

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM IDOSOS CADASTRADOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUL DO BRASIL – ESTUDO LONGITUDINAL

MARIANA SILVEIRA ECHEVERRIA¹; ISADORA SCHWANZ WUNSCH²;
CAROLINE DE OLIVEIRA LANGLOIS³; ALEXANDRE EMIDIO RIBEIRO SILVA⁴

¹ Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia –
mari_echeverria@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Odontologia – *isadora_s_w@hotmail.com*

³ Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Odontologia – *caroline.o.langlois@gmail.com*

⁴ Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-graduação em Odontologia –
aemidiosilva@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial (WHO, 2000). Por essa razão, a saúde do idoso tem despertado cada vez mais o interesse dos pesquisadores, que visam alternativas para o envelhecimento saudável e com qualidade de vida (ULINSKI et al., 2003).

Problemas de saúde bucal como cárie e doença periodontal são altamente prevalentes nessa população e as principais causas de perda dentária entre os idosos (CASTREJON-PEREZ et al., 2016; RICHARDS, 2013). No Brasil, de acordo com o último levantamento Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010, considerando os idosos de 65 a 74 anos, o índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) foi de 27,5, com o componente perdido correspondendo a 91,9% do índice (BRASIL, 2012). A más condições bucais podem afetar aspectos funcionais, psicológicos e sociais da vida diária e, por esse motivo, causam um impacto na qualidade de vida (LEON et al., 2014; LOCKER, 1996).

Já existe uma literatura consolidada que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos (CASTREJON-PEREZ et al., 2016; SAEZ-PRADO et al., 2016; STENMAN et al. 2012). No entanto, foram poucos os estudos (HA et al., 2012; GOIATO et al., 2012) que propuseram conhecer a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em uma população idosa em dois momentos da sua vida. Portanto, o objetivo desse estudo é descrever a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e testar a associação com variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde bucal em dois acompanhamentos (2009) e (2015) realizados com idosos assistidos por Unidades de Saúde da Família da área urbana do município de Pelotas-RS.

2. METODOLOGIA

Estudo longitudinal. As informações foram obtidas em dois acompanhamentos realizados em onze Unidades de Saúde da Família da área urbana de Pelotas –RS. O primeiro acompanhamento realizado de maio de 2009 a setembro de 2010. O segundo acompanhamento de abril de 2015 a maio de 2016. Fizeram parte do segundo acompanhamento os indivíduos participantes do primeiro acompanhamento, que foram localizados e aceitaram participar do estudo. A amostra do primeiro acompanhamento (2009) foi composta por 438 indivíduos de 60 anos ou mais assistidos por onze Unidades de Saúde da Família de Pelotas. A descrição da seleção da amostra pode ser encontrada em estudo prévio (SILVA et al., 2013). O segundo acompanhamento (2015) localizou 270 indivíduos (61,6%), sendo que destes, 57 faleceram, 30 mudaram de município e

19 se recusaram a participar das atividades. Ao final, foram reavaliados 161 idosos com a aplicação do questionário e realização do exame epidemiológico de saúde bucal.

Nos dois acompanhamentos (2009 e 2015) foi utilizado para a coleta de dados um questionário estruturado para obtenção das variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde geral e bucal e de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Para a obtenção das variáveis clínicas de saúde bucal um exame físico foi realizado por examinadores treinados e calibrados, segundo os critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997).

O impacto da saúde bucal relacionado à qualidade de vida, desfecho do estudo nos dois acompanhamentos, foi medido utilizando o OHIP-14. Para fins de análise, o escore OHIP-14 foi avaliado separadamente em cada um dos acompanhamentos (2009-2015) e foi criada uma variável considerando a diferença dos escores da QVRSB dos dois acompanhamentos.

Foram realizadas análises descritivas dos dois acompanhamentos (2009 e 2015) por meio de frequências absolutas e relativas, as variáveis de cada acompanhamento foram comparadas com o escore do OHIP-14 através de médias e desvios-padrão. Análises bivariadas foram realizadas por meio do teste Mann-Whitney com significância de 5%, comparando as sete dimensões e o escore final de cada acompanhamento. Por fim, foram realizadas análises de regressão linear múltipla bruta e ajustada considerando a diferença dos escores do OHIP-14 dos dois acompanhamentos. Para as análises foi utilizado o programa STATA 12.0.

O primeiro acompanhamento (2009) foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Campus Canoas sob o protocolo 2009-193H. O segundo acompanhamento (2015) foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas – UFPel sob o protocolo 102568. O termo de consentimento livre e esclarecido, em ambos os estudos, foi obtido de todos os participantes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao comparar a amostra dos dois estudos (2009 e 2015), observou-se que a maioria eram mulheres (68,3% e 73,7%), cor de pele branca (68,7% e 71,1%), com companheiro no primeiro acompanhamento (52,4%) e sem companheiro no segundo (54,9%), com até quatro anos de escolaridade (68,1% e 70,1%), não ativos (86,3% e 97,5%), com renda familiar superior a 1,5 salários mínimos (56,9% e 58,1%) e sem sintomas depressivos (81,7% e 71,5%). Com relação às variáveis relacionadas à saúde bucal (2009 e 2015), a maioria dos idosos não tinha nenhum dente natural (51,4% e 53,9%), usavam algum tipo de prótese dentária (84,7% e 86,3%) e necessitavam de algum tipo de prótese dentária (51,3% e 54,4%). Ao analisar as médias do OHIP-14 em cada um dos acompanhamentos (2009 e 2015), de acordo com as variáveis de exposição, observou-se que, as maiores médias eram dos homens, cor da pele não branca, com companheiro(a), com escolaridade de 5 a 7 anos em 2009 e de até 4 anos em 2015, ativos em 2009 e não ativos em 2015, com renda menor que 1,5 salários mínimos, com sintomas depressivos, com 1 a 10 dentes, não usando algum tipo de prótese dentária e necessitando de alguma prótese dentária em 2009 e não necessitando em 2015.

As dimensões do OHIP-14 de maior impacto encontradas no presente estudo nos dois acompanhamentos foram “Desconforto Psicológico” determinado pelo item preocupação por causa dos dentes, boca e dentadura e “Desconforto

Físico", determinado pelo item dificuldade para comer alimentos, essas dimensões já haviam sido identificadas como as que mais influenciam na QVRSB em estudos anteriores (SAEZ-PRADO et al., 2016; DAHL et al., 2011). A presença de desconforto ao comer está associada ao risco de desnutrição (GIL MONTOYA et al., 2015), já que a dificuldade durante a alimentação pode alterar a seleção dos alimentos, fazendo com que alimentos essenciais para uma boa nutrição sejam evitados (GIL MONTOYA et al., 2015; TSAKOS et al., 2012).

O aumento da média dos escores do OHIP-14 dos idosos que tiveram perda de dentes entre 2009 e 2015 quando comparado com quem não apresentou perdas dentárias no mesmo período foi um achado importante deste estudo. Esse resultado confirma através de dados longitudinais, os achados de estudos transversais que têm apontado que os idosos com menos dentes quando comparados com idosos com mais dentes apresentam maiores escores da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (CASTREJON-PEREZ et al., 2016; SAEZ-PRADO et al., 2016; DAHL et al., 2011; SANTUCCI, 2015). Atualmente existe uma preocupação em avaliar o impacto da perda dental, pois influencia diretamente na qualidade de vida deste grupo etário (CASTREJON-PEREZ et al., 2016). A qualidade de vida pode ser afetada pela diminuição das capacidades funcionais de mastigação e fonação, por prejuízos de ordem nutricional, estética e psicológica, com diminuição na autoestima e nas relações sociais (MOREIRA et al., 2011).

Um resultado interessante encontrado no presente estudo foi que 40,6% dos idosos participantes aumentaram a pontuação do OHIP-14 no segundo acompanhamento realizado em 2015. Poucos estudos avaliaram a QVRSB em uma população idosa em momentos distintos. Um estudo realizado na Coréia do Sul com 439 idosos avaliando a QVRSB após o recebimento de próteses dentárias constatou uma diminuição nas pontuações do OHIP-14 tanto dos idosos reabilitados com prótese parcial, quanto dos reabilitados com prótese total (HA et al., 2012). É possível que, apesar da ampliação dos recursos para implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária no Brasil (PUCCA et al., 2015), a disponibilidade de tratamentos de reabilitação protética no serviço público de saúde ainda não foi suficiente para suprir a alta demanda, o que pode ter sido um dos fatores que contribuiu para que não houvesse uma diminuição dos escores do OHIP-14 para um maior número de idosos avaliados neste estudo.

4. CONCLUSÕES

Os maiores impactos da QVRSB estavam relacionados as dimensões Desconforto Psicológico e Físico e os idosos que perderam algum dente entre 2009/2015 aumentaram as pontuações do OHIP-14. A perda dentária entre os acompanhamentos foi associada aos maiores escores do OHIP-14. Apesar dos avanços observados no âmbito da saúde bucal no Brasil, a criação de políticas públicas de saúde dirigidas a atenção odontológica desse público ainda são necessárias, uma vez que os resultados encontrados no estudo indicam que a condição de saúde bucal repercute na QVRSB e os dados longitudinais do estudo permitiram inferir que uma parcela considerável dos participantes relatou piora na QVRSB.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- CASTREJON-PEREZ, R.C., et al. Negative impact of oral health conditions on oral health related quality of life of community dwelling elders in Mexico city, a population based study. **Geriatr Gerontol Int**, v.17, n.5, p.744-752, 2016.
- DAHL, K.E., et al. Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trondelag, Norway. **Int J Dent Hyg**, v.9, n.1, p.87-92, 2011.
- GIL MONTOYA, J.Ò.A., et al. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.57, p.398-402, 2015.
- LEON, S., et al. (2014). Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. **BMC Oral Health**. doi: 10.1186/1472-6831-14-95
- LOCKER, D. & Jokovic, A. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.24, n.6, p.398-402, 1996.
- GOIATO, M.C., et al. Quality of life and stimulus perception in patients' rehabilitated with complete denture. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.39, n.6, p.438-445, 2012.
- HA, J.E., et al. The impact of the National Denture Service on oral health-related quality of life among poor elders. **J Oral Rehabil**, v.39, n.8, p.600-7, 2012.
- MOREIRA, R.d.S., et al. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.10, p.2041-2054, 2011.
- PUCCA, G.A., Jr., et al. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **J Dent Res**, v.94, n.10, p.1333-7, 2015.
- RICHARDS, D. Oral diseases affect some 3.9 billion people. **Evid Based Dent**, v.14, n.2, p.35, 2013.
- SAEZ-PRADO, B., et al. Oral health and quality of life in the municipal senior citizen's social clubs for people over 65 of Valencia, Spain. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.21, n.6, e672-e678, 2016.
- SILVA, A.E., et al. Oral health-related quality of life and associated factors in Southern Brazilian elderly. **Gerodontology**, v.32, n.1, p.35-45, 2013.
- SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.25, n.4, p.284-90, 1997.
- STENMAN, U., et al. Oral health-related quality of life--associations with oral health and conditions in Swedish 70-year-old individuals. **Gerodontology**, v.29, n.2, e440-6, 2012.
- TSAKOS, G., et al. Interpreting oral health-related quality of life data. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.40, n.3, p.193-200, 2012.
- SANTUCCI, D. & Attard, N. The Oral Health-Related Quality of Life in State Institutionalized Older Adults in Malta. **Int J Prosthodont**, v.28, n.4, p.402-11, 2015.
- ULINSKI, K.G., et al. (2003). Factors related to oral health-related quality of life of independent brazilian elderly. **Int J Dent**. doi:10.1155/2013/705047
- World Health Organization. **What is active ageing?** 2000. Acessado em setembro de 2016. Online Disponível em: http://www.who.int/ageing/active_aging/en/index.html
- World Health Organization. **Oral healthsurveys: basicmethods**. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.