pessoal, sendo dependente em todos os aspectos. ☐ 2. Necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal. ☐ 3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal. ☐ 4. É capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa. ☐ 5. Pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e se barbear, pentear ou maquiar.
CATEGORIA 2: BANHO
☐ 1. A pessoa idosa é totalmente dependente para banhar-se. ☐ 2. Requer assistência em todos os aspectos do banho. ☐ 3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se, incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença. ☐ 4. Por segurança, requer supervisão no ajuste da temperatura da água ou na transferência. ☐ 5. Deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO
☐ 1. A pessoa idosa dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado. ☐ 2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição. ☐ 3. É capaz de comer com supervisão, e requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa. ☐ 4. Tem independência para se alimentar de um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa. ☐ 5. Pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga etc.
CATEGORIA 4: TOILETE
☐ 1. A pessoa idosa é totalmente dependente no uso vaso sanitário. ☐ 2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário. ☐ 3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos. ☐ 4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza. ☐ 5. É capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.
CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS
☐ 1. A pessoa idosa é incapaz de subir escadas. ☐ 2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares. ☐ 3. É capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência. ☐ 4. Geralmente não necessita de assistência, mas, em alguns momentos, requer supervisão, por segurança. ☐ 5. É capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência, mesmo quando utiliza os dispositivos.
CATEGORIA 6: VESTUÁRIO
☐ 1. A pessoa idosa é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades. ☐ 2. É capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário. ☐ 3. Necessita assistência para se vestir ou se despir. ☐ 4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o sutiã, fechar o zíper, amarrar sapatos etc. ☐ 5. É capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)					
☐ 1. A pessoa idosa apresenta incontinência urinária. ☐ 2. Necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento. ☐ 3. Pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados. ☐ 4. Pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais. ☐ 5. Tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário					
CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)					
☐ 1. A pessoa idosa não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo. ☐ 2. Tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos. ☐ 3. Fica geralmente seca ao dia, porém não à noite, e necessita dos equipamentos para o esvaziamento. ☐ 4. Geralmente fica seca durante o dia e a noite, mas tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento. ☐ 5. Tem controle de esfínteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.					
CATEGORIA 9: DEAMBULAÇÃO					
☐ 1. A pessoa idosa é totalmente dependente para deambular. ☐ 2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação. ☐ 3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares. ☐ 4. É independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas. ☐ 5. É capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. A pessoa idosa pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão. Atenção! Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas.					
CATEGORIA 10: CADEIRA DE RODAS					
☐ 1. A pessoa idosa dependente para conduzir a cadeira de rodas. ☐ 2. Consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos. ☐ 3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se. ☐ 4. Consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares; requer mínima assistência em espaços apertados. ☐ 5. É independente em todas as etapas relacionadas à cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências). Atenção! Não se aplica aos pacientes que deambulam.					
CATEGORIA 11: TRANSFERÊNCIAS CADEIRA/CAMA					
☐ 1. A pessoa idosa é incapaz de participar da transferência; são necessárias duas pessoas para transferi-la, com ou sem auxílio mecânico. ☐ 2. É capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência. ☐ 3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se. ☐ 4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança. ☐ 5. Pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, frear, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para a cadeira com segurança. A pessoa idosa deve ser independente em todas as fases da transferência.					
PONTUAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO					
Marque os itens selecionados nas colunas correspondentes em cada categoria (linha). Ao final, some para obter a pontuação final.					
CATEGORIA	1. INCAPAZ DE REALIZAR A TAREFA	2. REQUER AJUDA SUBSTANCIAL	3. REQUER AJUDA MODERADA	4. REQUER AJUDA MÍNIMA	5. TOTALMENTE INDEPENDENTE
Higiene pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestinal	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Cadeira de rodas	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
PONTUAÇÃO TOTAL					

INTERPRETAÇÃO DO SCORE:

- 100 pontos: totalmente independente
- 99 a 76 pontos: dependência leve

• 75 a 51 pontos: dependência moderada

• 50 a 26 pontos: dependência severa

• 25 e menos pontos: dependência total

ANEXO C – ESCALA DE LAWTON



ESCALA DE LAWTON

IDENTIFICAÇÃO		
Nome social:		Data da avaliação: ____/____/____
Nome civil:		CPF/CNS:
Raça/cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorado	Sexo: ☐ F ☐ M	Data de nascimento: ____/____/____

QUESTÕES	SEM AJUDA	COM AJUDA PARCIAL	NÃO CONSEGUE
	3 pontos	2 pontos	1 ponto
1. Você consegue usar o telefone?	☐	☐	☐
2. Você consegue ir a locais distantes usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	☐	☐	☐
3. Você consegue fazer compras?	☐	☐	☐
4. Você consegue preparar suas próprias refeições?	☐	☐	☐
5. Você consegue arrumar a casa?	☐	☐	☐
6. Você consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	☐	☐	☐
7. Você consegue lavar e passar sua roupa?	☐	☐	☐
8. Você consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	☐	☐	☐
9. Você consegue cuidar de suas finanças?	☐	☐	☐
PONTUAÇÃO TOTAL			

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE — Depois de terem sido respondidos os nove itens, os valores das respostas escolhidas são somados, e o valor final é avaliado dentro das seguintes medidas:

- 9 pontos: totalmente dependente
- 10 a 15 pontos: dependência grave
- 16 a 20 pontos: dependência moderada
- 21 a 25 pontos: dependência leve
- 25 a 27 pontos: independente

OBSERVAÇÕES DURANTE A APLICAÇÃO DO TESTE

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE PFEFFER



QUESTIONÁRIO DE PFEFFER

IDENTIFICAÇÃO		
Nome social:		Data da avaliação: ____/____/____
Nome civil:		CPF/CNS:
Raça/cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorado	Sexo: ☐ F ☐ M	Data de nascimento: ____/____/____

QUESTÕES	SIM, É CAPAZ DE FAZER	NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FA- ZER AGORA	FAZ, MAS COM ALGUMA DI- FICULDADE	NUNCA FEZ E TERIA DI- FICULDADE AGORA	NECESSITA DE AJUDA PARA FAZER	NÃO É CAPAZ DE FAZER
	0 ponto	0 ponto	1 ponto	1 ponto	2 pontos	3 pontos
1. A pessoa idosa é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. A pessoa idosa é capaz de fazer as compras sozinha (por exemplo, de comida e roupa)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. A pessoa idosa é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. A pessoa idosa é capaz de preparar comida?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. A pessoa idosa é capaz de se manter a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. A pessoa idosa é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. A pessoa idosa é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. A pessoa idosa é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. A pessoa idosa é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. A pessoa idosa é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. A pessoa idosa é capaz de ficar sozinha em casa sem problemas?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PONTUAÇÃO TOTAL						

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE:

Escore > 6 devem chamar a atenção e, se associados a outros testes de função cognitiva alterados, indica que deve ser feito encaminhamento para avaliação neurológica mais aprofundada.