

Wailda Marla de Macêdo Oliveira Mattos

Prevalência de candidose bucal em idosos
demenciados dependentes

Brasília
2015

Wailda Marla de Macêdo Oliveira Mattos

Prevalência de candidose bucal em
idosos demenciados dependentes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Erica Negrini Lia

Co-orientadora: Profa. Dra. Liliana Vicente Melo de Lucas Rezende

Brasília
2015

À minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela minha vida, por jamais ter me abandonado e sempre ter me socorrido trazendo-me paz interior em todos os momentos de aflição e dificuldade.

Aos meus pais por tudo o que fizeram por mim durante toda a minha vida, por todo trabalho, esforço, dedicação, e principalmente, por terem me ensinado a lutar e nunca desistir. Eles são o exemplo de vida que Deus poderia ter me dado.

Ao meu esposo Raphael, companheiro e amigo que me ajudou emocionalmente e financeiramente nesses quatro anos e meio de curso, dando-me força, dividindo comigo a tarefa de mãe em muitos dias de estudo e sempre acreditando que todo o nosso esforço valeria a pena.

Ao meu filho amado, que fez parte dessa história e que aos poucos foi compreendendo a importância de um grande sonho.

À minha orientadora Erica Negrini Lia pela orientação, por todos os ensinamentos passados, por sempre me tranquilizar em momentos de estresse e por confiar em meu trabalho.

À minha coorientadora Liliana Vicente Melo de Lucas Rezende, pela ajuda oferecida para a conclusão deste trabalho.

Aos professores Lucas Fernando Tabata, Cristine Miron Stefani por toda ajuda e otimismo passados durante os três anos no projeto de geriatria e por terem me recebido sempre de maneira muito gentil em todas às vezes que os procurei.

À minha dupla e amiga Roberta, com quem compartilhei momentos de tensão, alegria, descontração e companherismo. Vivemos momentos especiais que ficarão gravados para sempre em minha memória.

À todos os funcionários do Centro Multidisciplinar do Idoso, por terem me recebido muito bem.

À todos os professores e funcionários do departamento de Odontologia que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação.

EPÍGRAFE

“Tudo é possível àquele que crê”.

[Marcos 9,23]
Jesus Cristo

RESUMO

MATTOS, W.M.M.O. Prevalência de candidose bucal em idosos demenciados dependentes. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

A candidose é a infecção fúngica mais comum na boca. É frequente em idosos, particularmente entre os demenciados dependentes em função da dificuldade de higiene bucal dentre outros fatores. Os cuidadores são os responsáveis pelo auxílio prestado às atividades de vida diária do idoso, dentre elas, a higiene pessoal e têm papel fundamental na dispensação de cuidados, dentre eles os relacionados à saúde bucal. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência da candidose bucal em idosos demenciados dependentes e o perfil de seus cuidadores quanto às práticas de higiene bucal dispensadas. Foram avaliados 33 idosos com diagnóstico de demência, assistidos no Centro Multidisciplinar do Idoso do Hospital Universitário de Brasília e seus cuidadores. Os idosos foram submetidos ao exame físico intrabucal. A presença de comorbidades, a lista de medicamentos utilizados, e os escores do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e do Clinical Dementia Rating (CDR) foram coletados a partir dos dados do prontuário médico. Aos cuidadores foi aplicado um questionário próprio. Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como porcentagem. A prevalência de candidose entre os idosos foi de 24%. Dos cuidadores, 42% afirmaram não realizar a higiene bucal do idoso e 44% afirmaram não observar a boca do idoso com frequência. Ainda, 37% dos cuidadores não retiram a prótese do idoso durante o período de sono noturno. Idosos demenciados apresentam alta prevalência de candidose e nem sempre recebem auxílio de seus cuidadores para realização da higiene bucal.

Palavras-chave: Candidíase bucal; demência; higiene bucal; cuidadores.

ABSTRACT

MATTOS, W.M.M.O. Oral candidiasis prevalence dependent demented older people. 2015. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

The candidiasis is the most common fungal infection in the mouth. It is common in the older people, particularly between dependent demented people due to the difficulty of oral hygiene among other factors. Caregivers are responsible for the assistance provided to the daily life of the older people activities, among them, personal hygiene and plays a fundamental role in dispensing care, including those related to oral health. Given the above the objective of this study was determine the prevalence of oral candidiasis in dependent demented older people and the profile of their caregivers as oral hygiene practices. The amount of Thirty-three (33) older people demented patients of the Multidisciplinary Center of Older People at the University Hospital of Brasilia, and their caregivers were evaluated. The older people were submitted to intraoral physical examination. The presence of comorbidities, the list of drugs used and the scores of Mini Mental State Examination (MMSE) and the Clinical Dementia Rating (CDR) were collected from the medical records data. To the caregivers a questionnaire itself was applied. Data were expressed as mean and standard deviation or in percentage. The prevalence of candidiasis among seniors was 24%, with lesions located on the palate and lip commissure. 42% of caregivers said they did not perform the oral hygiene of the older people and 44% said they did not observe the mouth of the seniors frequently. Furthermore, 37% of caregivers do not remove the old prosthesis during the night sleep. Demented older people present a high prevalence of oral candidiasis and not always receive help from their caregivers to conduct oral hygiene.

Keywords: oral candidiasis; dementia; oral hygiene; caregivers.

SUMÁRIO

Artigo Científico	17
Folha de Título	19
Resumo	20
Abstract	22
Introdução.....	23
Materiais e Métodos	25
Resultados.....	27
Discussão	31
Conclusão.....	34
Referências	35
Anexo.....	38
Normas da Revista.....	38
Apêndice.....	44

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

MATTOS, W.M.M.O. Prevalência de candidose bucal em idosos demenciados dependentes. Apresentado sob as normas de publicação da Revista Gerodontology.

FOLHA DE TÍTULO

Prevalência de candidose bucal em idosos demenciados dependentes

Oral candidiasis prevalence dependent demented older people

Wailda Marla de Macêdo Oliveira Mattos¹

Erica Negrini Lia²

Liliana Vicente Melo de Lucas Rezende³

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Professora Associada I do Curso de Odontologia da Universidade de Brasília.

³ Professora Adjunta II do Curso de Odontologia da Universidade de Brasília.

Correspondência: Prof^a. Dr^a. Erica Negrini Lia

Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília – DF. E-mail: erica.lia@terra.com.br / Telefone: (61) 31071803

RESUMO

Prevalência de candidose bucal em idosos demenciados dependentes

Resumo

A candidose é a infecção fúngica mais comum na boca, frequente em idosos, particularmente entre os demenciados dependentes em função da dificuldade de higiene bucal dentre outros fatores. Os cuidadores são os responsáveis pelo auxílio prestado às atividades de vida diária do idoso, dentre elas, a higiene pessoal e têm papel fundamental na dispensação de cuidados, dentre eles os relacionados à saúde bucal. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência da candidose bucal em idosos demenciados dependentes e o perfil de seus cuidadores quanto às práticas de higiene bucal dispensadas. Foram avaliados 33 idosos com diagnóstico de demência, assistidos no Centro Multidisciplinar do Idoso do Hospital Universitário de Brasília e seus cuidadores. Os idosos foram submetidos ao exame físico intrabucal. A presença de comorbidades, a lista de medicamentos utilizados, e os escores do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e do Clinical Dementia Rating (CDR) foram coletados a partir dos dados do prontuário médico. Aos cuidadores foi aplicado um questionário próprio. Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como porcentagem. A prevalência de candidose entre os idosos foi de 24 %. Dos cuidadores, 42% afirmaram não realizar a higiene bucal do idoso e 44% afirmaram não observar a boca do idoso com frequência. Ainda, 37% dos cuidadores não retiram a prótese do idoso durante o período de sono noturno. Idosos demenciados apresentam alta prevalência de candidose bucal e nem sempre recebem auxílio de seus cuidadores para realização da higiene bucal.

Palavras-chave: Candidíase bucal; demência; higiene bucal; cuidadores.

Relevância Clínica

A identificação clínica da candidose bucal em idosos demenciados permite fornecer informações necessárias aos cuidadores dos idosos sobre as formas de prevenção e cuidados de saúde bucal.

ABSTRACT

Oral candidiasis prevalence dependent demented older people

Abstract

Candidiasis is the most common fungal infection in the mouth, particularly between dependent demented elderly due to the difficulty of oral hygiene among other factors. Caregivers are responsible for the assistance provided to the daily life of the older people activities, among them, personal hygiene and play a fundamental role in dispensing care, including those related to oral health. The objective of the study was to determine the prevalence of oral candidiasis in dependent demented elderly and the profile of their caregivers about the oral hygiene practices dispensed. Thirty-three demented dependent elderly patients of the Multidisciplinary Center of Older People at the University Hospital of Brasilia, and their caregivers were evaluated. Patients were submitted to intraoral physical examination. The presence of comorbidities, the list of drugs used and the scores of Mini Mental State Examination (MMSE) and Clinical Dementia Rating (CDR) were collected from the medical records data. A questionnaire was applied to the caregivers. Data were expressed as mean and standard deviation or in percentage. The prevalence of candidiasis among elderly was 24%, with lesions located on the palate and lip commissure. About 42% of caregivers did not perform the oral hygiene and 44% did not observe the mouth of the elderly frequently. Furthermore, 37% of caregivers did not remove dental prosthesis during the night sleep. Demented elderly present a high prevalence of oral candidiasis and they not always receive assistance from their caregivers to conduct oral hygiene.

Keywords: oral candidiasis; dementia; oral hygiene; caregivers.

INTRODUÇÃO

A candidose é uma infecção fúngica oportunista que acomete a mucosa bucal, causada por um grupo de fungos saprófitas que inclui oito espécies do gênero *Candida*, sendo a *Candida albicans* a mais comum.¹⁻²⁻³⁻⁴ A apresentação clínica é variada e pode incluir lesões esbranquiçadas ou eritematosas, em diversos sítios bucais. Lesões brancas são características das formas pseudomembranosas e hiperplásicas. As formas eritematosas são mais comumente encontradas, como por exemplo as formas atrófica aguda ou crônica, multifocal crônica, glossite rombóide mediana e queilite angular.¹

A candidose atrófica crônica, comumente conhecida como estomatite protética, é a forma mais encontrada em usuários de próteses removíveis com cobertura palatina, em sua maioria idosos.^{1,5} Observa-se lesão eritematosa sob a área chapeável da prótese, frequentemente assintomática.⁶ O fluxo salivar naturalmente restrito na região palatina contribui para a ocorrência da estomatite protética¹, entretanto sua etiologia é multifatorial. Fatores como trauma da mucosa em função da falta de adaptação da prótese, idade avançada, utilização de próteses antigas e mal adaptadas, uso ininterrupto da prótese durante o sono, hipossalivação e higiene bucal deficiente são relacionados à estomatite protética.⁷⁻⁸

Embora nem todos os idosos necessitem fazer uso de medicamentos, a existência de diversas doenças crônicas e das sequelas que acompanham o avançar da idade, podem resultar na prescrição de vários fármacos de diferentes grupos terapêuticos, levando à polifarmácia⁹ e favorecendo sobremaneira o desenvolvimento de infecções fúngicas como a candidose.

De acordo com o levantamento epidemiológico SB Brasil 2010¹⁰, há alta taxa de edentulismo total entre idosos brasileiros, sendo a prevalência de utilização de prótese total superior de 63%. A prevalência de estomatite protética entre idosos usuários de

prótese total é alta e estudos demonstram que pode chegar a 67%.¹¹⁻¹² Entretanto, pode estar aumentada em idosos demenciados, em função da dificuldade de manutenção de higiene bucal adequada, mas há escassas publicações na literatura científica acerca do assunto. Oliveira et al.⁶ demonstraram prevalência de candidose bucal de 28% em idosos demenciados e apontam como possíveis causas alterações do padrão alimentar e condição precária de higiene bucal.⁶ É inegável a grande importância da participação do cuidador do idoso dependente neste processo, pois seu conhecimento e treinamento interferem diretamente na qualidade do cuidado dispensado.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi determinar a prevalência da candidose bucal em idosos demenciados, sob acompanhamento no Centro Multidisciplinar do Idoso do Hospital Universitário de Brasília (CMI-HUB) e o perfil de seus cuidadores quanto ao conhecimento e realização da higiene bucal.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (CEP/FM/UnB) sob o número 074/2011.

Foram avaliados 33 idosos com diagnóstico de demência dependentes, com idade superior a 60 anos, de ambos os gêneros, acompanhados no Centro Multidisciplinar do Idoso do Hospital Universitário de Brasília (CMI-HUB). Os idosos foram submetidos ao exame físico intrabucal sob iluminação adequada e todas as condições de biossegurança. Avaliou-se a presença de lesões bucais, particularmente a candidose em suas diversas formas clínicas, a presença de próteses dentárias e tipificação das mesmas.

A partir do prontuário médico, foram coletados dados sobre as comorbidades, lista de medicamentos utilizados, e escores do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e do Clinical Dementia Rating (CDR). O MEEM é o teste mais utilizado para avaliação cognitiva, com o objetivo de rastrear casos de demência. Apesar de avaliar vários domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), não é teste diagnóstico, porém, indica as funções que necessitam ser investigadas.¹³ O CDR é um instrumento dividido em seis categorias cognitivo-comportamentais (memória, orientação, julgamento ou solução de problemas, relações comunitárias, atividades no lar e de lazer, cuidados pessoais) que por meio de uma escala numérica, quantifica a severidade dos sinais e sintomas da demência, identificando o grau de demência e os casos questionáveis.¹⁴

Aos cuidadores foi aplicado um questionário composto por 10 questões acerca de dados socioeconômicos e dispensação de cuidados em saúde e higiene bucal aos idosos.

O questionário passou por um período de pré-teste para avaliação da análise semântica e de conteúdo.

Idosos com diagnóstico de demência, mas que eram independentes, ou seja, não necessitavam de ajuda de cuidadores, foram excluídos da amostra.

RESULTADOS

Foram avaliados ao total 33 idosos demenciados dependentes de cuidadores, acompanhados no CMI-HUB no período de agosto de 2013 a março de 2014. Os dados relativos à caracterização dos dados socioeconômicos e de saúde geral dos idosos encontram-se descritos na Tabela 1.

TABELA 1 – Caracterização dos dados socioeconômicos e de saúde geral dos idosos demenciados dependentes acompanhados no CMI-HUB no período de agosto de 2013 a março de 2014. Dados expressos como média e desvio padrão ou número absoluto e porcentagem.

	n = 33
Idade (anos)	79 ± 8
Gênero – n (%)	
Masculino	11(33)
Feminino	22 (67)
MEEM	13 ± 6
CDR	2 ± 0,8
Número de medicamentos utilizados	6 ± 3

Os dados relativos ao perfil de saúde bucal dos idosos encontram-se descritos na Tabela 2.

TABELA 2 - Perfil de saúde bucal dos idosos demenciados dependentes, acompanhados no CMI-HUB no período de agosto de 2013 a março de 2014.

	(n = 33)
Próteses Removíveis - n (%)	17(51)
Prótese total	15(45)
Prótese Parcial Removível	2(6)
Candidose população estudada	8(24)
Tipo	
Eritematosa - n (%)	
- Candidose Atrófica Crônica	8(24)
- Queilite angular	1(3)
Localização - n (%)	
- Palato	8(89)
- Outras	1(11)

A Tabela 3 descreve as características socioeconômicas e os dados referentes aos cuidados de higiene bucal dispensados aos idosos pelos cuidadores entrevistados.

TABELA 3 - Dados socioeconômicos e de práticas de higiene bucal dos cuidadores dos idosos dependentes acompanhados no CMI-HUB no período de agosto de 2013 a março de 2014.

Dados expressos como média e desvio padrão ou números absolutos e porcentagem.

	(n = 33)
Idade (anos)	51,8 ± 12
Gênero	
Masculino	3(9)
Feminino	30 (91)
Relação	
Familiar	23(70)
Contratado	10(30)
Escolaridade (anos)	
0-3	9(27,2)
4-8	12(36,4)
+ 8 anos	12(36,4)
Renda Mensal (Salários Mínimos)	3,2 ± 4
Tempo de atuação (anos)	5,4 ± 5
Possui curso de formação em cuidadores	7 (21)
Observa a boca do idoso com frequência	18(56)
Realiza a higiene bucal do idoso	19 (58)
Frequência Higiene bucal diária	
Nenhuma	3 (9)
Uma vez	5 (15)
Duas vezes	7(21)
Três vezes	18 (55)
Retira a prótese do idoso durante o sono noturno	12 (63)

Os resultados obtidos mostraram também que 14(42%) dos cuidadores não realizam a higiene bucal do idoso. As justificativas mais comuns estão apresentadas nos Gráfico 1.

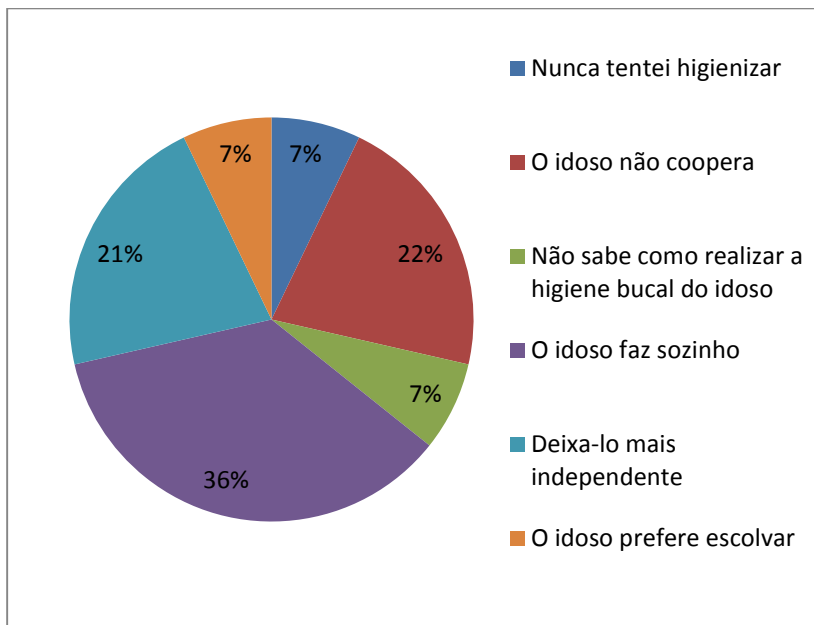


GRÁFICO 1 – Distribuição percentual das respostas mais frequentemente utilizadas pelos cuidadores como justificativa da não realização da higiene bucal do idoso.

DISCUSSÃO

A expectativa de vida observada na amostra foi superior à média encontrada pelos dados do último censo do IBGE, realizado em 2012¹⁵ para ambos os gêneros. A proporção na predominância de pacientes do gênero feminino foi semelhante ao observado nos estudos de Haikal et al.¹⁶ Esta realidade pode ser resultado de maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens e o comportamento feminino em relação às doenças, sendo, os serviços de saúde muito mais procurados e utilizados por elas.¹⁷

Dados obtidos dos testes de avaliação cognitiva, como o MEEM e CDR apontam que os pacientes eram portadores de demência em fase moderada e grave. Nestes casos, é clara a relação de dependência de um cuidador para diversas atividades, sejam instrumentais ou atividades de vida diária, incluindo a realização da higiene corporal. Sendo assim, o auxílio prestado ao idoso ou a realização direta da higiene bucal, nestes casos pelo cuidador, seria esperado, fato que não ocorreu na maior parte das vezes.

Em relação ao uso de medicamentos, no estudo pode-se observar a ocorrência da polifarmácia, definida por Secoli,¹² como o uso de cinco ou mais medicamentos, fato que contribui ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas aos medicamentos. O uso de medicamentos de uso contínuo, principalmente nos casos de polifarmácia, pode provocar alterações bucais como, a diminuição do fluxo salivar, xerostomia, alterações no paladar e candidose.¹⁸

Com relação aos dados socioeconômicos referentes ao cuidador, foi observada maior proporção de cuidadores do gênero feminino. A maioria dos cuidadores foi representada por familiares, corroborando com os achados de Luzardo¹⁹ e Oliveira et al.⁶ que com frequência são cônjuges, filhos e irmãos, que assumem a responsabilidade de desempenhar atividades de cuidados ao

paciente dependente. O nível mais elevado de escolaridade dos cuidadores pode estar associado ao melhor entendimento com relação às ações de educação geral e principalmente no que abrange a saúde bucal como um todo. Apenas uma pequena parcela possuía curso de formação de cuidadores, evidenciando a necessidade de formação de equipes especializadas na formação de cuidadores de idosos com ênfase em pacientes demenciados.

Oliveira et al.,⁶ citam as deficiências na escovação dentária e no cuidado das próteses por parte dos pacientes demenciados, dificultando o autocuidado e necessidade de participação dos cuidadores. Por vez, foi observado no presente estudo, que apenas parte dos cuidadores afirmam realizar a higiene e observar a boca do paciente, a fim de observar presença de cáries, lesões e/ou sujidades. Novamente destacamos a importância do envolvimento familiar e de cuidadores por meio de programas que visem o treinamento e a capacitação destes saberem diferenciar situações de anormalidade na cavidade bucal dos idosos.

As justificativas mais frequentes apontadas pelos cuidadores que afirmaram não realizar a higiene bucal do idoso foram a independência existente do paciente, ou estímulo à independência e falta de cooperação do mesmo. Outro motivo apontado foi o edentulismo total, entendido pelos cuidadores nesta situação não ser necessário a dispensa de cuidados de higiene bucal. O fato de o cuidador acreditar que o idoso seja independente nas fases moderada e grave da demência torna-se motivo de preocupação. Como já citado, o idoso demenciado apresenta limitações cognitivas e até mesmo motoras, dificultando enormemente a realização da higiene bucal.

Metade dos pacientes avaliados apresentou reabilitação por uso de próteses removíveis, sendo a prótese total a mais utilizada, em percentual próximo dos achados no levantamento epidemiológico SB Brasil 2010.⁸ Segundo Carvalho,²⁰ a idade

avançada, a presença de demência e o fato do paciente não retirar a prótese para dormir são fatores associados ao maior risco de ocorrência de candidose. Em nosso estudo, 37% dos idosos portadores de prótese não a retiravam durante o período de sono.

A prevalência de candidose na forma de estomatite protética nesse estudo foi semelhante a observada por Sadig,¹⁹ que apresentou na sua amostra prevalência de estomatite protética entre portadores de próteses totais de 25 a 65%. No estudo realizado por Silva et al.,²² em que metade dos idosos examinados faziam uso de próteses dentárias, destes, mais de 60% apresentaram algum tipo de candidose, em função da má higiene bucal. Todos os pacientes com infecções por *Candida sp* avaliados em nosso estudo apresentaram lesões localizadas na região do palato, sendo a forma clínica mais encontrada a eritematosa, como candidose atrófica crônica, além de um caso de queilite angular.

É importante destacar que as próteses removíveis devem ser higienizadas e substituídas periodicamente. A infecção por *Candida sp* pode ter origem na confecção inadequada dos aparelhos protéticos levando a próteses mal adaptadas²², além do próprio quadro demencial, higiene precária e da polifarmácia, fato este que pode ser observado em pessoas idosas. É inquestionável a importância do cuidado com a higiene das próteses dentárias e remoção das mesmas durante o período do sono de modo a prevenir infecções bucais como a candidose.

A falta de cuidados dispensados à higiene bucal por parte dos cuidadores, bem como a não remoção das próteses durante o período do sono podem explicar a alta prevalência de candidose bucal entre os idosos. Sugere-se que os cuidadores devam receber orientação dirigida à importância da saúde bucal e práticas de higiene específicas, direcionadas aos idosos portadores de demência.

CONCLUSÕES

Idosos demenciados dependentes, apresentam alta prevalência de candidose bucal. Mais da metade da amostra estudada usa prótese removível com cobertura palatina (prótese total ou prótese parcial removível). Apenas pouco mais da metade dos cuidadores, em sua maioria familiares, a despeito de exercerem a função em média há 5 anos, não realizam a higiene bucal do idoso, apesar da necessidade existente.

Nem sempre esses idosos recebem auxílio para a higiene bucal por parte dos cuidadores e nem sempre suas próteses são removidas durante o sono, orientação que deveria ser adotada para a prevenção da candidose bucal. Sendo dessa forma, indispensável o desenvolvimento de estratégias educativas para dar suporte aos cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Giannini PJ, Shetty KV. Diagnosis and Management of Oral Candidiasis. *Otolaryngol Clin North AM*. 2011 Fev;44(1):231–240.
2. Manguiera DFB, Manguiera LFB, Diniz MFFM. Candidose Oral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2010 Fev;14(2): 69-72.
3. Stramandinoli RT, Souza, PHC, Bisinelli, JC, Ignácio AS, Yurgel LS. Prevalência de candidose bucal em pacientes hospitalizados e avaliação dos fatores de risco. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2010 Mar;7(1):66-72.
4. Gasparetto A, Negri MFN, Paula CR, Svidzinski TIS. Produção de biofilme por leveduras isoladas de cavidade bucal de usuários de prótese dentária. *Acta Scientiarum Health Sciences*. 2005 Maio; 27(1):37-40.
5. Scalercio M, Valente T, Ramos ME. Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento. *RGO, Porto Alegre*. 2007 out-dez;55(4):395-398.
6. Oliveira R, Amorim R, Lia EN, Macedo S. Status da saúde bucal em pacientes com demência senil. *Robrac*. 2011 Jan; 20:(53): 114-18.
7. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and Etiology of Denture Stomatitis *Journal of Prosthodontics*. 2011 June; 20: 251–260.
8. Silva EMM, Barão VAR, Santos DM, Delben JA, Ribeiro ACP, Gallo AKG. Principais alterações e doenças bucais que acometem

o paciente geriátrico – revisão de literatura. *Odonto*. 2011 jan-jun;19(37):39-47.

9. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010 jan-fev; 63(1): 136-40.

10. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. 2012, 116.

11. Freitas JB, Gomez RS, De Abreu MH, Ferreira E Ferreira E. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly. *Brazilians Journal of Oral Rehabilitation*. 2008 May;35(5): 370–374.

12. Abaci O, Haliki-Uztan A, Ozturk B, Toksavul S, Ulusoy M, Boyacioglu H. Determining *Candida* spp. Incidence in denture wearers. *Mycopathologia*. 2010 February;169:365–372.

13. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4): 712-9.

14. Montano MBMM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. 2005;39(6):912-7.

15. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2010 [acesso em: 2014-07-03]. Disponível em: “ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2012/notastecnicas.pdf”.

16. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira NA, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida

- do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cienc. Saúde Colet.* 2011 Jul;16(7): 3317-29.
17. Tibulo C, Carli V, Dullius AIS. Evolução populacional do Brasil: uma visão demográfica. *Scientia Plena.* 2012 Abr;8(4):1-10.
18. Rosa LB, Zuccolotto MCC, Bataglion C, Coronatto EAS. Odontogeriatrics – a saúde bucal na Terceira idade. *RFO.* 2008 maio-agosto;13(2):82-86.
19. Luzardo AR, GoriniMIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um Serviço de Neurogeriatrics. *Texto & Contexto Enferm.* 2006 Out-Dez; 15(4): 587-94.
20. Carvalho LRT. Comparação do perfil de saúde bucal em idosos demenciados e não demenciados atendidos no Hospital Universitário de Brasília [dissertação]. Distrito Federal: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2012.
21. Sadig W. The denture hygiene, denture stomatitis and role of dental hygienist. *Int Journal of Dent Hygiene.* 2010 Aug;8(3) 227–231. PubMed; PMID: 206224193.
22. Silva SO, Trentin MS, Linden MSS, Carli JP, Silveira Neto N, Luft LR. Saúde bucal do idoso institucionalizado em dois asilos de Passo Fundo. *Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre.* 2008 Jul-Set; 56(3): 303-308.

NORMAS DA REVISTA

GERODONTOLOGY

MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

Language: The language of publication is English. Authors for whom English is a second language may choose to have their manuscript professionally edited by an English speaking person before submission to make sure the English is of high quality. Please refer to English Language Editing Services offered by Wiley at <http://wileyeditingservices.com/en/>. All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication

Font: Manuscripts must be typed double-spaced.

Abbreviations, Symbols and Nomenclature: The symbol % is to be used for percent, h for hour, min for minute, and s for second. *In vitro* and *in vivo* are to be italicized. Use only standard abbreviations. Units used must conform to the Système International d'Unités (SI). All units will be metric. Use no roman numerals in the text. In decimals, a decimal point and not a comma will be used. For tooth notation the two digit system of FDI must be used (see *Int. Dent. J.* 21, 104). Avoid abbreviations in the title. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text unless it is a standard unit of measurement. In cases of doubt, the spelling orthodoxy of Webster's Third New International Dictionary will be adhered to. **Scientific Names:** Proper names of bacteria should be binomial and should be singly underlined in the typescript. The full proper name (e. g. *Streptococcus sanguis*) must be given upon first mention. The generic name may be abbreviated thereafter with the first letter of the genus (e. g. *S. sanguis*). If abbreviation of the

generic name could cause confusion, the full name should be used. If the vernacular form of a genus name (e. g. streptococci) is used, the first letter of the vernacular name is not capitalized and the name is not underlined. Use of two letters of the genus (e. g. Ps .for Peptostreptococcus) is incorrect, even though it might avoid ambiguity. With regard to drugs, generic names should be used instead of proprietary names. If a proprietary name is used, ® must be attached when the term is first used.

The term "elders" or "older people" should be used rather than "elderly" when using the word as a noun. The word "elderly" is an adjective used correctly as "elderly group," whereas "elders" is a noun used correctly as in a "group of elders." Refer to the "patients" or "subjects" who participated in the study - or who consented to the use of their health records in your research - as "participants." This more appropriately acknowledges the role they had in your research.

Structure

Original Articles submitted to *Gerodontology* should include: Title Page, Abstract, Introduction, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusions, References, and Acknowledgements, Tables, Figures and Figure Legends were appropriate.

Title Page: should contain the title of the article, name(s) of the author(s), initials, and institutional affiliation(s), a running title not to exceed 40 letters and spaces, and the name and complete mailing and email address of the author responsible for correspondence. The author must list 4 keywords for indexing purposes.

Abstract: A separate structured abstract should not exceed 250 words. The abstract should consist of 1) the objective 2) the background data discussing the present status of the field 3)

materials and methods 4) results 5) conclusion.

Introduction: Summarize the rationale and purpose of the study, giving only strictly pertinent references. Do not review existing literature extensively.

Material and Methods: Materials and methods should be presented in sufficient detail to allow confirmation of the observations. Published methods should be referenced and discussed only briefly, unless modifications have been made.

Results: Present your results in a logical sequence in the text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all of the data in the tables and illustrations. Important observations should be emphasized.

Discussion: Summarize the findings without repeating in detail the data given in the Results section. Relate your observations to other relevant studies and point out the implications of the findings and their limitations. Cite other relevant studies.

Conclusion: Conclude the findings in brief. If authors cannot conclude with any punch line, the referee will question who would want to read the paper and why.

Acknowledgements: Acknowledge only persons who have made substantive contributions to the study. Authors are responsible for obtaining written permission from everyone acknowledged by name because readers may infer their endorsement of the data and conclusions. Sources of financial support may be acknowledged.

Research in Brief and Short Case Reports: These should include the aims and objectives of the work reported, methods

used, findings, and the implications for the practise, management or education of the older adult and further research. Research in brief submissions should be no more than 1000 words in length, with a clear and concise title and no more than five subheadings. These may take the format of a mini paper. A maximum of 10 references may be included but these must be clearly related to the work reported. A limited number of figures and tables can be included but they must be essential to the understanding of the research or the clinical case.

References

References should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text, and should be kept to a pertinent minimum. Only references which are cited in the text may be included. References should include the beginning and ending page numbers. Identify references in the text, tables, and figure legends by Arabic numerals in parentheses. References cited only in the tables or figure legends should be numbered in accordance with a sequence established by the first notation of that figure or table in the text. Use the style of the examples below, which is based on Index Medicus. Manuscripts accepted but not published may be cited in the reference list by placing "in press" after the abbreviated title of the journal - all such references should be submitted to the Editor for approval. References must be verified by the author(s) against the original documents. We recommend the use of a tool such as Reference Manager for reference management and formatting. Reference Manager reference styles can be searched for here: www.refman.com/support/rmstyles.asp

Tables, Figures, Figure Legends and Photographs.

Tables: Tables should be numbered consecutively with Arabic numerals. Type each table on a separate sheet, with titles making

them self explanatory. Due regard should be given to the proportions of the printed page.

For instructions, see Gerodontology Guide to Tables and Figures

Figures: At the Editor's discretion clinical photographs, photomicrographs, line drawings and graphs will be published as figures. All figures should clarify the text and their number should be kept to a minimum. Details must be large enough to retain their clarity after reduction in size. Illustrations should preferably fill a single column width (54 mm) after reduction, although in some cases 113 mm (double column) and 171 mm (full page) widths will be accepted. Micrographs should be designed to be reproduced without reduction, and they should be dressed directly on the micrograph with a linear size scale, arrows, and other designators as needed. The inclusion of colour illustrations is at the discretion of the Editor. The author may pay for the cost of additional colour illustrations.

Preparation of Electronic Figures for Publication: Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (lineart) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: lineart: >600 dpi; half-tones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Further information can be obtained at Wiley-Blackwell's guidelines for figures:

<http://authorservices.wiley.com/bauthor/illustration.asp>.

Check your electronic artwork before submitting it:

<http://authorservices.wiley.com/bauthor/eachecklist.asp>

Permissions: If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

Figure Legends: Figure legends must be typed double-spaced on a separate page at the end of the manuscript.

Photographs of People: Gerodontology follows current HIPAA guidelines for the protection of patient/subject privacy. If an individual pictured in a digital image or photograph can be identified, his or her permission is required to publish the image. The corresponding author may submit a letter signed by the patient authorizing Gerodontology to publish the image/photo. Or, a form provided by Gerodontology (available by clicking the "Instructions and Forms" link in Manuscript Central) may be downloaded for your use. This approval must be received by the Editorial Office prior to final acceptance of the manuscript for publication. Otherwise, the image/photo must be altered such that the individual cannot be identified (black bars over eyes, etc).

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO

Nome: _____ Idade: _____
Prontuário: _____ Telefone: _____
Data nascimento: _____
Gênero: () M () F
Dependente de cuidador? SIM() NÃO()
MEEM: _____ CDR: _____
Lista de problemas: _____
Uso de medicamentos: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Nome: _____ Idade: _____
Gênero: () M () F
Relação com o idoso: () familiar () contratado
Qual é o seu grau de escolaridade?
(0) Nenhum
(1) fundamental incompleto
(2) fundamental completo
(3) médio incompleto
(4) médio completo
(5) superior incompleto
(6) superior completo
(7) pós-graduação (mestrado, doutorado)
(8) Outros (curso técnico, especialização)

Renda mensal(em salários mínimos): _____

Há quanto tempo você atua/trabalha como cuidador? _____

Realizou curso de cuidador de idoso?

() Não
() Sim

Você realiza a higienização bucal do idoso?

- () Não
() Sim

Em caso de resposta negativa, por quê? (pode ser marcada mais de 1 alternativa)

- () Nunca tentei higienizar.
() O idoso não coopera.
() Tenho asco (nojo).
() Tenho receio de machucar o idoso.
() Não sei como realizar a higiene bucal do idoso.
()

Outra: _____

O idoso é colaborador (ele deixa você fazer a higienização)?

- () Sim
() Não

Quantas vezes ao dia é realizada a higiene bucal do idoso?

Caso o idoso use prótese removível (ex.: ponte móvel ou dentadura), você tem o costume de retirar a prótese do paciente para ele dormir?

- () Sim.
() Não.

Você costuma olhar a boca do idoso?

- () Sim
() Não

EXAME FÍSICO

Candidose presente? () S () N

Tipo e localização:

Usa prótese removível parcial ou total?

- () S () N

