



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Avaliação da condição bucal de idosos
portadores de demência leve assistidos no
Centro de Medicina do Idoso (CMI) do
Hospital Universitário de Brasília**

Alexandre Franco Miranda

Brasília – DF
2010

**Avaliação da condição bucal de idosos portadores de
demência leve assistidos no Centro de Medicina do Idoso
(CMI) do Hospital Universitário de Brasília**

Dissertação de Mestrado

para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília,
defendida em 31 de agosto de 2010, às 09:00 horas,

por

Alexandre Franco Miranda

Orientadora

Profa. Dra. Soraya Coelho Leal

Co-orientadora

Profa. Dra. Érica Negrini Lia

Banca examinadora

Profa. Dra. Soraya Coelho Leal

Prof. Dr. Carlos Gramani Guedes, UnB

Prof. Dr. Sérgio de Freitas Pedrosa, UnB

Brasília – DF
2010

DEDICO ESTE TRABALHO

A Deus,
por ser o guia supremo em todas as etapas da minha vida.

Aos meus pais, Miranda e Penha,
eternos “guerreiros”, que estão sempre ao meu lado em tudo e participaram
efetivamente de todas as conquistas concretizadas por mim. Mais uma vitória!

Aos meus irmãos, Raphaela e Gabriel,
pelo constante apoio.

À minha namorada, Mariana Pessoa de Oliveira,
que sempre esteve ao meu lado, entendendo a minha dedicação aos estudos para a
concretização dessa pesquisa e realização profissional.

AGRADECIMENTOS

À **Prof^ª. Dr^ª. Soraya Coelho Leal**, orientadora e amiga, pela credibilidade depositada e confiança para a realização dessa pesquisa, paciência e entendimento das situações difíceis decorrentes do trabalho. Sempre à disposição para ajudar em todos os momentos. Muito obrigado por tudo! A vitória é nossa!

À **Prof^ª. Dr^ª. Érica Negrini Lia**, co-orientadora e amiga, por ter acreditado nesse jovem sonhador e ter proporcionado a oportunidade do desenvolvimento das minhas potencialidades nas atividades clínicas, científica e docente. Chefa, minha eterna gratidão e respeito! A vitória é nossa!

Aos acadêmicos do curso de Odontologia da UnB Rodrigo Antônio de Medeiros, Mateus Veppo dos Santos e Crislanne S. Rodrigues Nina que participaram em parte das etapas de coleta dos dados da pesquisa.

Ao Prof Msc Frederico Santos de Santana pela participação nas atividades relacionadas à Estatística dos resultados obtidos.

Ao Dr. Renato Maia Guimarães, médico geriatra e coordenador do CMI-HUB,UnB, que permitiu e credibilizou a realização do nosso estudo.

Aos Dr. Einstein Camargos e Dr Marco Pólo Seabra, médicos geriatras do CMI-HUB,UnB, que sempre estiveram à disposição para ajudar nos questionamentos e atividades do nosso estudo.

À **toda equipe multidisciplinar do Centro de Medicina do Idoso (CMI)** por me ajudarem nas atividades decorrentes da pesquisa. Meus agradecimentos especiais ao amigo **Msc Dante Brasil Santos**, fisioterapeuta; **Msc Maristela Capatti Nunes Coimbra**, assistente social; **Miriam Bezerra de Mello e Ana Carolina dos Santos Santana**, secretárias.

A todos os pacientes, familiares e cuidadores dos pacientes do CMI envolvidos na pesquisa portadores de demência ou não, pela colaboração, participação e disponibilidade para a execução das atividades da pesquisa! Eternamente grato a essas pessoas e certo do cumprimento das minhas obrigações como profissional da saúde e representante profissional dessa população!

À **toda equipe da Odontologia do Centro de Medicina do Idoso (CMI)** por sempre estarem presentes e colaborarem indiretamente na pesquisa.

Aos meus amigos da vida e colegas de profissão que sempre me apoiaram. Um grande abraço no coração de todos!

Meus sinceros agradecimentos à **toda equipe de saúde da SEF (Exército)** que sempre vibraram com cada conquista, em especial aos **TC Gabriel, Maj Simas, Ten Tonyela, Ten Momma, Sgt Ramos, Sd Silva, Sd Marques, Sd Josué e Sd Ricardo**. Obrigado por tudo!

ARTIGOS ORIGINAIS

Dissertação de Mestrado baseada nos seguintes artigos:

Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia

(publicado na Revista Gaúcha de Odontologia-RGO, v.58, n.1, p.103-107, jan./mar., 2010 / ISSN 1981- 8637)

Alexandre Franco Miranda, DDS^{1,2}
Soraya Coelho Leal, DDS, MSc, PhD^{1,2}
Érica Negrini Lia, DDS, MSc, PhD^{1,2}
Maria da Penha Araújo Franco Miranda, DDS, MSc²

1 Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasil.

2 Centro de Medicina do Idoso, Hospital Universitário de Brasília (HUB), Universidade de Brasília, Brasil.

Avaliação da condição bucal de idosos portadores de demência leve assistidos no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília

Alexandre Franco Miranda, DDS^{1,2}
Érica Negrini Lia, DDS, MSc, PhD^{1,2}
Soraya Coelho Leal, DDS, MSc, PhD^{1,2}

1 Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasil.

2 Centro de Medicina do Idoso, Hospital Universitário de Brasília (HUB), Universidade de Brasília, Brasil.

Avaliação da qualidade de vida a partir da percepção de saúde bucal (OHIP-14) de pacientes idosos com e sem demência assistidos no Hospital Universitário de Brasília

Alexandre Franco Miranda, DDS^{1,2}

Soraya Coelho Leal, DDS, MSc, PhD^{1,2}

Érica Negrini Lia, DDS, MSc, PhD^{1,2}

1 Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasil.

2 Centro de Medicina do Idoso, Hospital Universitário de Brasília (HUB), Universidade Brasília, Brasil.

SUMÁRIO

<u>CAPÍTULO I - Objetivos.....</u>	<u>13</u>
<u>a.Objetivo Geral.....</u>	<u>13</u>
<u>b.Objetivos Específicos.....</u>	<u>13</u>
<u>CAPÍTULO II: Artigo 1 - “Avaliação da condição bucal de idosos portadores de demência leve assistidos no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília”.....</u>	<u>14</u>
.....	<u>27</u>
<u>CAPÍTULO III: Artigo 2 - “Avaliação da qualidade de vida a partir da percepção de saúde bucal (OHIP – 14) de idosos com e sem demência assistidos no Hospital Universitário de Brasília”.....</u>	<u>28</u>
<u>CAPÍTULO IV: Resumo, Abstract, Discussão Geral, Considerações Finais e Perspectivas.....</u>	<u>40</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>45</u>
<u>ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (Artigos 2 e 3).....</u>	<u>52</u>
<u>ANEXO 3 - Termos de consentimento livre e esclarecido (Artigos 2 e 3) – Idosos sem demência e Idosos com demência (Paciente portador de alguma deficiência mental da velhice).....</u>	<u>54</u>
<u>ANEXO 4 – Ficha individualizada para o Exame Clínico – Idosos sem e com demência</u>	<u>57</u>
<u>ANEXO 5 – Índice OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) – versão validada para a língua portuguesa – aplicado aos Idosos sem demência e aos Cuidadores dos Idosos com demência leve.....</u>	<u>61</u>
<u>ANEXO 6 – Resultados da aplicação do Índice OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) – versão validada para a língua portuguesa – aplicado aos Idosos sem demência e aos Cuidadores dos Idosos com demência leve.....</u>	<u>64</u>

ANEXO 6 – Resultados da aplicação do Índice OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*)
– versão validada para a língua portuguesa – aplicado aos Idosos sem demência e aos
Cuidadores dos Idosos com demência leve**64**

INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. Proporcionalmente, a faixa etária de indivíduos de 60 anos ou mais, é a que mais cresce em termos proporcionais. Projeções da OMS evidenciam que os idosos no Brasil no período de 1950 a 2025 deverão ter aumentado em 15 vezes, enquanto o restante da população terá aumentado em cinco ^{1,2,3}.

Com o envelhecimento populacional, é de se esperar um aumento na ocorrência de enfermidades próprias da velhice. Doenças relacionadas ao coração, artrites, osteoporoses e doenças neurológicas degenerativas, entre elas a demência, serão cada vez mais comuns na população que envelhece de forma rápida e contínua. Por isso a necessidade da criação de uma nova rede de serviços de assistência social e de saúde voltados para esta população ^{3,4}.

A demência é uma das patologias mais freqüentes em idosos e tem grande impacto e conseqüências negativas para pacientes, familiares, cuidadores e, por extensão à sociedade e elevadas taxas de morbidade e mortalidade, contribuindo para custos elevados de assistência à saúde ^{1,3,6}.

No Brasil não existem dados precisos, mas estima-se que a confusão mental atinge cerca de meio milhão de idosos ⁷. A partir de dados mais recentes, estima-se a presença de 1,2 milhões de idosos com algum tipo demencial. Tem uma progressão de dobrar o número absoluto de portadores dessa doença a cada 05 anos e atinge cerca de 40% das pessoas acima de 85 anos ^{4,5}. A doença de Alzheimer é a forma de demência mais prevalente em idosos ^{6, 8, 9, 10, 11}, representando cerca de 50% a 66% dos casos existentes ¹².

A demência é definida como a perda progressiva e persistente de múltiplas áreas das funções intelectuais, sem relação com o *delirium*, e secundária à lesão cerebral ⁵. Promove, geralmente, uma gradual deteriorização da memória, aprendizado, orientação, estabilidade emocional, capacidade de comunicação, pensamentos abstratos (paranóias e

alucinações), funções físicas. Além disso, cuidados pessoais como tomar banho e realizar a higienização bucal são prejudicados, interferindo na vida social e diária do indivíduo ^{9, 11, 13, 14, 15}.

A higiene bucal inadequada e a dificuldade de promoção de saúde, bastante associadas à demência favorecem a ocorrência de alterações na cavidade bucal como a doença periodontal, cárie e problemas protéticos ^{12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}.

O uso de medicações que agem sobre o Sistema Nervoso nesses indivíduos tem como objetivo a diminuição ou controle dos principais sintomas da doença. Entretanto, essas medicações podem interferir diretamente na cavidade bucal, proporcionando a diminuição do fluxo salivar e o aparecimento de lesões em mucosa e nos dentes ^{14, 24}. O uso de um ou mais medicamentos em associação àqueles usados para demência, como para o tratamento da hipertensão arterial, potencializam a ação de hipossalivação e a sensação de boca seca ^{25, 26, 27}.

Um outro aspecto relacionado à saúde bucal de suma importância são as elevadas taxas de edentulismo, alta prevalência de cárie e doença periodontal. A população idosa em geral, na atualidade, é marcada pelo uso de próteses e presença de poucos elementos dentários na cavidade bucal ^{28, 29}.

Esta condição de saúde bucal precária devido ao número excessivo de dentes perdidos pode estar relacionada às condições sócio-econômicas e de instrução de cada indivíduo. O aumento da renda contribui para que as pessoas tenham acesso a serviços particulares sem depender dos serviços públicos que carece de serviços especializados em gerontologia. O grau de instrução do indivíduo pode determinar pessoas cientes da importância da manutenção da saúde bucal na qualidade de vida e nas atividades diárias, como a alimentação ^{30, 31, 32}.

A capacitação do profissional da saúde em ter os conhecimentos necessários a respeito das necessidades subjetivas desses indivíduos e associá-las aos dados epidemiológicos pode ser um recurso favorável na implantação de programas específicos em saúde bucal para o público idoso com demência ou não ^{28, 29, 33}.

Portanto, idosos, portadores ou não de demência podem ser considerados mais susceptíveis às alterações causadas pela ação de agressores de natureza física, química e biológica, face ao desgaste fisiológico e mental que indivíduos nessa faixa etária apresentam.

Este estudo se propôs a apresentar o quadro de saúde bucal de idosos com e sem demência que freqüentam o Hospital Universitário de Brasília, fazendo um paralelo entre achados clínicos (CPOD) e a percepção da qualidade de vida relatada pelo idoso sem demência e pelo cuidador do idoso com demência leve.

1. GOIATO et al. Odontogeriatrics and Alzheimer's Disease. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 6, n. 2, p. 207-212, mai./ago. 2006.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções populacionais preliminares: 1980-2020, 1995.
3. LEAL, M. C. et al. Perfil de instituições asilares no município do Recife, PE, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v. 9, n. 3, Rio de Janeiro, 2006.
4. NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. C.; DAMASCENO, B. P.; BRUCKI, S. M. D.; ANGHINAH, R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 63, n. 3-A, p. 720-727. 2005.
5. MACIEL Jr, J. A. BOTTINO, C. M. C.; DAMASCENO, B. P.; BRUCKI, S. M. D.; ANGHINAH, R. Diagnóstico de doença de Alzheimer, avaliação cognitiva e funcional: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 63, n. 3-A, p. 720-7. 2005.
6. HUGO, F. N. et al. Oral health behaviour and socio-demographic profile of subjects with Alzheimer's disease as reported by their family caregivers. *Gerodontology*, v. 24, p. 36-40. 2007.
7. BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B.; MANETTA, C. E. Odontologia geriátrica no Brasil. *Atual Geriatr*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 26-29, mar. 1998.
8. CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência. *Ver Bras Psiquiatr*, v. 24, supl I, p. 7-10. 2002.
9. FRENKEL, H. Alzheimer's disease and oral care. *Spec Care Dent; Dent Update*, v. 31, p. 273-278, Jun. 2004.
10. JONES Jr, H. R. cols. Neurologia de Netter. *Artmed*. 1ed. p. 355-374. Porto Alegre, 2006.
11. LITTLE, J. W. Dental management of patients with Alzheimer's disease. *Spec Patient Care*, p. 289-296, jul-aug. 2005.
12. ETTINGER, R. L. Dental management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Gerodontology*, v. 17, n. 1, p. 8-16. 2000.
13. CRUZ, V. T.; PAIS, J.; TEIXEIRA, A.; NUNES, B. Sintomas iniciais de demência de Alzheimer: a percepção dos familiares. *Acta Med Port*, v. 17, p. 437-444. 2004.
14. FRIEDLANDER, A. H.; NORMAN, D. C.; MAHLER, M. E.; NORMAN, K. M.; YAGIELA, J. A. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *JADA*, v. 137, p. 1240-1251, September. 2006.
15. GITTO, C. A.; MORONI, M. J.; TEREZHALMY, G. T.; SANDU, S. The patient with Alzheimer's disease. *Quintessence Int*, v. 32, n. 3, p. 9-11. 2001.
16. AVLUND, K.; HOLM-PEDERSEN, P.; MORSE, D. E.; VIITANEN, M.; WINBLAD, B. Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. *Gerodontology*, v. 21, p. 17-26. 2004.
17. BOCCIA, A. Alzheimer's disease and the dental patient. Recognizing and dealing with dementia. *Ont Dent*, Toronto, v. 69, n. 3, p. 16-18, Apr. 1992.
18. CHALMERS, J. M.; PEARSON, A. Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 4, p. 410-419. 2005.
19. FISKE, J.; GRIFFITHS, J.; JAMIESON, R.; MANGER, D. Guidelines for oral health care for long-stay patients and residents. Report of British Society for Disability and Oral Health, v. 17, n. 1, p. 55-64, January. 2000.
20. GHEZZI, E. M.; SHIP, J. A. Dementia and oral health. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, St Louis, v. 89, n. 1, p. 2-5, Jan. 2000.
21. JONES, J.; LAVELLE, N.; ALMAN, J., et al. Caries incidence in patients with dementia. *Gerodontology*, v. 10, p. 76-82. 1993.
22. LOISELLE, L. Oral health and dementia: strategies and protocols. University of Waterloo. *MAREP*, v. 5, n. 2, p. 1-4, Summer. 2006.
23. ZULUAGA, D. J. M. Manejo odontológico de pacientes com demências. *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*, v. 203, p. 28-39, Ago-Oct. 2002.
24. PANKHURST, C. L.; SMITH, E. C.; ROGERS, J. O.; DUNNE, S. M.; JACKSON, S. H. D.; PROCTOR, G. Diagnosis and management of the dry mouth: part I. *Dental Update*, p. 56-62, March. 1996.
25. ADA – Division of Communications. Do you have dry mouth?. *JADA*, v. 133, p. 1455, October. 2002.

26. ANDRADE, E. D. Terapêutica medicamentosa em odontologia: procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica. São Paulo: Artes Médicas. 2 ed. 2006.
27. SCREEBNY, L. M.; SCHWARTZ, S. S. A reference guide to drugs and dry mouth. Gerodontology, v. 14, p. 33-47. 1997.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. – Brasília. 2004: 68. il. color.- (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
29. COLUSSI CF, FREITAS SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Cad Saúde Pública. 2002;18(5):1313-1320
30. MARTINS AMEBL, BARRETO SM, PORDEUS IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):81-92.
31. LOCKER D, FORD J. Using area-based measures of socioeconomic status in dental services research. J Public Health Dent. 1996;56:69-75.
32. MATOS DL, GIATTI L, LIMA-COSTA MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. Cad saúde Pública. 2004; 20:1290-1297.
33. MIRANDA AF, LIA EN, LEAL SC, MIRANDA MPAF. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. Rev Gau Odonto. 2010; 56(1):103-107.

O primeiro artigo (*“Avaliação da condição bucal de idosos portadores de demência leve assistidos no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília”*) tem como objetivo comparar a saúde bucal, por meio do índice CPO-D, de idosos portadores de demência leve – Alzheimer e sem demência, entre 60 e 85 anos, assistidos no Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal.

O segundo artigo (*“Avaliação da qualidade de vida a partir da percepção de saúde bucal (OHIP-14) de pacientes idosos com e sem demência assistidos no Hospital Universitário de Brasília”*) proposto a partir desse estudo, tem como objetivo avaliar o impacto da saúde bucal e seus efeitos na qualidade de vida de idosos sem demência e com demência leve assistidos no Hospital Universitário de Brasília a partir do OHIP-14 (*“The Oral Health Quality Profile”*) validado para a língua portuguesa e a sua relação com o índice CPO-D.

De maneira geral, espera-se que os resultados desta pesquisa possam melhor esclarecer a condição bucal por meio do índice CPOD e a percepção da qualidade de vida a partir da saúde bucal de idosos com e sem demência leve. O entendimento deste cenário poderá servir de norte para ações que visem melhoria das condições de saúde bucal e resgate da cidadania dessa população.

CAPÍTULO I - Objetivos

a. Objetivo Geral

** Comparar a saúde bucal de idosos com demência e idosos sem demência e verificar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida destes indivíduos.

b. Objetivos Específicos

* Avaliar a condição dentária a partir do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) entre idosos sem e com demência leve;

* Avaliar a percepção de saúde bucal dos idosos com demência e sem demência, a partir do indicador OHI-P 14 (perfil de impacto de saúde bucal na qualidade de vida) aplicado aos cuidadores dos indivíduos com demência e aos idosos sem demência.

CAPÍTULO II: Artigo 1 - “Avaliação da condição bucal de idosos portadores de demência leve assistidos no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília”

Íntegra do artigo *“Avaliação da condição bucal de idosos portadores de demência leve assistidos no Centro de Medicina do Idoso (CMI) do Hospital Universitário de Brasília”*.

Avaliação da condição bucal de idosos portadores de demência leve assistidos no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília

Alexandre Franco Miranda, DDS^{1,2}

Érica Negrini Lia, DDS, MSc, PhD^{1,2}

Soraya Coelho Leal, DDS, MSc, PhD^{1,2}

1 Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasil.

2 Centro de Medicina do Idoso, Hospital Universitário de Brasília (HUB), Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

Avaliação da condição bucal de idosos portadores de demência leve assistidos no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília

ODONTOGERIATRIA

Avaliação da condição bucal de pacientes portadores de demência assistidos no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília, Brasil

Alexandre Franco MIRANDA¹

¹Mestrando em Ciências da Saúde - Universidade de Brasília - UnB.

Correspondence to: alexandrefmiranda@hotmail.com

Érica Negrini LIA²

²Doutora em Ciências da Saúde –UnB.

Soraya Coelho LEAL³

³Doutora em Ciências da Saúde – UnB.

^{1,2,3} Centro de Medicina do Idoso (CMI) – Hospital Universitário (HUB) – Universidade de Brasília (UnB)

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é caracterizado por mudanças biopsicosociais que estão diretamente relacionadas a uma boa qualidade de vida. O profissional da saúde deve estar preparado em atuar nas enfermidades características da senilidade, como a demência.

Objetivo: comparar a saúde bucal, por meio do índice CPO-D, de idosos portadores de demência leve – Alzheimer e sem demência, entre 60 e 85 anos, assistidos no Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal.

Materiais e Métodos: A amostra foi composta por 15 idosos dementes leves e 25 idosos sem demência. Os dados gerais e as informações referentes ao quadro de saúde foram obtidos através dos prontuários e entrevistas. A análise da condição bucal foi feita através do levantamento do CPO-D, observando-se o uso ou não de próteses dentárias. O teste ANOVA foi utilizado para comparação das médias de CPOD entre os grupos em função das co-variáveis renda e escolaridade. Comparações múltiplas com ajustamento de Bonferroni foram empregadas quando diferenças entre os grupos eram detectadas.

Resultados: Valores médios altos de CPO-D foram encontrados para os idosos sem e com demência, 25,48 e 21,73, respectivamente. Ajustando-se os efeitos da renda e da escolaridade a diferença dos valores do CPOD foi estatisticamente significativa ($p=0,0351$). O componente P foi mais prevalente entre os idosos sem demência, o que refletiu num número de desdentados totais maior neste grupo. Entretanto, a utilização de próteses foi semelhante entre os idosos com e sem demência. Em ambos os grupos, a hipertensão arterial foi a doença sistêmica mais prevalente.

Conclusão: Os valores altos de CPOD encontrados tanto para idosos com e sem demência reflete a história progressiva dos indivíduos, na qual predominou opções de tratamentos mutiladores. Fatores sócio-econômicos interferiram na prevalência e distribuição dos componentes do CPOD entre os idosos. Tal fato pode ser reflexo da dificuldade de acesso destes indivíduos aos serviços odontológicos.

Termos de indexação: Demência, Odontologia geriátrica, saúde bucal

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é caracterizado por mudanças biopsicosociais que estão diretamente relacionadas a uma boa qualidade de vida, preparo da sociedade em relacionar-se com essa população e profissionais capacitados em contribuir na orientação, promoção e manutenção da saúde das pessoas idosas (WHO, 2005; Moraes et al., 2010).

Devido ao envelhecimento populacional e ao surgimento de enfermidades características, existe a necessidade de maior capacitação do profissional da saúde em atuar de maneira interdisciplinar (Shinkai, 2000; Zuluaga, 2002).

A demência é uma doença específica da população idosa caracterizada pelo declínio de memória associado a outras alterações sistêmicas do envelhecimento e neuropsicológicas que tem o seu aumento exponencial em função do avanço da idade (Chalmers et al., 2003; AJC, 2006; Loiselle, 2006).

O indivíduo com demência apresenta uma deterioração global, progressiva e irreversível das funções intelectuais, conseqüentemente o aparecimento de prejuízos na linguagem, julgamento, cognição e aptidões motoras, visuo-espaciais e perceptivas que

interferem diretamente na sua vida diária, dentre algumas ações a manutenção de uma condição bucal satisfatória, e das pessoas mais próximas (Frenkel, 2004; Friedlander et al., 2006).

A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais frequente (Gitto et al., 2001). Corresponde à cerca de 50% dos casos nos países ocidentais e devido às características próprias dessa condição patológica, a saúde desses indivíduos deve ser constantemente monitorada por um profissional da saúde capacitado (Shinkai, 2000; Miranda et al., 2010).

A saúde bucal também faz parte do contexto saúde e deve contribuir para que a população idosa com demência não tenha problemas de caráter inflamatório, infeccioso e dor decorrentes de problemas oriundos do sistema estomatognático e que possam interferir diretamente na saúde sistêmica dessas pessoas (Kocaelli et al., 2002; Chalmers et al., 2002; Adam & Prestom, 2006). Entretanto, a literatura científica é pobre em trabalhos cujo foco seja a análise da interação entre demência e possíveis alterações bucais.

O presente estudo tem por finalidade comparar a saúde bucal, por meio do índice CPO-D, de portadores de demência e sem demência assistidos no Centro de Medicina do Idoso (CMI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB), Distrito Federal.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado na cidade de Brasília, Distrito Federal, durante o período de outubro de 2009 a junho de 2010 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília sob o protocolo 043/2008, respeitando todas as considerações éticas vigentes. Todos os indivíduos idosos sem demência e os responsáveis legais pelos indivíduos com demência assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de exame clínico em uma amostra populacional de 15 idosos com demência leve (casos) e 25 idosos sem demência

(controles) com mais de 60 anos de idade e que estavam em atendimento no Centro de Medicina do Idoso e no ambulatório de geriatria do HUB.

Estabeleceu-se uma amostra de conveniência pela facilidade de acesso a essas pessoas, pois foi conciliado o tratamento médico e interdisciplinar com as atividades propostas em saúde bucal.

Os critérios de inclusão para os casos foram: idosos com demência leve (Mal de Alzheimer) após avaliação diagnóstica por meio do Mini-Exame do Estado Mental (avaliação cognitiva), escala *Clinical Dementia rating* (CDR) e a Avaliação Geriátrica Objetiva (AGO) (Nitrini et al., 2005, Maciel Jr et al., 2005) pelo médico geriatra e discussão diagnóstica pela equipe médica responsável do CMI; idosos entre 60 e 85 anos de idade; e usuários de medicação contínua. Para os controles os critérios de inclusão foram: idosos sem demência na mesma faixa etária dos casos que freqüentavam o ambulatório de geriatria. Foram excluídos da pesquisa portadores da Síndrome de Sjogren, idosos submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço e portadores de demência moderada e avançada, por serem pouco colaboradores.

Os indivíduos com demência leve são caracterizados pela perda da memória recente, como esquecimentos, falta de habilidade em aprender novas informações, problemas na comunicação. São considerados mais cooperativos ao tratamento odontológico (Friedlander et al., 2006; Miranda et al., 2010).

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Prontuários médicos dos quais foram extraídos dados da história médica;
- Inquérito sócio-econômico;
- Exame físico intra-bucal para levantamento do índice CPO-D e avaliação da utilização de próteses;

Através do exame físico intra-bucal, determinou-se o índice CPO-D (número médio de dentes cariados, perdidos e obturados/restaurados) e se o indivíduo era usuário de prótese dentária. Foram utilizados gaze, algodão em rolete, espátulas de madeira para afastar língua e bochecha, abridores de boca, expansor bucal, espelho bucal, pinça e sonda exploradora de acordo com as normas de biossegurança.

Todos os dados obtidos foram transcritos para uma ficha específica padronizada de cada membro participante da pesquisa. A avaliação das fichas, bem como todos os exames e testes foram realizados por um único avaliador no consultório odontológico do CMI.

A análise estatística dos dados foi realizada por meio do programa estatístico SAS 9.2 for Windows . O teste ANOVA foi utilizado para comparação das médias de CPOD entre os grupos em função das co-variáveis renda e escolaridade. Comparações múltiplas com ajustamento de Bonferroni foram empregadas quando diferenças entre os grupos eram detectadas.

RESULTADOS

A distribuição dos participantes da pesquisa comparando idosos sem e com demência leve, segundo as variáveis analisadas de interesse pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com as variáveis estudadas

Variáveis	Sem Demência		Com Demência Leve		Total
	N	%	N	%	
Características pessoais					
Gênero					
Feminino	16	61,54	10	38,46	26
Masculino	09	64,28	05	38,72	14
Idade					
60 - 69	09	69,23	04	30,77	13
70- 79	13	56,52	10	43,48	23
> 80	03	75	01	25	04
Escolaridade					
Analfabeto	02	66,67	01	33,33	03
Fundamental incompleto	10	71,42	04	28,58	14
Fundamental completo (1° grau completo + 2° grau incompleto)	06	54,55	05	45,45	11
Médio (2° grau completo)	05	71,42	02	28,58	07
Superior completo	02	40	03	60	05
Disponibilidade de recursos					
Renda (salário mínimo)					
≤ 2	11	84,62	02	15,38	13
Entre 2 e 5	12	70,58	05	29,42	17
≥ 5	02	20	08	80	10
Condições de Saúde Bucal					

CPOD médio / 28	25,48	91	21,73	77,60	-
Uso de próteses totais					
Usa o par (sup. + inf.)	12	70,58	05	29,42	17
Usa uma (sup.)	04	80	01	20	05
Não usa	02	100	-	-	02
Uso de próteses: dentados					
Não usa	04	50	04	50	08
Usa fixa ou móvel (PPR)	03	37,5	05	62,5	08
Frequência de higienização Bucal					
1 vez	04	50	04	50	08
2 vezes	09	60	06	40	15
3 vezes	11	73,33	04	26,67	15
> 3 vezes	01	50	01	50	02

Ao se comparar os valores médios de CPOD entre idosos sem demência e com demência, observou-se uma diferença estatisticamente significativa eles ($p=0,0351$). Das variáveis estudadas, a renda familiar e a escolaridade do participante estavam associadas a esta diferença.

A análise individual dos componentes do CPO mostrou que os portadores de demência leve tinham maior quantidade de dentes restaurados e menor quantidade de dentes perdidos, em comparação aos idosos sem demência (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos componentes do CPO entre os idosos com e sem demência

	Cariados	Perdidos	Obturados	CPO-D (total) médio
COM Demência	0,8	16,33	4,6	21,73
SEM Demência	0,52	24,4	0,56	25,48

A análise do quadro de saúde geral mostrou que a alteração sistêmica mais freqüente foi a hipertensão arterial, tanto para idosos com demência e sem demência. Em média, o número de medicamentos utilizados por indivíduos foi de 3,48 e 3,6, para os indivíduos sem demência e com demência, respectivamente. Neste tópico, o diferencial foi o uso de inibidores de colinesterase (para controle de humor e comportamento) em 100% da amostra de idosos com demência leve.

DISCUSSÃO

O Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília é um local de referência ao atendimento interdisciplinar do público idoso em geral. A assistência em saúde é determinada por avaliações multidisciplinares que visam a elaboração de um programa individualizado ao bem estar e qualidade de vida dessa população.

Por ser considerado o único centro educador e formador de profissionais na área de Geriatria e Gerontologia de Brasília, o CMI tornou-se referência para o atendimento do idoso, principalmente para portadores de demência Alzheimer em suas diversas fases de evolução. Por esta razão, são referidos para o Centro idosos de diferentes localidades do Distrito Federal, independentemente do nível sócio-econômico. Já o ambulatório de geriatria, possui como característica principal o atendimento de indivíduos que fazem uso apenas do Sistema Único de Saúde. Portanto, embora o CMI e o ambulatório de geriatria façam parte de um conjunto maior, que é o HUB, o público assistido nos dois centros parece não apresentar o mesmo perfil. Tal fato pode explicar a ocorrência de renda e escolaridades maiores para os freqüentadores do CMI, de onde foram selecionados os sujeitos de pesquisa portadores de demência leve em contra partida aos idosos sem demência, que foram selecionados no ambulatório de geriatria.

De maneira geral, observa-se uma escassez de estudos que avaliam as condições de saúde bucal da população idosa brasileira. Considerando que dentre os idosos exista uma parcela de indivíduos “especiais”, ou seja, aqueles acometidos por enfermidades tal como a demência, a presente investigação pode trazer informações importantes a respeito destes indivíduos, embora seja difícil a comparação dos nossos dados já que não foram encontrados estudos similares.

Devido à grande dificuldade de avaliação de pacientes idosos com demência em fases mais avançadas (moderada e final), principalmente pela falta de cooperação e estabilização dos mesmos, requisitos básicos para a realização do exame clínico, optou-se por incluir apenas idosos com demência leve. Estes, embora colaboradores, apresentam um quadro neurológico que requer uso de medicação contínua e o estabelecimento de relações interpessoais diferentes daquelas observadas para o público sem demência.

Foram identificados elevados valores de CPOD para ambos os grupos de idosos. Tais valores não diferem daqueles obtidos através de levantamentos epidemiológicos realizados na população brasileira. O último dado oficial publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil (SB Brasil, 2003) demonstra que o CPO-D médio foi de indivíduos acima de 60 anos de idade for de 27,79 (Brasil, 2004).

Estes números demonstram que a realidade apresentada no presente é resultado de uma prática em saúde bucal mutiladora. Esta situação já foi descrita na literatura (Gomes et.al, 2004; Monti & Justi, 2006; Moreira et al., 2009) e se caracteriza por meio de extrações dentárias desnecessárias, o não acesso da população a serviços odontológicos capacitados e próximos às residências, à falta de conhecimento a respeito dos principais efeitos da perda dentária, às condições sócio-econômicas e à falta de políticas públicas em saúde bucal para a população idosa.

Embora o CPOD encontrado fosse alto para os idosos com demência ou não, notou-se um escore médio maior para os idosos sem demência. Ao se analisar as variáveis que poderiam interferir neste resultado, observou-se que a renda familiar e a escolaridade estavam associadas a esta diferença no valor do CPOD. Inúmeros estudos relatam que fatores sócio-econômicos interferem fortemente na ocorrência da cárie dentária e perdas dentárias decorrentes do processo carioso (Locker, 1996; Matos et al., 2004; Martins et al., 2008).

Quando os competentes do CPOD foram avaliados isoladamente, observou-se que o componente perdido foi mais prevalente na população sem demência, enquanto o componente obturado ocorreu com mais frequência nos idosos demenciados. Estes dados reforçam o impacto do nível sócio-econômico ao acesso a serviços odontológicos de ambas as populações. E como consequência, a frequência de edentulismo foi maior também na população idosa sem demência.

Entretanto, uma análise mais ampla mostrou que o uso de próteses dentárias, parciais e/ou totais, foi bastante frequente na população investigada, portadora ou não de demência. Tal situação não é diferente do resto do país, na qual o uso de próteses é bastante elevado na população idosa (Fernandes et al., 1997; Chagas et al., 2000; Silva et al., 2002; Colussi et.al, 2004).

A hipótese inicial desta investigação supunha que o quadro demencial dos idosos, associado ao uso de medicação contínua, principalmente antidepressivos, pudesse ter um impacto na saúde bucal destes indivíduos. Entretanto, a análise comparativa dos dados sugere que apenas aspectos sócio-econômicos influenciaram na discrepância do CPOD entre os grupos. O fato dos idosos incluídos nesta investigação apresentarem elevados valores de CPOD indica que os problemas odontológicos aconteceram no passado, não havendo interferência de fatores como envelhecimento, uso de medicação ou mesmo presença de enfermidades associadas, uma vez que a principal diferença entre os grupos era a presença do quadro demencial. Desta forma, neste estudo, a história odontológica pregressa teve maior relevância no quadro de saúde bucal que fatores específicos da idade. Novos estudos são necessários para confirmação desta hipótese.

Um outro fator que merece destaque é que o desconhecimento da população idosa em geral a respeito da importância da preservação dentária, é responsável por idosos aparentemente conformados com as perdas dentárias e como se este fato fosse uma consequência natural do envelhecimento (Colussi & Freitas, 2002; Brunetti & Montenegro, 2002). Fato que não deve ser fundamentado e credibilizado por toda a população em geral, tendo vários estudos realizados no mundo não estabelecendo essa relação (Lo & Schwarz, 1994; Lin et al., 2001; Shah, 2003).

A melhora do quadro geral de saúde bucal do brasileiro alcançada nas últimas décadas indica que futuramente nossos idosos, "especiais" ou não, envelhecerão com maior número de dentes, ressaltando a necessidade de se treinar profissionais da saúde aptos a trabalhar com as demandas e necessidades desse "novo" público alvo.

CONCLUSÕES

Os valores altos de CPOD encontrados tanto para idosos com e sem demência reflete a história pregressa dos indivíduos, na qual predominou opções de tratamentos mutiladores. Fatores sócio-econômicos interferiram na prevalência e distribuição dos componentes do CPOD entre os idosos. Tal fato pode ser reflexo da dificuldade de acesso destes indivíduos aos serviços odontológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.:il.
2. Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Rev Med Minas Gerais, 2010; 20(1): 67-73.
3. Shinkai RS, Del Bel Cury AA. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. Cad Saúde Pública, 2000; 16(4): 1099-1109.
4. Zuluaga DJM. Manejo odontológico de pacientes com demências. Revista de la Federación Odontológica Colombiana. 2002; 203: 28-39.
5. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. Oral diseases and conditions in community-living older adults with and without dementia. Spec Care Dentist, 2003; 23(1): 7-17.
6. Authors Journal Compilation (AJC). Oral health of people with dementia. Gerodontology, 2006; 23(1): 3-32.
7. Loiselle L. Oral health and dementia: strategies and protocols. University of Waterloo. MAREP. 2006; 5(2): 1-4.
8. Frenkel H. Alzheimer's disease and oral care. Spec Care Dent. Dent Update, 2004; 31(5): 273-8.
9. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. J Am Dent Assoc, 2006; 137: 1240-51.

10. Gitto CA, Moroni MJ, Terezhalmly GT, Sandu S. The patient with Alzheimer's disease. *Quintessence Int*, 2001; 32(3): 221-31.
11. Miranda AF, Lia EN, Leal SC, Miranda MPAF. Doença de Alzheimer: características e orientações em Odontologia. *Rev Gau Odonto*, 2010; 58(1):103-107.
12. Kocaelli H, Yaltirik M, Yargic LI, Ozbas H. Alzheimer's disease and dental management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2002; 93(5): 521-4.
13. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia. *Gerodontology*, 2002; 19(2): 80-94.
14. Adam H, Preston AJ. The oral health of individuals with dementia in nursing homes. *Gerodontology. Review*, 2006; 23: 99-105.
15. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 63(3-A): 720-727.
16. Maciel Jr JA, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer, avaliação cognitiva e funcional: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 63(3-A): 720-727.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população

- brasileira 2002-2003: resultados principais. – Brasília. 2004: 68.:il. color.- (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
18. Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, Sousa MLR. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):866-870.
 19. Monti LM, Justi MM. Análise comparada da saúde bucal do idoso na cidade de Araçatuba. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006;9(2):35-47.
 20. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. Oral health conditions among the elderly in southeastern São Paulo State. *J Appl Oral Sci*. 2009;17(3):170-178.
 21. Locker D, Ford J. Using area-based measures of socioeconomic status in dental services research. *J Public Health Dent*. 1996;56:69-75.
 22. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. *Cad saúde Pública*. 2004;20: 1290-1297.
 23. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):81-92.
 24. Fernandes RAC, Silva SRC, Watanabe MGC, Pereira AC, Martildes MLR. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um centro de saúde. *Rev Bras Odontol*. 1997;54:107-110.
 25. Chagas IJ, Nascimento A, Silveira MM. Atenção odontológica a idosos na COM: uma análise epidemiológica. *Rev Bras Odontol*. 2000;57:332-335.

26. Silva DD, Souza MLR, Toledo R, Lisboa CM. Condições de saúde bucal em idosos na cidade de Piracicaba. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2002;56:183-187.
27. Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MCM. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. Rev Bras Epidemiol. 2004;7:88-97.
28. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Cad Saúde Pública. 2002;18(5):1313-1320.
29. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas. 2002.
30. Lo ECM, Schwarz E. Tooth and root conditions in the middle-aged and the elderly in Hong Kong. Community Dent Oral Epidemiol. 1994;22:381-385.
31. Lin HC, Wong MCM, Zhang HG, Lo ECM. Coronal and root caries in southern Chinese adults. J Dent Res. 2001;80: 1491-1495.
32. Shah N. Gender issues and oral health in elderly Indians. Int Dent J. 2003;53:475-484.

CAPÍTULO III: Artigo 2 - “Avaliação da qualidade de vida a partir da percepção de saúde bucal (OHIP – 14) de idosos com e sem demência assistidos no Hospital Universitário de Brasília”

Íntegra do artigo “Avaliação da qualidade de vida a partir da percepção de saúde bucal (OHIP-14) de idosos com e sem demência assistidos no Hospital Universitário de Brasília”

Avaliação da qualidade de vida a partir da percepção de saúde bucal (OHIP-14) de idosos com e sem demência assistidos no Hospital Universitário de Brasília

Alexandre Franco Miranda, DDS^{1,2}

Érica Negrini Lia, DDS, MSc, PhD^{1,2}

Soraya Coelho Leal, DDS, MSc, PhD^{1,2}

1 Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasil.

2 Centro de Medicina do Idoso, Hospital Universitário de Brasília (HUB), Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

Avaliação da qualidade de vida a partir da percepção de saúde bucal (OHIP-14) de idosos com e sem demência assistidos no Hospital Universitário de Brasília

ODONTOGERIATRIA

Avaliação da qualidade de vida a partir da percepção de saúde bucal (OHIP-14) de idosos com e sem demência assistidos no Hospital Universitário de Brasília

Alexandre Franco MIRANDA¹

¹Mestrando em Ciências da Saúde - Universidade de Brasília - UnB.

Correspondence to: alexandrefmiranda@hotmail.com

Érica Negrini LIA²

²Doutora em Ciências da Saúde –UnB.

Soraya Coelho LEAL³

³Doutora em Ciências da Saúde – UnB.

^{1,2,3} Centro de Medicina do Idoso (CMI) – Hospital Universitário (HUB) – Universidade de Brasília (UnB)

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional reflete em mudanças nas políticas públicas e individualizadas de saúde com o intuito de promover a esses indivíduos uma qualidade de vida satisfatória.

Objetivo: Avaliar o impacto da saúde bucal e seus efeitos na qualidade de vida de idosos sem demência e com demência leve assistidos no Hospital Universitário de Brasília a partir do OHIP-14 (“The Oral Health Quality Profile”) validado para a língua portuguesa e sua relação com o índice CPO-D.

Materiais e Métodos: Foi aplicado o questionário OHIP-14 a 25 idosos sem demência e a 15 cuidadores de idosos com demência leve, entre 60 e 85 anos de idade. Em seguida foi feito levantamento do estado de saúde bucal pelo índice CPOD. Os dados foram analisados a partir de regressões múltiplas para avaliar o efeito da demência e os componentes do CPOD sobre os valores totais do OHIP e em especial, sobre a dificuldade na alimentação.

Resultados: A variável grupo - sem e com demência leve - não foi estatisticamente relacionada com os valores de OHIP-14 ($p=0,5299$). Entretanto, a variável número de dentes obturados mostrou-se marginalmente relacionada com o OHIP, de forma inversa. A dificuldade na alimentação foi analisada de forma separada e os resultados mostraram, mais uma vez, não haver diferença estatística entre idosos com e sem demência ($p=0,5879$). Porém, o número de dentes obturados foi estatisticamente associado a um incômodo durante a alimentação ($p=0,0351$).

Conclusão: A percepção da qualidade de vida em relação à saúde bucal foi semelhante para ambos os grupos. Embora, o número de dentes obturados não tenha interferido no impacto sobre a saúde bucal de maneira geral, esta variável foi inversamente associada à dificuldade na alimentação dos sujeitos avaliados.

Termos de indexação: Demência, Qualidade de vida, Saúde bucal

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população observado nos países em desenvolvimento reflete-se na constante necessidade de renovação das políticas públicas e individualizadas de saúde, objetivando a promoção da qualidade de vida adequada aos idosos (Lebrão, 2007; Nasri, 2008). A longevidade idealmente deveria ser acompanhada pela qualidade de vida, o que nem sempre ocorre em função da perda do capital de saúde ao longo do tempo.

A saúde bucal é indissociável da saúde geral, repercutindo de forma direta sobre a qualidade de vida. Especialmente na população idosa afeta a funcionalidade mastigatória, e conseqüentemente os parâmetros nutricionais, a vida social e os aspectos psicológicos (Shinkai, 2000; Batista et al., 2008).

A qualidade de vida é de difícil mensuração, e é caracterizada pela percepção por parte dos indivíduos ou grupos de satisfazerem suas verdadeiras necessidades, aproveitando as oportunidades para alcançar um estágio de felicidade e realização pessoal (Locker, 1997a; Locker, 1997b). O grau de satisfação com a saúde bucal é relevante para a qualidade de vida, pois as preocupações dos pacientes estão diretamente relacionadas ao conforto, à função e à estética. Quando esses fatores não atendem às expectativas dos pacientes, as principais respostas de caráter psicossocial

são a ansiedade, insegurança, diminuição da auto-estima e introversão (Biazevic, 2001; Barbieri, 2009)

Obter informações do indivíduo a partir dos seus pensamentos e situações vivenciadas é algo bastante subjetivo e de difícil mensuração. Para tanto, existem alguns indicadores de saúde de caráter subjetivo que podem facilitar a exposição dessa íntima relação entre o indivíduo e a sua própria percepção da saúde em geral (Biazevic, 2001; Gonçalves, 2004).

Dentre os vários instrumentos de avaliação da qualidade de vida da população, o OHIP-14 (“The Oral Health Quality Profile”) é um instrumento validado no Brasil que esclarece a auto- percepção do indivíduo a respeito da sua condição e satisfação pessoal em relação aos efeitos da saúde bucal na sua vida (Miotto & Barcellos, 2001; Cohen-Carneiro, 2010).

Conhecer as principais necessidades e perspectivas da população idosa pode contribuir para novos avanços em planejamentos de saúde bucal que visem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e de algumas enfermidades relacionadas, como a demência (Nunes, 2003; Friedlander et al., 2006).

O presente estudo teve por finalidade comparar o impacto da saúde bucal e seus efeitos na qualidade de vida de idosos sem demência e com demência leve assistidos no Centro de Medicina do Idoso (CMI) do Hospital Universitário de Brasília, Brasil, a partir do OHIP-14.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado na cidade de Brasília, Distrito Federal, durante o período de outubro de 2009 a junho de 2010 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília sob o protocolo 043/2008, respeitando todas as considerações éticas vigentes. Todos os indivíduos idosos sem demência e os responsáveis legais pelos indivíduos com demência assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi composta por 40 idosos, sendo 25 sem demência e 15 com diagnóstico de demência leve (Alzheimer) com idade acima de 60 anos e assistidos no Hospital Universitário de Brasília.

Quinze idosos com demência leve, diagnosticados por meio do Mini-Exame do Estado Mental (avaliação cognitiva), da escala Clinical Dementia Rating (CDR) e da Avaliação Geriátrica Objetiva (AGO) (Almeida, 1998; Nitrini et al, 2005; Maciel Jr et al., 2005), entre 60 e 85 anos de e 25 idosos sem demência, na mesma faixa etária foram incluídos na pesquisa. Foram excluídos idosos com demência moderada e avançada, semi e dependentes, por serem pouco colaboradores.

O questionário OHIP-14 validado para a língua portuguesa (Oliveira & Nadanovsky, 2005) foi aplicado individualmente aos idosos sem demência e aos cuidadores dos idosos com demência leve, por um único avaliador.

Todos os sujeitos foram submetidos ao exame físico intra-bucal, através do qual foi realizado o levantamento do índice CPOD por um único avaliador.

Para o cálculo do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, utilizaram-se pontuações pré-estabelecidas para cada uma das respostas do OHIP-14 (Tabela 1), seguindo o método ponderado padronizado (Miotto & Barcellos, 2001; Barbieri & Rapoport, 2009; Cohen-Carneiro et al., 2010).

Tabela 1 - Perfil de Impacto na saúde bucal / OHIP-14 (“The Oral Health Impact Profile”)

Nos últimos 06 meses, por causa de problemas com seus dentes ou sua boca:	Nunca 0 ponto	Raramente 01 ponto	Às vezes 02 pontos	Frequentemente 03 pontos	Sempre 04 pontos
1- Você teve problemas para falar alguma palavra? – peso x 0,51					
2 – Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado? – peso x 0,49					
3 – Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? – peso x 0,34					
*** 4 – Você sentiu incomodado ao comer algum alimento? – peso x 0,66					
5-Você ficou preocupado? – peso x 0,45					
6-Você sentiu estressado? – peso x 0,55					
7- Sua alimentação ficou prejudicada? – peso x 0,52					
8 – Você teve que parar suas refeições? – peso x 0,48					

9 – Você encontrou dificuldade para relaxar? – peso x 0,60					
10 – Você se sentiu envergonhado? – peso x 0,40					
11 – Você ficou irritado com outras pessoas? – peso x 0,62					
12 – Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias? – peso x 0,38					
13 – Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? – peso x 0,59					
14 – Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? – peso x 0,41					

*** O valor de cada questionamento será multiplicado pelo peso de cada pergunta

*** A soma de todas as perguntas corresponde ao grau de percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo, variando de 0 a 28.

A pontuação final do OHIP-14 é obtida através da soma dos valores de cada pergunta, com valor total que pode variar de 0 (zero) a 28 pontos, sendo que a pontuação final está diretamente proporcional à percepção do impacto da saúde bucal pelo indivíduo (Miotto & Barcellos, 2001; Barbieri & Rapoport, 2009; Cohen-Carneiro et al., 2010).

Os dados foram analisados a partir de regressões múltiplas para avaliar o efeito da demência e dos componentes do CPOD sobre os valores totais do OHIP-14 e em especial, sobre a dificuldade na alimentação. Uma transformação raiz quadrada foi utilizada na variável dependente (OHP-14) de forma a garantir que as suposições do modelo (normalidade e variância constante) fossem atendidas.

Para a aplicação do modelo estatístico, decidiu-se agrupar as categorias de respostas "nunca e raramente" e "às vezes, frequentemente e sempre". Toda a análise estatística foi feita no programa SAS 9.2 for Windows.

RESULTADOS

O fato de o idoso pertencer ao grupo com demência ou sem demência não foi estatisticamente relacionado aos valores totais do OHIP-14 ($p=0,5299$). Entretanto, a variável número de dentes obturados, independentemente do grupo, com ou sem demência, foi marginalmente relacionada de forma inversa com os resultados do OHIP-

14 (0,0701). Ou seja, para cada aumento de um dente obturado o OHIP-14 decresce em média 0,065 unidades.

Em relação à percepção da dificuldade e/ou incômodo na capacidade de alimentação, não houve diferença estatística entre as respostas quando os dois grupos de idosos foram comparados ($p=0,5879$). Porém, a variável número de dentes obturados foi estatisticamente associada com a dificuldade na alimentação ($p=0,0351$). É o mesmo que dizer que para cada aumento de um dente obturado a chance de que o idoso não tenha dificuldade na alimentação aumenta em 1,566.

DISCUSSÃO

O aumento do número de idosos na população brasileira deve refletir nas atividades de saúde a serem planejadas. O conhecimento das principais necessidades, desejos, ambições e sugestões da população idosa em geral, a respeito da promoção da qualidade de vida, obrigam todo o sistema de saúde e profissionais a se capacitarem para desenvolver programas específicos que visem o bem estar do idoso (Shinkai & Del Bel Cury, 2001; Martins et al., 2008).

A avaliação da percepção do indivíduo e autoproteção a respeito da sua condição bucal e a conseqüente repercussão destes fatores na qualidade de vida, são considerados instrumentos qualitativos de se investigar a satisfação destes, em relação à sua própria saúde (Gonçalves et al., 2004; Batista et al., 2008; Barbieri & Rapoport, 2009). Tais instrumentos, que têm por objetivo mensurar as reais necessidades de um determinado grupo de pessoas, são considerados complementares aos indicadores clínicos usados rotineiramente (dados epidemiológicos) para fazer com que as informações obtidas possam ser utilizadas em programas educativos, preventivos e curativos (Mendonça et al., 2010).

Dentre os instrumentos disponíveis, optou-se por trabalhar com o OHIP-14, por ser um método de avaliação bastante empregado na literatura (Locker, 1997a; Locker, 1997b; Gonçalves et al., 2004; John et al., 2006; Awad et al., 2008; Barbieri & Rapoport, 2009; Cohen-Carneiro et al., 2010), validado para a língua portuguesa (Miotto & Barcellos, 2001; Oliveira & Nadanovsky, 2005) e de simples aplicação. Neste

aspecto, considerando indivíduos com demência, acredita-se que esta investigação seja pioneira, o que dificultou a comparação dos nossos dados com outros estudos nesta mesma população.

Tradicionalmente, o OHIP-14 é aplicado diretamente ao indivíduo do qual se quer extrair as informações. Entretanto, considerando as limitações do idoso com demência e a importância do cuidador na vida deste, optou-se por aplicar o questionário ao cuidador de cada um dos idosos com demência. Sabe-se que o cuidador exerce um papel fundamental na prevenção das doenças bucais e no reforço ao estímulo de cuidados de higienização (Barbieri & Rapoport, 2009) Neste contexto, acredita-se que o ele seja o melhor referencial para a percepção da saúde bucal deste indivíduo.

Nossos resultados mostraram que o valor total do OHIP-14 indicou haver uma tendência de que a presença de dentes obturados, tanto nos idosos sem e com demência leve, diminuiu a percepção negativa destes indivíduos em relação à saúde bucal. Ressalta-se que talvez, mais importante que a variável "obturado", tenha sido o fato de o dente estar presente, pois, na sua maioria, a presença do dente estava diretamente associado à presença de uma restauração. Este fato pode ser reforçado por estudos prévios (Gonçalves et al., 2004; Batista et al., 2008; Martins et al., 2008; Awad et al., 2008; Barbieri & Rapoport, 2009; Mendonça et al., 2010; Cohen-Carneiro et al., 2010), nos quais idosos desdentados totais ou com o maior número de dentes perdidos estavam mais insatisfeitos. Desta forma, pode-se afirmar que a presença de dentes restaurados ou hígidos de indivíduos sem e com demência leve interferem positivamente na qualidade de vida destes idosos.

Uma vez que não houve diferença nas respostas ao OHIP-14 entre os grupos, que houve uma tendência de que os dentes obturados interferiam nas respostas e que a questão 4 do OHIP-14, referente à alimentação é a de maior peso, resolveu-se avaliar todos os idosos em conjunto, considerando a pergunta 4 versus dentes obturados. O modelo acima descrito demonstrou haver associação significativa entre as duas variáveis. A presença de dentes obturados está relacionada ao menor grau de dificuldade mastigatória. Tal achado enfatiza o importante papel da estrutura dentária de maneira funcional e que a perda dos dentes reflete diretamente na percepção do indivíduo à respeito da qualidade de vida a partir da saúde bucal.

Nossos achados enfatizam a importância da inclusão de outros métodos, que não apenas os de investigação epidemiológica em programas de saúde pública, para que se possa correlacionar saúde bucal à qualidade de vida, já que é nítida a interferência da primeira sobre a segunda. Desta forma, é possível o planejamento de ações educativas que possam responder aos anseios e as necessidades da população idosa em geral.

CONCLUSÕES

A percepção da qualidade de vida em relação à saúde bucal foi semelhante para ambos os grupos. Embora, o número de dentes obturados não tenha interferido no impacto sobre a saúde bucal de maneira geral, esta variável foi inversamente associada à dificuldade na alimentação dos sujeitos avaliados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, 2007; 4(17): 135-140.
2. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Eisntein*, 2008; 6(sup11): S4-S6.
3. Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 110-1.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050*. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2004: 82p.
5. Locker D. Concepts of oral health, disease and quality of life. *J Epidemiol*, 1997; 24(3): 85-89.
6. Locker D. Subjective oral status indicators. *Community Dent Health*, 1997; 27(3): 257-270.

7. Biazevic MG. Indicadores subjetivos em saúde bucal: uma revisão sistemática. Dissertação de mestrado em Deontologia e Odontologia Legal. Faculdade de Odontologia da universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
8. Barbieri CH, Rapoport A. Evaluation of the quality of life of patients rehabilitated with implant-muco-supported prosthesis and total conventional prosthesis. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*, 2009; 38(2): 84-87.
9. Gonçalves JR, Wassall T, Vieira S, Ramalho AS, Flório FM. The impact of dental health in the life quality between men and women. *Rev Gaucha Odonto*, 2004; 52(4): 240-242.
10. Shinkai RS, Del Bel Cury AA. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saúde Pública*, 2000; 16(4): 1099-1109.
11. Batista ALA, Barbosa ECS, Godoy GP, Catão MHCV, Lins RDAU, Maciel SML. Avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no município de Campina Grande – PB. *Odontologia Clin Cientif*, 2008; 7(3): 203-208.
12. Miotto MHMB, Barcellos LA. Uma revisão sobre indicador de saúde bucal “Oral health Impact Profile” OHIP. *UFES Rev Odontol*, 2001; 3: 32-38.
13. Cohen-Carneiro F, Rebelo MAB, Souza-Santos R, Ambrosano GMB, Salino AV, Pontes DG. Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. *Cad Saúde Pública*, 2010; 26(6): 1122-1130.
14. Nunes LM, Portella MR. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. *Boletim da Saúde*. 2003; 17(2): 109-21.

15. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc* , 2006; 137: 1240-51.
16. Almeida, OP. Miniexame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998; 56(3-B): 605-612.
17. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 63(3-A): 720-727.
18. Maciel Jr JA, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer, avaliação cognitiva e funcional: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 63(3-A): 720-7.
19. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile – Short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33: 307-314.
20. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):81-92.
21. Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res*. 1995; 74(7):1408-1413.
22. Cibirka RM, Razzoog M, Lang BR. Critical evaluation of patient responses to dental implant therapy. *J Prosthet Dent*. 1997; 78(6):574-581.

23. Mendonça BMC, Cimões R, Araújo ACS, Caldas Jr AF, Silva PV. Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividades diárias: estudo piloto. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):775-784.
24. John MT, Miglioretti DL, LeResche L, Koepsell TD, Hujoel P, Micheelis W. German short forms of the Oral Health Impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006; 34:277-288.
25. Awad M. Al-Shamrany M, Locker D, Allen F, Feine J. Effect of reducing the number of items of the Oral Health Impact Profile on responsiveness, validity and reliability in edentulous populations. *Community Dent oral Epidemiol*. 2008; 36:12-20.

CAPÍTULO IV: Resumo, Abstract, Discussão Geral, Considerações

Finais e Perspectivas

RESUMO

Objetivo: comparar o estado de saúde bucal, tendo como referência o índice CPOD, de idosos com demência leve e sem demência e avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida destes idosos a partir do OHIP-14 (“The oral Health Quality Profile”).

Materiais e Métodos: A amostra foi composta por 15 idosos dementes leves e 25 idosos sem demência, entre 60 e 85 anos de idade, assistidos no Hospital Universitário de Brasília. Os dados gerais e as informações referentes ao quadro de saúde foram obtidos através de prontuários e entrevistas. O questionário OHIP-14 foi aplicado a todos os idosos sem demência e aos cuidadores dos idosos com demência. Em seguida, foi realizado levantamento do CPOD e a utilização de próteses dentárias, através do exame físico intra-bucal por um único examinador calibrado. O teste ANOVA foi utilizado para comparação das médias de CPOD entre os grupos em função das co-variáveis renda e escolaridade. Comparações múltiplas com ajustamento de Bonferroni foram empregadas quando diferenças entre os grupos eram detectadas. Para avaliar o efeito da demência e dos componentes do CPOD sobre os valores totais do OHIP e em especial, sobre a dificuldade na alimentação, regressões múltiplas foram utilizadas.

Resultados: Valores médios elevados de CPOD foram encontrados para os idosos sem e com demência, 25,48 e 21,73, respectivamente. Ajustando-se os efeitos da renda e da escolaridade a diferença dos valores do CPOD foi estatisticamente significativa ($p=0,0351$). O componente P foi mais prevalente entre os idosos sem demência, o que refletiu num número de desdentados totais maior neste grupo. Entretanto, a utilização de próteses foi semelhante entre os idosos com e sem demência. Em ambos os grupos, a hipertensão arterial foi a doença sistêmica mais prevalente. A variável grupo - sem e com demência leve - não foi estatisticamente relacionada com os valores de OHIP-14 ($p=0,5299$). Entretanto, a variável número de dentes obturados mostrou-se marginalmente relacionada com o OHIP de forma inversa. A dificuldade na alimentação foi analisada de forma separada e os resultados mostraram, mais uma vez, não haver diferença estatística entre idosos com e sem demência ($p=0,5879$). Porém, o número de dentes obturados foi estatisticamente associado a um menor incômodo durante a alimentação ($p=0,0351$). **Conclusão:** Os valores altos de CPOD encontrados tanto para idosos com e sem demência reflete a história pregressa dos indivíduos, na qual predominou opções de tratamentos mutiladores. Fatores sócio-econômicos interferiram na prevalência e distribuição dos componentes do CPOD entre os idosos. Tal fato pode ser reflexo da dificuldade de acesso destes indivíduos aos serviços odontológicos. A percepção da qualidade de vida em relação à saúde bucal foi semelhante para ambos os grupos. Embora, o número de dentes obturados não tenha interferido na percepção dos idosos sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, esta variável foi inversamente associada à dificuldade na alimentação dos sujeitos avaliados.

Palavras-chave: Demência, Qualidade de vida, Saúde bucal, Alzheimer, CPOD

ABSTRACT

Aim: to compare the oral health status through the DMF-T index, from elderly people with slight dementia and without dementia and to assess the impact of oral health at the quality of life of these people, using the OHIP-14 (The oral Health Quality Profile). **Material and Methods:** The sample was comprised of 15 elderly with slight dementia and 25 elderly without dementia, between 60 and 85 years-old, referred to the Brasília University Hospital. The general information and those regarding the general health were retrieved from the medical records and through interviews. The OHIP-14 questionnaire was applied to all elderly without dementia and to the caregivers of the elderly with dementia. In the sequence, the DMFT and the use of prosthesis were recorded by the same calibrated examiner. The ANOVA test was used to compare the mean DMFT between the groups considering the co-variables income and school level. Multiple comparisons with Bonferroni adjustment were applied when differences between the groups were detected. To assess the dementia and the DMFT components effect on the total values of the OHIP, and in special, on eating difficulty, multiple regressions were used. **Results:** High mean DMFT were found for the two elderly groups, 25.48 and 21.73, respectively. The difference between the mean DMFT was statistically significant ($p= 0.0351$) after adjusting the model, considering the variables income and school level. The M component was more prevalent amongst the elderly without dementia, what can explain the highest number of total edentulous in this group. However, the use of prosthesis was similar in both groups. The hypertension was the most prevalent disease for all elderly. The group variable - with or without slight dementia - was not statistically related to the OHIP-14 values ($p=0.5299$). Nevertheless, the variable number of restored teeth showed a tendency to be inversely related to the OHIP. The eating difficult was analyzed separately and the results showed, once more, that there was no statically difference between the elderly with and without dementia ($p=0.5879$). However, the number of restored teeth was statistically associated with less difficulty in eating ($p=0.0351$). **Conclusions:** The high values of DMFT found for both groups are a consequence of their dental history, in which drastic options of treatment were selected. Socio-economic factors interfered on the DMFT prevalence and distribution of its components. This fact can be the consequence of having problems in getting access to the dental services. The perception of life quality in regard to oral health was similar for both groups. Though the number of restored teeth did not interfere on the perception of the impact of oral health on quality of life, this variable was inversely associated with difficulty in eating.

Keywords: Dementia, Quality of Life, Oral Health, Alzheimer, DMFT

DISCUSSÃO GERAL

O envelhecimento da população brasileira já é considerado uma realidade evidenciada por estudos demográficos e projeções populacionais realizadas para as próximas décadas.

O aumento do número de idosos requer uma transformação da sociedade, uma vez que esta população possui características e especificidades próprias da idade. Entre estas se destaca a ocorrência de enfermidades comuns ao indivíduo idoso. Faz-se necessária, portanto, a capacitação de profissionais, dos mais diversos setores da sociedade, para melhor atender as demandas deste público.

A prevalência dos quadros demenciais aumenta exponencialmente com a idade, atingindo 20% dos idosos acima dos 80 anos. A doença de Alzheimer é responsável por parte das demências, além das causas vasculares. Trata-se de uma desordem neurodegenerativa que atinge o Sistema Nervoso Central em que o indivíduo levando a perda da memória, cognição e dificuldade em manter cuidados pessoais adequados, inclusive a higiene bucal.

A presente investigação reforçou que a condição sócio-econômica e a escolaridade são fatores que comprometem a saúde bucal, independente da presença do quadro de demência. A falta de conhecimento a respeito das implicações negativas do mau funcionamento do sistema estomatognático sobre a saúde em geral, a falta de recursos para buscar atendimento odontológico qualificado na rede privada e a inexistência de programas de promoção de saúde bucal direcionados a este público, contribuem de forma significativa para o cenário atual.

A renda e a escolaridade foram fatores que interferiram sobre a saúde bucal dos idosos avaliados. Observou-se que os idosos com maior disponibilidade de recursos e maior grau de instrução, apresentaram menor índice de dentes perdidos e um número superior de dentes obturados.

Os resultados mostraram que na amostra estudada existe correlação entre a demência e o índice CPOD considerando os fatores renda familiar e grau de escolaridade. Nos indivíduos portadores de demência leve, que apresentaram uma condição econômica superior e nível de escolaridade maior em relação aos idosos sem demência, a perda dentária foi menor, associada a um número maior de dentes obturados, mostrando que esses indivíduos foram submetidos a tratamentos odontológicos passados.

A alta prevalência de dentes perdidos na população pesquisada, assim como ocorre na população idosa brasileira de maneira geral, reflete a filosofia de manejo da cárie dentária praticada no Brasil no passado, na qual a mutilação dentária era a solução para casos que hoje seriam tratados através de métodos mais conservadores. Provavelmente seja esta a explicação da ausência do impacto da demência ou do uso de medicações sobre o CPOD dos idosos que participaram desta pesquisa.

A percepção da população sobre a perda dos dentes como fator esperado e decorrente do envelhecimento precisa ser modificada por meio da educação e promoção da saúde. Para tanto, sugere-se programas públicos especializados, capacitação profissional e reestruturação das ações em saúde a fim de contribuir para este fim.

Outro fato que merece ser ressaltado é a percepção da qualidade de vida em relação à saúde bucal. Em todos os idosos estudados, o relato de menor dificuldade de alimentação está relacionado ao maior número de dentes obturados, portanto os dentes presentes na boca.

A despeito dos resultados encontrados no presente trabalho, é possível que estudos futuros possam reavaliar a relação entre quadros demenciais e saúde bucal, visto que o declínio da cárie na atualidade tem sido evidenciado pelos levantamentos epidemiológicos. Portanto, a situação futura dos idosos será o reflexo das políticas preventivas de saúde bucal da atualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

Neste estudo não se conseguiu observar o impacto da demência sobre a saúde bucal, o que pode ser explicado pela falta de ações preventivas em Odontologia no passado, fato que gera influência na população idosa atual de forma indistinta. Desta forma, considera-se como perspectiva de trabalho futuro a realização de novos estudos epidemiológicos abordando a temática saúde bucal em idosos, particularmente os portadores de demência.

A situação da saúde bucal dos idosos na atualidade brasileira é de alta gravidade, considerando a história pregressa odontológica destes, apontando a falha da Odontologia em atuar de forma preventiva. Infelizmente a perda dentária é associada ao processo do envelhecimento como um processo natural e decorrente deste pela maioria da população. Em verdade, os fatores relacionados ao envelhecimento têm pouco impacto sobre a saúde bucal, particularmente sobre a perda dentária.

As perspectivas futuras apontam para o aumento da população idosa no Brasil, e espera-se que a presença de um maior número de dentes seja a situação encontrada, visto que nas últimas décadas a prevalência de cárie tem diminuído nos jovens atuais.

Portanto, os profissionais deverão estar preparados para atender a esse público, que apresenta características e necessidades específicas, envolvendo abordagem multidisciplinar a fim de atingir a promoção da saúde e conseqüentemente qualidade de vida associada ao envelhecimento.

ANEXOS

ANEXO 1 - Artigo 1 publicado : “Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia” - Revista Gaúcha de Odontologia (RGO), Porto Alegre, ISSN, v.58, n.1, p.103-107, jan./mar., 2010.

**ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética em
Pesquisa da Faculdade de Medicina da
Universidade de Brasília (Artigos 2 e 3)**

ANEXO 3 - Termos de consentimento livre e esclarecido (Artigos 2 e 3) - Idosos sem demência e Idosos com demência (Paciente portador de alguma deficiência mental da velhice)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Paciente Idoso

Eu,
portador da carteira de..... emitida pela.....
número....., fui convidado(a) a participar da pesquisa "Avaliação da condição bucal de pacientes portadores de demência senil assistidos no Centro de Medicina do Idoso, Hospital Universitário, Brasília-DF".

Fui informado (a) a respeito de todas as etapas realizadas nessa pesquisa. Fui esclarecido (a) que não passarei por nenhum tratamento odontológico de caráter traumático e que não terei desconfortos insuportáveis e nem riscos possíveis.

Estou ciente de que serei submetido a uma avaliação da cavidade bucal e da condição salivar sem prejuízos à minha saúde e que tenho a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa.

A avaliação que será feita não envolve custos para mim e participarei da pesquisa caso eu queira, sem que haja qualquer prejuízo no meu atendimento no Centro de Medicina do Idoso(HUB-UnB) e que posso retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Fui informado a respeito das principais maneiras de proporcionar saúde bucal como orientações de higienização bucal, quanto à dieta, adequação do meio bucal, orientações em buscar profissionais capacitados para a realização de qualquer procedimento clínico, se necessário, e monitoramento da minha pessoa enquanto participar do estudo, sem custo algum.

Consequentemente, serei beneficiado com tais orientações odontológicas e que os futuros pacientes do Centro de Medicina do Idoso e de outros Centros de Assistência Geriátrica receberão os conhecimentos que se obtiverem na pesquisa.

Declaro que estou ciente e concordo que os pesquisadores utilizem as informações e dados referentes ao caso, mantida a privacidade pessoal e o sigilo, para fins de estudo e aprendizado, apresentações em congressos, publicação em livros e revistas científicas e outras atividades científicas, tanto no país quanto no exterior, respeitada toda legislação vigente.

Comprometo-me a cumprir as datas de retorno estabelecidas, se necessário, pelo cirurgião-dentista autor da pesquisa a fim de acompanhar e colaborar com tal estudo.

Assinatura do paciente

Alexandre Franco Miranda
Centro de Medicina do Idoso – HUB,UnB
3233-9805(residencial), 8449-3363, 8136-9896
alexandrefmiranda@hotmail.com

COMITÊ ÉTICA E PESQUISA–FACULDADE DE MEDICINA–UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA(CEP-FM-UnB): 3307 - 2276

Brasília, DF de de.....

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Paciente Portador de Alguma Deficiência Mental da Velhice

Eu,..... portador da carteira de..... emitida pela....., número....., responsável legal do paciente portador de alguma deficiência mental da velhice, , aceito o convite de colaborar com a pesquisa "Avaliação da condição bucal de pacientes portadores de demência senil assistidos no Centro de Medicina do Idoso, Hospital Universitário, Brasília-DF".

Fui informado (a) que o idoso portador de demência , sob minha responsabilidade legal, participará da pesquisa acima citada. Fui esclarecido (a) que o idoso não passará por nenhum tratamento odontológico de caráter traumático e que não terá desconfortos insuportáveis e nem riscos possíveis.

Estou ciente de que o idoso que sou responsável será submetido a uma avaliação da cavidade bucal e da condição salivar sem prejuízos à saúde do mesmo e que tenho a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa.

A avaliação que será feita não envolve custos para mim e o idoso só irá participar da pesquisa caso eu autorize, sem que haja qualquer prejuízo no atendimento do mesmo no Centro de Medicina do Idoso(HUB-UnB) e que posso retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Fui informado a respeito das principais maneiras de proporcionar saúde bucal ao idoso que sou responsável como orientações de higienização bucal, quanto à dieta, adequação do meio bucal, orientações em buscar profissionais capacitados para a realização de qualquer procedimento clínico, se necessário, e monitoramento do mesmo enquanto participar do estudo, sem custo algum.

Consequentemente, beneficiarei o indivíduo que sou responsável com tais orientações odontológicas e que os futuros pacientes do Centro de Medicina do Idoso e de outros Centros de Assistência Geriátrica receberão os conhecimentos que se obtiverem na pesquisa.

Declaro que estou ciente e concordo que os pesquisadores utilizem as informações e dados referentes ao caso, mantida a privacidade pessoal e o sigilo, para fins de estudo e aprendizado, apresentações em congressos, publicação em livros e revistas científicas e outras atividades científicas, tanto no país quanto no exterior, respeitada toda legislação vigente.

Comprometo-me a cumprir as datas de retorno estabelecidas, se necessário, pelo cirurgião-dentista autor dessa pesquisa a fim de acompanhar a avaliação feita no paciente idoso e colaborar com tal estudo.

Assinatura do responsável legal

Alexandre Franco Miranda
Centro de Medicina do Idoso – HUB,UnB
3233-9805(residencial), 8449-3363, 8136-9896
alexandrefmiranda@hotmail.com

COMITÊ ÉTICA E PESQUISA–FACULDADE DE MEDICINA–UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA(CEP-FM-UnB): 3307 - 2276

Brasília, DF de de.....

**ANEXO 4 - Ficha individualizada para o Exame
Clínico - Idosos sem e com demência**

FICHA DE EXAME CLÍNICO
Exame clínico do aparelho estomatognático

Nº

Nome do Paciente:

Gênero:

Cor da pele:

Data de Nascimento:

Idade:

Responsável Legal:

Parentesco:

Endereço residencial:

Cidade:

UF:

Telefones:

* **Grau de instrução** (*anos cursados na escola*): _____ anos

* **Renda familiar**

() menos de 2 salários mínimos () entre 2 e 5 salários mínimos () mais de 05 salários mínimos

* **Cuidador:** presente () ausente ()

* **Acompanhamento profissional da saúde:**

Médico () Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo () Psicólogo () Nutricionista () Assistente social ()

* **Alimentação:** pastosa () sólida () mista ()

* **Higienização bucal:** COM Auxílio SEM Auxílio

- Saburra lingual:

- Frequência:

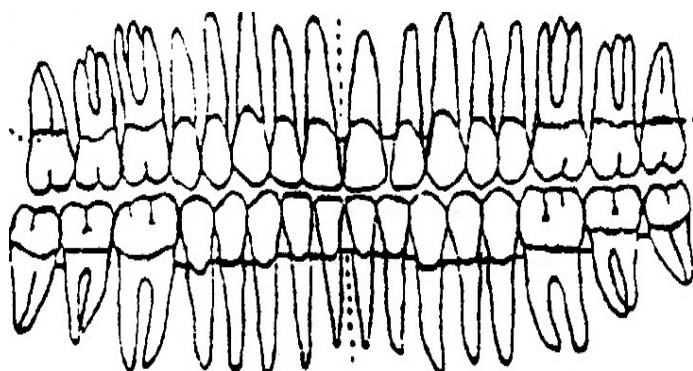
*** **OBSERVAÇÕES:**

* **EXAME EXTRA-ORAL:** _____



* **EXAME INTRA-ORAL:**

OBSERVAÇÕES:



OBSERVAÇÕES:

*** **CPO-D:**



Usa prótese? **SIM NÃO**

Qual prótese?

AVALIAÇÃO DAS FICHAS CLÍNICAS INDIVIDUALIZADAS DO
CENTRO DE MEDICINA DO IDOSO

Nº

PRÓPRIA FICHA DO CENTRO DE MEDICINA DO IDOSO

Nome do Paciente: _____ .

Idade: _____ anos.

**** Alteração(ões) Sistêmica(s):**

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

**** Medicação:**

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

**** Frequência de uso (dosagem):**

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

**** Tempo de uso:**

CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE DEMÊNCIA

(PADRONIZADA pelo próprio Centro de Medicina do Idoso) : _____

***** OBSERVAÇÕES:**

ANEXO 5 - Índice OHIP- 14 (*Oral Health Impact Profile*) - versão validada para a língua portuguesa - aplicado aos Idosos sem demência e aos Cuidadores dos Idosos com demência leve

“PERFIL DE IMPACTO NA SAÚDE ORAL” – OHIP-14

Nos últimos 06 meses, por causa de problemas com seus dentes ou sua boca:	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1 . Você teve problemas para falar alguma palavra?					
2 . Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?					
3 . Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4 . Você sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?					
5 . Você ficou preocupado(a)?					
6 . Você se sentiu estressado?					
7 . Sua alimentação ficou prejudicada?					
8 . Você teve que parar suas refeições?					
9 . Você encontrou dificuldade para relaxar?					
10 . Você se sentiu envergonhado?					
11 . Você ficou irritado(a) com outras pessoas?					
12 . Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?					
13 . Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?					
14 . Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?					

“PERFIL DE IMPACTO NA SAÚDE ORAL” – OHIP-14

CÁLCULO / OHIP-14 (Método Ponderado Padronizado)

OLHAR TABELA COM OS VALORES JÁ CALCULADOS !!!

***RARAMENTE* = 01 ponto**

***ÀS VEZES* = 02 pontos**

***FREQUENTEMENTE* = 03 pontos**

***SEMPRE* = 04 pontos**

***NÃO SABE* = EXCLUSÃO (DE TODO FORMULÁRIO)**

***** O VALOR DE CADA QUESTIONAMENTO SERÁ MULTIPLICADO PELO PESO DE CADA PERGUNTA:**

PERGUNTA 1: x 0,51 =

PERGUNTA 8: x 0,48 =

PERGUNTA 2: x 0,49 =

PERGUNTA 9: x 0,60 =

PERGUNTA 3: x 0,34 =

PERGUNTA 10: x 0,40 =

PERGUNTA 4: x 0,66 =

PERGUNTA 11: x 0,62 =

PERGUNTA 5: x 0,45 =

PERGUNATA 12: x 0,38 =

PERGUNTA 6: x 0,55 =

PERGUNTA 13: x 0,59 =

PERGUNTA 7: x 0,52 =

PERGUNTA 14: x 0,41 =

A SOMA DE TODAS AS PERGUNTAS CORRESPONDE AO GRAU DE PERCEPÇÃO DO IMPACTO PELO INDIVÍDUO, VARIANDO DE 0 (ZERO) A 28.

**ANEXO 6 - Resultados da aplicação do Índice
OHIP- 14 (*Oral Health Impact Profile*) - versão
validada para a língua portuguesa - aplicado aos
Idosos sem demência e aos Cuidadores dos
Idosos com demência leve**

SEM DEMÊNCIA

	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3	Pergunta 4	Pergunta 5	Pergunta 6	Pergunta 7
1	1	2	2	3	4	2	2
2	0	0	2	1	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
4	1	0	2	2	2	2	0
5	0	0	0	0	0	0	0
6	2	2	1	1	0	1	0
7	0	0	1	0	0	0	0
8	2	0	2	0	2	0	0
9	0	0	2	2	2	4	2
10	0	2	2	2	1	0	2
11	3	4	2	2	2	4	4
12	2	0	0	2	0	2	0
13	0	0	2	2	0	0	0
14	0	1	2	2	2	0	2
15	0	0	2	2	2	0	0
16	0	0	2	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	2	0
18	4	4	2	2	2	2	3
19	0	0	2	0	2	1	0
20	0	0	0	2	2	0	0
21	0	0	2	2	2	2	2
22	0	0	0	2	2	2	0
23	0	4	2	0	0	2	2
24	0	0	0	0	2	0	0
25	0	0	2	4	0	0	0

Pergunta 8	Pergunta 9	Pergunta 10	Pergunta 11	Pergunta 12	Pergunta 13	Pergunta 14
4	2	4	1	0	2	0
1	0	2	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
1	0	2	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	3	0	0	2	0
0	1	4	0	0	2	0
1	0	0	0	0	0	0
2	2	2	0	0	4	0
0	0	4	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	2	0	2	2
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0

0	0	2	0	0	2	0
2	0	4	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0
0	2	0	0	0	0	1
2	0	0	0	4	2	0
2	0	0	0	0	2	0
0	0	0	0	0	0	0

COM DEMÊNCIA (CUIDADORES)

	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3	Pergunta 4	Pergunta 5	Pergunta 6	Pergunta 7
1	1	0	2	2	0	0	1
2	0	0	2	2	0	0	0
3	2	0	2	2	0	0	2
4	2	0	2	2	0	0	0
5	0	0	2	2	0	0	0
6	0	0	3	3	0	0	2
7	0	0	4	2	2	0	2
8	0	0	2	0	0	0	0
9	0	0	2	3	0	1	0
10	0	0	0	0	2	2	0
11	1	0	0	0	1	1	1
12	0	0	0	0	2	0	0
13	0	2	2	0	0	2	0
14	2	0	0	0	0	2	0
15	0	0	2	0	0	0	0

Pergunta 8	Pergunta 9	Pergunta 10	Pergunta 11	Pergunta 12	Pergunta 13	Pergunta 14
0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	1	0
2	0	1	0	0	1	0
0	0	2	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	2	0
0	0	2	0	0	0	0
0	0	0	2	0	0	0
0	0	0	2	1	0	0
0	0	0	1	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0