



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

ANÁLISE DO IMPACTO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE ORAL
NOS CUIDADORES INSTITUCIONAIS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Rute Joana Brandão Teixeira Almeida

Viseu, 2024



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

ANÁLISE DO IMPACTO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE ORAL NOS CUIDADORES INSTITUCIONAIS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Rute Joana Brandão Teixeira Almeida

Orientador: Professor Doutor Nélio Veiga

Coorientadoras: Professora Doutora Patrícia Couto

Professora Doutora Patrícia Correia

Viseu, 2024

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Professor Doutor André Correia

Professor Auxiliar, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Medicina Dentária, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Viseu, Portugal.

Arguente: Professor Doutor Hélder Costa

Professor Auxiliar, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Medicina Dentária, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Viseu, Portugal.

Orientador: Professor Doutor Nélio Veiga

Professor Auxiliar, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Medicina Dentária, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Viseu, Portugal.

Data das provas públicas: 19 / 07 / 2024

Validação e confirmação pelos serviços escolares:

___ / ___ / ___

“Quando nada está certo, tudo é possível”

Margaret Drabbi

V

Dedicatória

Aos meus pais, irmão e avós,

Por caminharem de mãos dadas comigo, sempre!

Agradecimentos

Após iniciar o meu percurso na área da Medicina Dentária, finalizo hoje, uma etapa crucial deste vínculo. Emocionada, sinto a necessidade de agradecer a todas as pessoas cujo apoio e incentivo foram fundamentais para escrever esta dissertação.

Ao meu orientador, **Professor Doutor Nélio Veiga**, pela orientação, confiança, conhecimento e paciência desmedida. O trabalho não é só meu, mas sim, nosso.

Às minhas coorientadoras, **Professora Doutora Patrícia Couto** e **Professora Doutora Patrícia Correia** pela disponibilidade e ajuda incansável.

Aos meu pais, **Odete** e **Paulo**, pelo apoio inabalável e pelo amor incondicional. Foram inspiração nos dias de luz e refúgio nos dias sombrios. São EXEMPLOS.

Ao meu irmão, **Rúben**, pela companhia diária e pelas dores de cabeça constantes que deu e ainda dá, mas que não trocava por nada.

A **ti**, que já não estás aqui, mas que continuas a ser a minha melhor versão, todos os dias.

Aos meus avós, **Inês**, **Armando** e **Angelina**, por além de serem eternos parceiros de vida serem os meus fãs mais leais, fiéis e entusiastas. Tenho muito orgulho em vocês.

A toda a minha **família**, que longe ou perto, são o meu escudo da vida.

À **Inês**, **Maria**, **Sara** e **Bia**, por serem ombros amigos. Sem vocês isto não teria tido a mesma piada. São acasos que viraram sorte.

Ao **João**, pela caminhada feliz desde o 1º dia. Foste inspiração, mesmo sem perceberes.

À **Teresa**, pela pessoa de luz que é. Tudo é para sempre, tu és mais.

À **Ana** e **Bia**, pelas partilhas especiais na casa que será para sempre a nossa.

A todos os meus **amigos** e **amigas**, que quando veem as minhas conquistas, sorriem por mim.

A todos os **professores**, com quem tive a oportunidade de cruzar, pela dedicação perseverante, experiência acumulada e paixão incessante que demonstraram ter pela profissão.

A todos os **cuidadores institucionais** que se demonstraram disponíveis para participar no projeto, espero ter sensibilizado e contribuído para a mudança de hábitos nas instituições.

À **UCP**, por ter sido teto e chão, nos meus últimos anos académicos.

A **Viseu**, cidade que me acolheu calorosamente e que com a sua beleza e o excesso de rotundas tornou a minha estadia verdadeiramente mais especial.

A todos, muito obrigada!

Resumo

Introdução: A saúde oral é parte integrante e essencial da saúde geral, especialmente em idosos dependentes, onde a higiene oral se torna ainda mais crucial. Neste contexto, os cuidadores assumem um papel fundamental na garantia de uma boa saúde oral dos idosos sob os seus cuidados. Portanto, é imperativo que esses cuidadores estejam devidamente informados sobre as alterações orais decorrentes do envelhecimento, os fatores que podem contribuir para mudanças patológicas. Ao priorizar a saúde oral, os cuidadores podem contribuir significativamente para a qualidade de vida e bem-estar geral dos idosos dependentes que atendem. A realização do presente estudo permitirá a: 1) Validação da escala Dental Coping Beliefs Scale para a população portuguesa; 2) Definição e aplicação das estratégias mais indicadas ao nível de intervenção de literacia em saúde oral junto dos cuidadores; 3) Realização de uma 2ª fase de avaliação para análise do impacto que as intervenções sobre literacia em saúde oral tiveram nos cuidadores institucionais.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo observacional transversal com uma amostra constituída por cuidadores institucionais que colaboram com a Santa Casa da Misericórdia. O estudo inclui uma amostra de 44 cuidadores institucionais. Foi realizada uma formação sobre "Cuidados de Saúde Oral" e reaplicado o questionário utilizado na primeira fase para avaliar o impacto da formação. A formação abrangeu a conscientização sobre a saúde oral, prevenção de doenças orais e instruções de higiene oral. Além disso, foram distribuídos materiais de apoio à higiene oral.

Resultados: Os resultados deste estudo revelaram mudanças consideráveis nos comportamentos e conhecimentos dos cuidadores institucionais em relação à saúde oral após a formação. Houve uma valorização significativa da importância da formação contínua, evidenciada pelo aumento no nível de compreensão sobre práticas adequadas de higiene oral e prevenção de doenças orais. A análise estatística dos dados, incluindo a análise de médias e correlações, indicou que houve um aumento estatisticamente significativo no conhecimento sobre a importância da escovagem correta e na prevenção de

cáries dentárias, com 84,1% dos cuidadores concordando totalmente com essas práticas.

O alfa de Cronbach para os 28 itens constituintes do questionário foi de 0,942, ou seja, o instrumento apresentou bom desempenho na vertente da validade e confiabilidade interna com 28 itens. Portanto, o questionário *Dental Coping Beliefs Scale* – PT pode ser aplicado pois apresenta propriedades psicométricas satisfatórias para uso entre adultos portugueses, podendo perfeitamente ser aplicado aos cuidadores institucionais.

Conclusão: As instituições carecem de diretrizes específicas para a higiene oral. Embora os cuidadores institucionais possuam conhecimentos em saúde e higiene oral, esse conhecimento não é direcionado especificamente para idosos dependentes, destacando-se a necessidade de formações contínuas específicas, para promover a saúde oral dos idosos.

Palavras-chave: Cuidadores Institucionais; Saúde Oral; Idosos; Higiene Oral; Prevenção.

Abstract

Introduction: Oral health is an integral and essential part of overall health, especially in dependent elderly individuals, where oral hygiene becomes even more crucial. In this context, caregivers play a fundamental role in ensuring good oral health for the elderly under their care. Therefore, it is imperative that these caregivers are adequately informed about the oral changes resulting from aging and the factors that can contribute to pathological changes. By prioritizing oral health, caregivers can significantly contribute to the quality of life and overall well-being of the dependent elderly they serve. The realization of the present study will allow for: 1) Validation of the Dental Coping Beliefs Scale for the Portuguese population; 2) Definition and application of the most appropriate strategies for intervention in oral health literacy among caregivers; 3) Conducting a second phase of evaluation to analyze the impact of oral health literacy interventions on institutional caregivers.

Materials and methods: This is a cross-sectional observational study with a sample consisting of institutional caregivers collaborating with Santa Casa da Misericórdia. The study includes a sample of 44 institutional caregivers. A training session on "Oral Health Care" was conducted, and the questionnaire used in the first phase was reapplied to evaluate the impact of the training. The training covered awareness of oral health, prevention of oral diseases, and oral hygiene instructions. Additionally, oral hygiene support materials were distributed.

Results: The results of this study revealed significant changes in the behaviors and knowledge of institutional caregivers regarding oral health after the training. There was a substantial increase in the appreciation of continuous education, evidenced by the increased understanding of proper oral hygiene practices and the prevention of oral diseases. Statistical analysis of the data, including mean and correlation analysis, indicated a statistically significant increase in knowledge about the importance of proper brushing and dental caries prevention, with 84.1% of caregivers strongly agreeing with these practices. The Cronbach's alpha for the 28 items in the questionnaire was 0.942, indicating that the instrument demonstrated good performance in terms of validity and internal reliability with 28 items. Therefore, the Dental Coping Beliefs Scale – PT

can be applied as it presents satisfactory psychometric properties for use among Portuguese adults, making it perfectly applicable to institutional caregivers.

Conclusion Institutions lack specific guidelines for oral hygiene. Although institutional caregivers possess knowledge in health and oral hygiene, this knowledge is not specifically directed towards dependent elderly individuals, highlighting the need for continuous, targeted training to promote the oral health of the elderly.

Keywords: Institutional Caregivers; Oral Health; Elderly; Oral Hygiene; Prevention.

Abreviatura

Lar VSC: Lar Viscondessa de São Caetano

Lar RL: Lar Rio de Loba

Siglas e Acrónimos

FMD-UCP: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

OMS: Organização Mundial de Saúde

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences®

Índice

I. INTRODUÇÃO	1
Envelhecimento e Saúde Oral.....	3
Papel de um cuidador institucional na Saúde e Higiene Oral.....	4
Conhecimentos de Saúde Oral dos Cuidadores Institucionais.....	5
Patologias mais comuns nos idosos	7
Métodos de higiene da cavidade oral.....	8
Instruções de higiene oral	9
Higiene oral mecânica	9
Controlo químico da placa bacteriana	10
Métodos de higiene das próteses.....	11
Métodos mecânicos.....	12
Métodos químicos.....	13
Objetivos	14
II. MATERIAIS E MÉTODOS.....	16
Metodologia.....	17
1. Primeira Fase	17
2. Segunda Fase	18
3. Terceira Fase.....	18
Critérios de Inclusão e Exclusão	18
Calibragem	19
Material Utilizado.....	20
Conteúdo Programático da Formação	21
Variáveis: Dependentes e Independentes	22
Considerações Éticas.....	22
Análise Estatística	23
III. RESULTADOS.....	26

Seleção e Caracterização da Amostra	27
Análise descritiva dos resultados	32
Análise Inferencial dos Resultados	38
IV. DISCUSSÃO	3
V. CONCLUSÃO	24
VI. BIBLIOGRAFIA	27

Índice de tabelas

Tabela 1- Perfil da amostra quanto ao género	28
Tabela 2 - Perfil da amostra quanto à idade.....	28
Tabela 3 - Área de residência dos inquiridos.....	28
Tabela 4 - Habilitações literárias dos inquiridos.....	29
Tabela 5 - Instituição para a qual trabalha (Lar)	29
Tabela 6 - Tempo que trabalha como cuidador(a) institucional.....	29
Tabela 7 - Formação específica na área da saúde.....	30
Tabela 8 - Distribuição por área de formação.....	30
Tabela 9 - Formação Específica em Cuidados de Saúde Oral	31
Tabela 10 - Importância da Formação na Área da Saúde Oral no Exercício da Profissão	31
Tabela 11 - Métodos de Higiene Oral Aplicados aos utentes.....	32
Tabela 12- Tabela de Frequência das Questões 01 a 28	35
Tabela 13 - Estatística descritiva da análise realizada para validação do questionário	45
Tabela 14 - Estatísticas de Item de Resumo	48
Tabela 15 - Estatísticas Descritivas das Respostas aos Itens do Questionário	49
Tabela 16 - Matriz de correlações entre os 28 itens analisados no estudo	1

I. INTRODUÇÃO

A saúde oral é uma parte integrante e essencial da saúde geral, especialmente em idosos dependentes e institucionalizados, onde a higiene oral se torna ainda mais crucial. Neste contexto, os cuidadores assumem um papel preponderante na garantia de uma boa saúde oral dos idosos sob os seus cuidados. Portanto, como afirmam Chalmers et al. (2009), é imperativo que esses cuidadores estejam devidamente informados sobre as alterações orais decorrentes do envelhecimento, os fatores que podem contribuir para mudanças patológicas, como a cárie dentária e a doença periodontal, e os cuidados de higiene oral adequados a esses pacientes. Ao priorizar a saúde oral, os cuidadores podem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar geral dos idosos dependentes que cuidam diariamente. Para corroborar o papel importante que a formação tem, o artigo "*The Oral Health Assessment Tool – Validity and reliability*", apresenta uma avaliação detalhada da ferramenta de avaliação de saúde oral (1), destinada a residentes de instituições de cuidados na Austrália. A importância da saúde oral em populações idosas, especialmente aquelas institucionalizadas, é destacada, devido à prevalência de doenças orais e à complexidade do atendimento médico-dentário nesta faixa etária. Neste artigo é destacado o facto de que a saúde oral é uma preocupação crescente em populações idosas, nomeadamente em ambientes onde o acesso a cuidados médico-dentários pode ser limitado (1).

Do mesmo modo, o artigo "*Access to Dental Care Among Older Adults in the United States*" discute que o acesso inadequado a cuidados médico-dentários pode levar a uma série de problemas de saúde graves para os idosos, incluindo dor crónica, infeções, e complicações de patologias sistémicas existentes. Além disso, a falta de cuidados preventivos e tratamentos pode resultar na perda de dentes, o que afeta negativamente a qualidade de vida e a capacidade mastigatória, influenciando a alimentação do idoso. Os autores sugerem que políticas públicas e intervenções específicas são necessárias para melhorar o acesso dos idosos a cuidados médico-dentários, tais como o desenvolvimento de programas que ofereçam cuidados médico-dentários acessíveis e adaptados às necessidades dos idosos. A pesquisa conclui que, sem uma ação significativa, as disparidades no acesso aos cuidados de saúde

oral continuarão a crescer, exacerbando os problemas de saúde entre a população idosa. (2)

Neste âmbito, o nosso estudo surge com o objetivo de analisar de que forma a implementação de estratégias de intervenção em literacia em saúde oral influenciam as competências dos cuidadores e a saúde oral dos residentes institucionalizados.

Este programa foi implementado no Centro Social Paroquial Rio de Loba e no Lar Viscondessa de São Caetano, instituições situadas na região de Viseu. A formação teve como foco a consciencialização sobre a saúde oral, a prevenção de doenças orais e as instruções de higiene oral, fornecendo também materiais de apoio para a higiene oral.

Neste âmbito, destaca-se o artigo *"Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of an elderly"*, o qual contribui significativamente para a compreensão da saúde oral em idosos. Além disso, ao evidenciar a importância da saúde oral na qualidade de vida dos idosos, o estudo reforça a necessidade de políticas de saúde que considerem a saúde oral como parte integrante do cuidado geriátrico. (3)

Envelhecimento e Saúde Oral

Estima-se que o número de idosos, com 60 anos ou mais, duplique até 2050 e triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100. (4)

Apesar do envelhecimento populacional ser das maiores conquistas da Humanidade e do desenvolvimento, o aumento da longevidade e a transição da alta para a baixa mortalidade e fertilidade, que acompanhou o desenvolvimento socioeconómico deste século, significou uma mudança nas principais causas de doença e morte e num aumento dos problemas gerais de saúde. (5)

A saúde oral de uma população idosa, especialmente a da população idosa institucionalizada, constitui uma preocupação significativa porque está intimamente ligada à saúde geral e à qualidade de vida. Fatores de risco comuns partilhados impulsionam o desenvolvimento e o agravamento de problemas de saúde oral e de doenças não transmissíveis, que eventualmente levam à incapacidade de autocuidado. (6)

Entre os adultos com 65 anos ou mais, a falta de dentes naturais e as doenças orais crônicas, como cáries dentárias, doenças periodontais, infecções orais, lesões da mucosa oral e distúrbios temporomandibulares são comuns. (6)

De acordo com o artigo *"Access to Dental Care Among Older Adults in the United States"*, a saúde oral é vital para a saúde e bem-estar geral dos idosos, mas muitos enfrentam barreiras significativas para acessar cuidados de saúde oral necessários, sendo que a discussão sobre o acesso a tais cuidados é crucial para identificar e abordar as necessidades de saúde dessa população crescente. Na verdade, o artigo não se limita a identificar problemas, mas também propõe soluções, como a necessidade de implementação de políticas de saúde que aumentem a cobertura de cuidados de saúde oral para atender a população idosa. (7)

Esses problemas dificultam o atendimento das necessidades diárias básicas (por exemplo, mastigação e comunicação), levando a consequentes problemas de saúde física, como uma inadequada nutrição e sofrimento psicossocial (por exemplo, baixa autoestima e insuficiência social). (6)

Com o envelhecimento da população, aumenta a necessidade de apoio ao cuidado dos idosos dependentes para o público em geral. (8) A higiene oral pode tornar-se mais difícil com o comprometimento da saúde geral e o desprovimento da capacidade de autocuidado. (9) O autocuidado e a saúde oral estão relacionadas e, quando prejudicados, causam dor e sofrimento aos indivíduos. Nos idosos, alguns aspectos são mais influentes, como limitações na função cognitiva e disfunções executivas, que restringem tarefas genéricas, comprometendo a capacidade de realizar o autocuidado oral. Existem, também, fatores condicionantes para o autocuidado, como o nível de maturidade do indivíduo, a cultura, os conhecimentos sobre saúde, a inserção no agregado familiar e a participação em grupos sociais, os distúrbios de saúde, a falta de habilidades para o autocuidado e os hábitos inadequados. (9)

Papel de um cuidador institucional na Saúde e Higiene Oral

O cuidador institucional tem um papel científico, prestativo e auxiliar na observação do déficit de autocuidado em higiene oral. Ao se deparar com o déficit de autocuidado em higiene oral, as ações do cuidador institucional vão

desde o incentivo à orientação nas tarefas e ações educativas até a realização funcional dos cuidados de higiene enquanto o indivíduo estiver com deficiência. Também é possível identificar antecipadamente um indivíduo em risco de déficit para preveni-lo, identificando características e fatores relacionados à higiene oral. (4)

Segundo o artigo *“Dentists - Perceptions of Providing Care in Long - Term Care Facilities”*, que analisa as percepções dos dentistas em relação ao tratamento de pacientes em instituições de cuidados prolongados nos Estados Unidos, os seus autores avaliaram as mudanças nas atitudes dos dentistas ao longo do tempo, identificando barreiras e incentivos para o provimento de cuidados em saúde em ambientes institucionais de cuidados. O artigo mencionado, reflete sobre a importância de abordar as barreiras que impedem os médicos dentistas de fornecer cuidados em instituições consideradas de longa permanência. Destaca, pois, a necessidade urgente de mais formação em geriatria e apoio administrativo para garantir que a crescente população idosa receba os cuidados odontológicos necessários. (10)

De facto, os profissionais de saúde enfrentam maiores desafios nos cuidados de higiene oral e maior complexidade neste tipo de assistência. O desafio dos cuidadores é realizar o controlo diário na manutenção da higiene oral dos indivíduos e estimular, sempre que possível, o autocuidado. (9)

Conhecimentos de Saúde Oral dos Cuidadores Institucionais

À medida que aumenta a consciencialização entre os prestadores de cuidados de saúde que atendem populações idosas institucionalizadas, é importante que todos os envolvidos compreendam os desafios de saúde oral que esta população vulnerável específica enfrenta. (11)

O artigo *“Oral Health Care for Homebound and Institutional Elderly”*, aborda os desafios e barreiras no provimento de cuidados de saúde oral para idosos domiciliados e institucionalizados. O autor oferece uma visão detalhada das necessidades e dificuldades encontradas por esses grupos vulneráveis e sugere possíveis intervenções para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados médico-dentários, bem como refere a importância da saúde oral para a qualidade de vida dos idosos e propõe soluções práticas para melhorar o

acesso a tais cuidados, como a integração de serviços de saúde oral em programas de cuidados domiciliários e a necessidade de formação específica para cuidadores e profissionais de saúde. (12)

Na verdade, os fatores de risco associados à má saúde oral devem ser identificados e intercetados de forma adequada. Existem estudos, como os Frenkel et al. (2001), que fornecem resultados sobre a prevalência, efeitos e assim por diante de problemas comuns de saúde oral neste grupo de população institucionalizada. O conhecimento deste tema até agora permanece fragmentado. Muitos dos cuidadores consideram a higiene oral como uma atividade pessoal e por isso são muito sensíveis a qualquer sugestão de melhoria. (11)

Os mesmos autores reiteram (Frenkel et al. 2001) que os enfermeiros muitas das vezes desconhecem a importância da saúde oral e são incapazes de realizar ou preparar pessoal auxiliar para o fazer, tornando-se imperativo educar os cuidadores sobre a importância dos cuidados de saúde oral. (11)

A este propósito o capítulo *Oral Health*, do relatório *Healthy People 2020*, publicado pelo *Office of Disease Prevention and Health Promotion*, fornece uma análise abrangente das metas e estratégias para melhorar a saúde oral da população americana ao longo de uma década. O documento destaca, pois, a importância da saúde oral como um componente essencial da saúde geral e do bem-estar, destacando que a saúde oral está intrinsecamente ligada à saúde sistêmica. O mesmo relatório identifica várias metas para 2020, incluindo a redução da incidência de cáries dentárias, doenças periodontais e neoplasias orais, assim como a necessidade de aumentar o acesso a cuidados de saúde oral, especialmente para populações vulneráveis, como crianças, idosos e minorias raciais e étnicas, evidenciando a importância da educação em saúde oral, a implementação de políticas públicas que promovam a saúde oral e o aumento do número de profissionais de saúde disponíveis para atender as necessidades crescentes da população. Além disso, o documento sugere a necessidade de integrar a saúde oral nos cuidados de saúde primários e de ampliar a cobertura de seguros para incluir serviços médico-dentários preventivos e terapêuticos.(13)

Patologias mais comuns nos idosos

É conhecido que o estado de saúde oral pode deteriorar-se rapidamente quando um idoso é internado ou institucionalizado. No caso de idosos frágeis, o risco de mortalidade associado à alta carga de patógenos na cavidade oral é evidenciado. Como consequência, é esperado um declínio das condições de saúde oral dos idosos, seguido de um aumento da cárie dentária e da doença periodontal.

A doença periodontal crônica complicada por doença inflamatória sistêmica, igualmente, continua a ser um desafio nos idosos. O aumento da incidência de doenças crônicas acarreta um custo financeiro que pode ser insustentável para os sistemas de saúde, sociedades e indivíduos. (14)

A má saúde oral é mais comum em idosos que sofrem de demência, um distúrbio que se tornará prevalente com o avanço da idade na população mundial. Mesmo nas fases iniciais da progressão da doença, os idosos com demência apresentam um fluxo salivar reduzido, o que pode levar não só a uma maior prevalência de cárie dentária, mas também a dificuldades em mastigar e deglutir, o que compromete as capacidades de comunicação. (5)

Lesões na mucosa oral são frequentes entre os idosos. (5) Próteses mal ajustadas, com oclusão desequilibrada e uso de prótese 24 horas podem estar envolvidas na patogênese da candidíase atrófica crônica. Hiperplasia fibrosa inflamatória e úlceras traumáticas podem resultar do trauma causado pela pressão das extremidades da prótese e das forças resultantes da oclusão desequilibrada de uma prótese total removível debilitada. Existe um aumento na frequência de hiperplasia fibrosa inflamatória e quelite angular à medida que aumenta o tempo de uso da prótese dentária. (15)

A estomatite protética é um dos problemas mais frequentes em portadores de próteses totais. É uma doença multifatorial causada por vários fatores predisponentes e etiológicos. Afeta entre 11% e 67% desses pacientes e está diretamente relacionada com a má higiene oral e consequente colonização por *Candida albicans*. O tratamento da estomatite protética consiste no retirar da prótese à noite, uso de antissépticos e antifúngicos tópicos ou sistêmicos e, em alguns casos, substituição protética. (15)

Os fatores de risco para pneumonia aspirativa em idosos incluem xerostomia e higiene oral inadequada. É crucial melhorar o estado de higiene oral dos idosos com doença de Alzheimer para diminuir o risco de sofrer de pneumonia por aspiração. (16)

Além disso, foi demonstrado que a realização de intervenções ao nível da cavidade oral podem prevenir aproximadamente uma em cada dez mortes por pneumonia associada aos cuidados de saúde. Tanto os dentes naturais como as próteses dentárias podem constituir um reservatório para agentes patogénicos respiratórios. (8)

Métodos de higiene da cavidade oral

Apesar do conhecimento e da vasta gama de produtos de higiene oral comercializados, grande parte da literatura dentária permanece um tanto ambígua sobre os benefícios relativos das diferentes ferramentas e técnicas de higiene oral. A interpretação da literatura atual é limitada por fatores que incluem a curta duração, o envolvimento da indústria e a heterogeneidade dos desenhos dos estudos e dos parâmetros de avaliação. (17)

Grande parte dos cuidadores institucionais não segue as instruções de higiene oral. Uma razão para a não adesão é que muitos não compreendem a sua importância e muitos também não sabem como executar fisicamente as técnicas essenciais para manter a saúde oral. (18)

A melhor evidência de longo prazo sugere que realizar a higiene oral duas ou mais vezes por dia está relacionado com uma menor profundidade de bolsas periodontais desenvolvidas. Mecanismos de higienização fisiológica como a língua, as bochechas e a saliva são insuficientes no que diz respeito à prevenção da inflamação. A saúde periodontal é influenciada principalmente pela qualidade e precisão do controlo mecânico da placa bacteriana. (19)

Prevenção

O controlo da placa bacteriana é um método eficaz para a prevenção da gengivite. Com base na correlação entre gengivite-periodontite, o controlo da placa bacteriana também é indicado para a prevenção da doença periodontal.

A prevenção está dividida em dois tipos. A prevenção primária onde existe um aconselhamento e instrução de cuidados de higiene oral em indivíduos saudáveis focado na prevenção de placa bacteriana e gengivite. E a prevenção secundária onde existe um aconselhamento e instrução de cuidados de higiene oral em pacientes com doença periodontal tratada. (17)

Instruções de higiene oral

Higiene oral mecânica

O paciente idoso deve receber instruções de higiene oral personalizado que reflita o seu estado de doença, fatores anatômicos locais intraorais, provável adesão e destreza manual. Assim sendo, pode ser preciso verificar-se a necessidade de adaptação ao longo do tempo.

A escovagem manual ou elétrica é recomendada como o principal meio de redução da placa bacteriana e da gengivite. Quando o controlo da placa permanece inadequado, escovas elétricas recarregáveis devem ser recomendadas. Estas recomendações atuais sobre a frequência e duração da escovagem dentária baseiam-se principalmente na administração de flúor à dentição e na maximização da adesão do paciente. Recomenda-se a escovagem duas vezes por dia durante dois minutos. (17)

O método de escovagem dentário recomendado é a conhecida técnica de Bass, também chamada de escovagem sulcular. Esta técnica concentra-se na higienização das áreas cervicais dos dentes e da região abaixo da margem gengival adjacente. O paciente é instruído a usar uma quantidade de pasta de dente equivalente a uma ervilha. A cabeça da escova é posicionada de forma oblíqua em direção ao dente, de modo que as cerdas fiquem inclinadas aproximadamente 45° em relação à margem gengival, estendendo-se até ao sulco. O movimento da escova é da frente para trás, sem retirar as pontas das cerdas do sulco. Recomenda-se que o paciente se concentre em movimentos curtos, trabalhando um ou dois dentes de cada vez. A mesma técnica é aplicada para superfícies palatinas/ linguais. Nas superfícies linguais de dentes anteriores, a cabeça da escova é mantida vertical para permitir um melhor acesso. As superfícies oclusais devem ser escovadas com movimentos de vaivém. Conforme destaca Harrison (2017), é importante ressaltar que esta

técnica também pode ser adaptada para escovas eléctricas. Os pacientes são aconselhados a seguir sempre a mesma sequência de escovagem, higienizando todas as superfícies dos dentes e áreas da boca.

As escovas de cerdas macias são as mais recomendadas, pois reduzem o potencial trauma tecidual e abrasão dentária, mas mantêm a remoção eficaz da placa bacteriana. (17)

Higiene interproximal

A escovagem geralmente não consegue proporcionar uma higienização eficaz nos espaços interproximais. Portanto, a higiene interproximal é crucial para preservar a saúde nessa área, especialmente para a prevenção secundária. Os locais interproximais podem ser mais suscetíveis à deterioração do tecido periodontal devido à complexidade da anatomia interdental e à ausência de uma barreira mucosa queratinizada na região do colo interdentário. A higiene interproximal deve ser feita pelo menos uma vez por dia. Os pacientes devem ser incentivados a seleccionar um horário que facilite a adesão e, para alguns, isso pode não coincidir com o momento da escovagem. As escovas interdentais geralmente são consideradas o dispositivo de escolha na maioria dos casos, sendo particularmente indicadas para espaços abertos. O uso do fio dentário pode ser preferível em locais saudáveis onde as escovas interproximais não conseguem passar de forma suave pelo espaço interproximal. (17)

Controlo químico da placa bacteriana

O controlo químico da placa bacteriana é predominantemente alcançado por meio de dois métodos: o uso de pasta dentífrica e colutórios orais. Esses agentes têm a capacidade de aprimorar a sensação subjetiva de higiene e proporcionar controlo da halitose. A escolha do produto deve ser baseada nas necessidades individuais dos pacientes, considerando a sua propensão à cárie dentária e perfil de risco periodontal. Fatores como conveniência, preço e sabor também podem influenciar na seleção dos produtos para a manutenção da saúde oral. (17)

i. Pasta dentífrica

O uso de pasta dentífrica com flúor é recomendada. Produtos fitoterápicos e cosméticos, por outro lado, podem não conter flúor e, alguns casos, apresentar maior teor de abrasão. Os ingredientes ativos adicionais podem variar entre os produtos disponíveis no mercado, incluindo agentes anti-placa, anti-cálculo, anti gengivite e anti-sensibilidade. As pastas de dentes representam um método eficaz para fornecer agentes ativos, uma vez que são amplamente aceitas pelos pacientes como parte integrante da sua rotina de higiene oral. (17)

ii. Colutórios orais

A higiene mecânica continua a ser a base do tratamento preventivo. No entanto, o uso de colutórios orais introduz uma etapa adicional no regime de higiene oral, o que pode impactar a adesão do paciente. Quando o controlo mecânico da placa bacteriana é insuficiente ou a higiene não é eficaz na prevenção da inflamação gengival, a utilização de colutórios pode ser recomendada. A eficácia anti-placa destes produtos pode depender da persistência prolongada da ação anti-microbiana na boca, conhecida como substantividade. Pode ser benéfico usar colutórios orais após a escovagem dos dentes, evitando passar por água para maximizar os efeitos. Quando indicados, é sugerido realizar esse procedimento duas vezes ao dia durante 30 segundos. Contudo, é importante estar ciente de possíveis efeitos colaterais locais, como manchas extrínsecas nos dentes, alterações no paladar e desconforto devido ao elevado teor de álcool, os quais podem reduzir a aceitabilidade por parte dos pacientes. (17)

Métodos de higiene das próteses

A correta utilização e manutenção da prótese são de extrema importância para os pacientes, não apenas por questões estéticas e funcionais, mas também

para a saúde dos tecidos de suporte e para garantir a durabilidade adequada da própria prótese. (15)

A maioria dos pacientes enfrenta desafios relacionados com a higiene da prótese devido à falta de conhecimento, utilização de técnicas incorretas de higienização e ausência de padrões na avaliação da higiene das próteses. O cuidado inadequado da prótese tem impactos negativos na sua longevidade clínica, contribuindo para o acúmulo de placa dentária. Por exemplo, o uso de uma escova muito dura durante a escovagem pode resultar em danificação, promovendo o crescimento microbiano, e a utilização inadequada de produtos de higienização específicos para próteses dentárias pode causar danos permanentes ao dispositivo protético. (20)

As recomendações iniciais para os pacientes enfatizam a importância das visitas regulares ao médico dentista para manutenção, além de fornecer explicações detalhadas sobre a correta higienização e uso da prótese. Fatores cruciais, como a qualidade da superfície de adaptação da prótese, as relações oclusais, a idade do dispositivo e a prática de higiene, desempenham um papel significativo na prevalência de lesões na mucosa oral associadas ao uso de próteses dentárias.

Recomenda-se a remoção das próteses durante a noite ou por um determinado período de horas diárias, permitindo que os tecidos de suporte recuperem do trauma causado pelo contato físico constante. (15)

Existem dois métodos principais para a higiene de próteses: o mecânico e o químico. É indicado o uso ideal de ambos os métodos em conjunto para obter um controle mais eficaz da placa bacteriana.

Métodos mecânicos

Os métodos mecânicos compreendem o uso de escova ou auxiliares de higienização que utilizam vibração, como no caso do ultrassom.

Os complementos destinados a facilitar a higienização manual podem ser categorizados em pastas, géis, espumas ou pós. Cada um tem ingredientes semelhantes com modos de ação semelhantes. A escolha entre o uso de escova convencional ou com cerdas macias deve ser discutida individualmente

com o paciente, tendo em consideração a destreza do paciente, a facilidade de uso e o acesso para a higienização da respectiva prótese. (20)

Métodos químicos

Os produtos químicos destinados à higienização de próteses dentárias são formulados especificamente para desinfetar esses dispositivos orais e devem ser usados apenas externamente para evitar danos ao paciente.

Estes produtos químicos podem ser classificados com base no seu modo de ação, sendo à base de água da sanitária e contendo substâncias como hipoclorito de sódio e hidróxido de sódio, ou do tipo efervescente, com possíveis ingredientes como peróxido, bicarbonato, percarbonato e persulfato. Além disso, existem produtos à base de ácido mineral, enzimas e colutórios orais.

Os agentes químicos representam uma alternativa importante, especialmente para idosos e pacientes com deficiência motora. Estudos têm demonstrado a eficácia da clorexidina contra infecções fúngicas. (20)

Os peróxidos alcalinos demonstram eficácia na esterilização de próteses, alcançando uma taxa de mortalidade de 99% para a maioria dos organismos quando as próteses são imersas, pelos períodos recomendados, geralmente entre 10 e 20 minutos. Além disso, esses agentes oxidantes auxiliam na remoção de manchas e oferecem alguma ação antimicrobiana. A imersão das próteses numa solução de hipoclorito de sódio a 0,525% por 5 minutos também se mostra eficaz como método de desinfecção.

O uso de próteses dentárias pode afetar a ingestão nutricional dos idosos, principalmente quando a retenção ou estabilidade da prótese limita a eficiência mastigatória.

Os adesivos são usados para aprimorar a retenção, o conforto, a capacidade de mastigação e a segurança da prótese total. O seu uso durante o período de adaptação pode ser benéfico, mas os pacientes devem ser incentivados a reduzir ou mesmo eliminar gradualmente a sua dependência. Uma desvantagem potencial do uso excessivo de adesivos é o risco de camuflar adaptações incorretas da prótese. (15)

Objetivos

De referir que o presente estudo é a continuação de um projeto de investigação mais abrangente denominado “Caracterização dos cuidados de saúde oral aplicados por cuidadores institucionais”. Em 2023, foi aplicada a 1ª fase do estudo que consistiu na primeira aplicação do questionário “*Dental Coping Beliefs Scale*”. Os objetivos delineados para o presente estudo permitem o cumprimento da 2ª e 3ª fase do projeto de investigação “Caracterização dos cuidados de saúde oral aplicados por cuidadores institucionais”.

Assim, este estudo tem os seguintes objetivos delineados:

- I. Validação do *Dental Coping Beliefs Scale*.
- II. Definição e aplicação de estratégias de intervenção em literacia em saúde oral para os cuidadores, visando aprimorar o seus conhecimentos e práticas nessa área. Serão desenvolvidas e implementadas estratégias de intervenção específicas para melhorar a literacia em saúde oral dos cuidadores.
- III. Realização de formações para os cuidadores participantes, concentrando-se na literacia em saúde oral e nos cuidados específicos de saúde oral a serem fornecidos aos diferentes residentes institucionalizados.
- IV. Nova aplicação do questionário, em formato autoaplicado, para avaliação do impacto das intervenções comunitárias realizadas junto dos cuidadores. A análise subsequente avaliará o impacto das intervenções realizadas, identificando mudanças nos comportamentos e conhecimentos relacionados à literacia em saúde oral entre os cuidadores participantes.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal com uma amostra constituída por cuidadores institucionais que colaboram com a Santa Casa da Misericórdia. O estudo foi desenvolvido no Lar Viscondessa de São Caetano e no Centro Social Paroquial de Rio de Loba, localizados na região e no Distrito de Viseu. Obteve-se uma amostra final de 44 cuidadores participantes no estudo.

Metodologia

O estudo de investigação foi dividido em 3 fases.

1. Primeira Fase

Durante o ano letivo 2022/2023, a aluna Kaoane Gongaza Pedro conduziu e concluiu a primeira fase do estudo.

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/42789/1/203351452.pdf>

Nesta fase, com o objetivo de avaliar os cuidados de saúde oral prestados aos utentes institucionalizados, foi aplicado o questionário *Dental Coping Beliefs Scale*. Este questionário é reconhecido globalmente, é amplamente utilizado como uma medida padronizada e objetiva para compreender perceções e comportamentos de cuidadores institucionais face à saúde oral dos idosos.

Foi realizado em duas fases complementares: (i) tradução e adaptação cultural do questionário e (ii) validação estatística. A tradução e adaptação cultural foi realizada para obter um questionário equivalente ao desenvolvido no país de origem em relação conteúdo e semântica. Para esta adaptação, a tradução, método de retroversão para indivíduos bilíngues foi aplicado. O processo de tradução começou com duas traduções do *Dental Coping Beliefs Scale* por dois tradutores, ambos portugueses e fluentes em inglês. A versão traduzida foi revisada por um nativo de inglês em Portugal. A retroversão foi realizada por um tradutor independente, que não tinha nenhum conhecimento ou entre em contato com a versão original em inglês. O original e versões retraduzidas foram comparadas para avaliar o conteúdo dos itens e por fim a correção de questões técnicas referente a terminologia foi realizada.

2. Segunda Fase

A segunda fase consiste na implementação de um programa abrangente de formação sobre cuidados de saúde oral, direcionado aos prestadores de cuidados institucionais, com o objetivo de capacitar e sensibilizar estes profissionais para a importância da higiene oral e dos cuidados dentários em ambientes institucionais. As formações, em ambas as instituições, foram agendadas para horários que atendessem à disponibilidade de todos os participantes, garantindo a participação máxima e a eficácia do programa. Para além da apresentação em *powerpoint*, foram utilizados diversos materiais para enriquecer as sessões de formação, incluindo folhetos educativos e recursos práticos como escovas de dentes, fio dentário, modelos e próteses dentárias. Estes materiais complementares foram essenciais para proporcionar uma abordagem mais interativa e eficaz, permitindo que os participantes assimilassem os conceitos de higiene oral de uma maneira prática e tangível.

3. Terceira Fase

A etapa final do projeto compreendeu a reavaliação do questionário inicialmente administrado, com o objetivo de avaliar o impacto das intervenções comunitárias junto dos cuidadores, assim como analisar se ocorreram mudanças nos comportamentos e conhecimentos sobre literacia em saúde oral dos participantes do estudo. Esta segunda avaliação foi realizada dois meses após a conclusão da formação e distribuição de materiais de apoio à higiene oral.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Para garantir a eficácia e a relevância da formação sobre “Cuidados de Saúde Oral” destinada aos cuidadores institucionais, foram estabelecidos critérios rigorosos de inclusão e exclusão para a seleção dos participantes. Estes critérios foram fundamentais para manter a consistência e a qualidade do programa educacional.

Os critérios de inclusão abrangiam os seguintes aspectos: os participantes deveriam ser cuidadores institucionais ativos nas instituições abrangidas pelo projeto (Lar Viscondessa de São Caetano e ao Centro Social Paroquial de Rio de Loba); manifestar interesse prévio em participar na formação sobre “Cuidados de Saúde Oral”; possuir disponibilidade para comparecer às sessões de formação conforme os horários estabelecidos; apresentar proficiência mínima em leitura e compreensão do idioma em que a formação era ministrada; e demonstrar comprometimento com a aplicação dos conhecimentos adquiridos nas suas práticas profissionais.

Por outro lado, foram estabelecidos critérios de exclusão com o intuito de selecionar os participantes e manter a efetividade da formação. Assim, os critérios de exclusão incluíam: não ser um cuidador institucional ativo nas instituições abrangidas pelo projeto (Lar Viscondessa de São Caetano e ao Centro Social Paroquial de Rio de Loba) incluindo aqueles que trabalham em período noturno; falta de interesse demonstrado em participar na formação sobre “Cuidados de Saúde Oral”; indisponibilidade para comparecer às sessões de formação nos horários estabelecidos; ausência de proficiência mínima necessária em leitura e compreensão do idioma em que a formação era ministrada; e exibição de comportamento inadequado ou disruptivo durante as sessões de formação.

Os critérios para a reaplicação dos questionários aos cuidadores participantes foram definidos com rigor, em conformidade com os princípios éticos do consentimento informado. Antes de responderem ao questionário, os cuidadores institucionais, que já haviam participado da formação, precisavam de atender aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para a formação.

Calibragem

A calibragem do estudo de observação foi validada sob a responsabilidade de dois observadores distintos. A primeira fase foi conduzida por um observador, enquanto a segunda e terceira fase foi realizada por outro. Os observadores colaboraram regularmente para garantir a precisão e consistência dos resultados, assegurando assim a uniformidade e confiabilidade dos dados recolhidos.

As formações foram conduzidas em dois horários diferentes em cada instituição. No lar Viscondessa de São Caetano, uma ocorreu pela manhã, das 11h às 11h30, e outra após o almoço, das 14h às 14h30. Já no Centro Social Paroquial Rio de Loba, ocorreram no mesmo horário, das 14h30 às 15h, em dois dias distintos.

Os espaços usados para realizar a formação foram a sala de estar, de ambas as residências, por facilidade em termos de logística e tendo em consideração a comodidade dos participantes e a disponibilidade de recursos necessários para facilitar o aprendizado.

Em contraste com a abordagem da primeira fase, no qual os questionários foram preenchidos em formato de entrevista individual, a terceira fase consistiu na replicação desses mesmos questionários, agora disponibilizados em formato de preenchimento online, recorrendo ao link:

https://ucpresearch.qualtrics.com/jfe/form/SV_295qmvTFbNyKkpE

Material Utilizado

Os materiais utilizados para instruir os cuidadores foram diversos e essenciais para enriquecer a apresentação. Incluíram um computador com projetor para a apresentação de slides em PowerPoint (conforme abaixo), folhetos educativos (conforme em anexo), próteses dentárias, modelo dentário articulado, escova de dentes, fio dentário, pasta dentífrica, elixir, *superfloss*, escovilhões e raspador de língua.

Estes materiais auxiliares foram fundamentais para tornar a apresentação mais educativa, contribuindo para a atenção e envolvimento da audiência.

Adicionalmente, a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu forneceu pastas de dentes aos cuidadores institucionais. Estas pastas (imagem abaixo) foram oferecidas para que os cuidadores pudessem colocar em prática os conceitos adquiridos durante a formação.



Conteúdo Programático da Formação

Durante a formação, o conteúdo foi estruturado em três módulos, recorrendo-se ferramenta *powerpoint*, para a apresentação dos conteúdos aos formandos. Nos dois primeiros, o foco foi a contextualização e revisão dos conceitos-chave essenciais. No terceiro módulo, foram apresentadas e demonstradas instruções específicas corretas de higiene oral.

Um aspecto crucial da abordagem foi desmistificar equívocos comuns relacionados aos cuidados de saúde oral praticados por cuidadores institucionais. Isso foi realizado de forma inclusiva, com uma linguagem clara e objetiva que se adequava a todas as faixas etárias. O objetivo era garantir que todos os participantes entendessem de forma clara os conceitos e técnicas abordadas no programa de formação, facilitando a aplicação prática no cuidado diário.

Além disso, foi enfatizado a importância da colaboração e do trabalho em equipa entre os cuidadores, promovendo um ambiente de mútuo apoio e troca de experiências. Esta abordagem colaborativa não apenas fortaleceu o aprendizado, como também incentivou a implementação eficaz dos conhecimentos adquiridos na rotina de cuidados.

Módulo 1: Envelhecimento; Saúde Oral; Viver com Saúde Oral.

Módulo 2: Patologias mais comuns nos Idosos.

Módulo 3: Higiene Oral; Protocolo de Higiene Oral; Reabilitação Oral (Tipos de próteses e Higienização); Estratégias para Cuidadores Institucionais; Folhetos Educativos; Debate e Esclarecimento de Dúvidas.

Variáveis: Dependentes e Independentes

A análise quantitativa é um método desenvolvido para a recolha de dados numéricos que podem ser usados para medir variáveis. Os dados quantitativos são estruturados e estatísticos e os seus resultados são objetivos e conclusivos. (30) A análise quantitativa é uma metodologia que fornece suporte quando é necessário retirar conclusões gerais de uma determinada pesquisa e prever resultados. (31)

Este projeto é fundamentalmente interligado a uma rede complexa de pessoas e processos burocráticos, tornando essencial e obrigatória a inclusão de variáveis no estudo. Essas variáveis podem ser divididas em dois grupos distintos: variáveis independentes e variáveis dependentes.

Começando pelas variáveis independentes, que representam os elementos estáticos do estudo, destacam-se: idade, género, área de residência, habilitações literárias, instituição onde o participante está inserido, número de anos de experiência, formação específica na área da saúde ou em saúde oral.

Por outro lado, as variáveis dependentes são aquelas que sofrem influência das variáveis independentes. Neste contexto, referem-se às perguntas formuladas durante a primeira fase do projeto, que exploram o impacto da formação recebida pelos cuidadores nos seus comportamentos em relação à saúde oral dos utentes institucionalizados.

Essas questões são cruciais para compreendermos o impacto da formação nas práticas de saúde oral dos cuidadores em contextos institucionais. As questões foram cuidadosamente formuladas de maneira clara e concisa, visando garantir uma recolha de dados precisa e significativa para a análise e conclusões desta pesquisa.

Considerações Éticas

O projeto foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sendo aprovado pela mesma em fevereiro de 2023 (anexo I).

Na condução deste estudo de investigação, os princípios éticos foram cuidadosamente considerados para garantir o anonimato e a confidencialidade

dos dados recolhidos. Para confirmar estes termos, os cuidadores institucionais residentes assinaram um Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo (anexo II). O documento descreve, de forma sucinta e explícita, o enquadramento e a explicação do estudo em questão. Além disso, deixa claro que o estudo não beneficia de qualquer tipo de financiamento ou conflito de interesse e corrobora a confidencialidade e o anonimato dos dados, utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto.

Análise Estatística

Após a recolha dos questionários, os dados foram inseridos e processados na plataforma *Qualtrics*, utilizando técnicas estatísticas avançadas para explorar padrões, relações e insights relevantes, essenciais para a compreensão abrangente dos resultados deste estudo. Além disso, a plataforma *Qualtrics* proporcionou uma interface intuitiva e ferramentas analíticas eficazes, facilitando a organização, visualização e interpretação dos dados, garantindo assim uma análise abrangente e precisa para fundamentar as conclusões deste estudo.

Uma vez selecionado o paradigma de pesquisa, a amostra de acordo com o enfoque escolhido, o problema de pesquisa e as hipóteses, o passo seguinte é a recolha de dados pertinentes sobre acontecimentos, contextos, categorias, comunidades ou objetos envolvidos na pesquisa. (22)

Para responder aos objetivos do estudo foi pedido aos formandos para preencherem o questionário *online* no formato de autoadministração durante os meses de abril e maio de 2024.

No total foram realizados 44 questionários. A participação dos participantes efetivou-se voluntariamente e, tal como já referido anteriormente, foi garantido o anonimato dos dados fornecidos. O preenchimento do questionário teve uma duração média de cerca de 10 minutos.

A análise estatística da base de dados foi realizada usando o IBM-SPSS® 24.0, permitindo a determinação de prevalências e comparação de proporções considerando o nível de significância a 5%. Relativamente ao processo de

validação do *Dental Coping Beliefs Scale*, a maioria dos itens era categórica e a confiabilidade teste-reteste do questionário foi avaliada pelo cálculo do teste de Cronbach coeficiente alfa. Um coeficiente superior a 0,6 indica uma consistência aceitável, podendo considerar-se o questionário validado para aplicação na população portuguesa.

III. RESULTADOS

Seleção e Caracterização da Amostra

A formação sobre “Cuidados de Saúde Oral”, destinada aos cuidadores institucionais, foi expandida para incluir todo o tipo de público interessado, refletindo assim um compromisso com a educação abrangente e acessível, promovendo a conscientização e o acesso equitativo aos conhecimentos essenciais sobre saúde oral.

Dos 44 cuidadores institucionais que responderam ao questionário na primeira fase do projeto, apenas um número reduzido participou na formação subsequente.

Contudo, é de referir que a população é o conjunto de pessoas que apresentam uma ou mais características comuns e sobre a qual se pretende incidir. A amostra é uma parte da população sobre a qual vão ser testadas as hipóteses e inferir resultados que caracterizam a população. (32)

Assim, a amostragem é um processo pelo qual os pesquisadores escolhem uma parte da população para analisar (33), já o termo população-alvo, ou às vezes referido como população de interesse, é formado por elementos relevantes para o pesquisador e, conseqüentemente, respondem às necessidades da pesquisa. Assim sendo, a população-alvo desta pesquisa foi constituída por 44 cuidadores institucionais dos dois lares anteriormente referidos, pelo que esta foi uma amostra por conveniência, uma vez que o questionário foi divulgado particularmente aos mencionados cuidadores.

Através de dados que foram recolhidos entre abril e maio de 2024 obtiveram-se 44 questionários válidos. Os sujeitos da amostra foram caracterizados de acordo com os dados biográficos e demográficos como género, idade, residência, habilitações literárias, instituição para a qual trabalha, o tempo que trabalha como cuidador(a) institucional, formação específica na área da saúde e em saúde oral, métodos de higiene oral aplicados aos utentes.

Resposta	Frequência absoluta	Percentagem relativa
Feminino	43	97,7%
Masculino	1	2,3%
Total	44	100,0%

Tabela 1 - Perfil da amostra quanto ao gênero

De acordo com a tabela 1 - Perfil da amostra e começando pelo gênero verifica-se que a amostra é fortemente composta por participantes do gênero feminino, representando 97,7% (43 de 44) do total. Apenas 2,3% (1 de 44) dos participantes se identificam como do gênero masculino.

Resposta	Frequência	Percentagem
21 - 30	5	11,4%
31 - 40	9	20,5%
41 - 50	15	34,1%
51 - 60	10	22,7%
61 - 70	5	11,4%
Total	44	100,0%

Tabela 2 - Perfil da amostra quanto à idade

Considerando a tabela 2, observamos que a maior parte dos participantes está na faixa de 41 a 50 anos, com 34,1%. A segunda maior faixa é de 31 a 40 anos, com 20,5%. Participantes nas faixas de 21 a 30 e 61 a 70 anos são os menos representados, cada uma com 11,4%.

Resposta	Frequência	Percentagem
Aldeia	25	56,8%
Vila	2	4,5%
Cidade	17	38,6%
Total	44	100,0%

Tabela 3 - Área de residência dos inquiridos

Relativamente à área de residência, e de acordo com a tabela 3 verifica-se que a maioria dos participantes, 56,8% (25 de 44), residem em aldeias. A segunda

maior categoria de residência é a cidade, com 38,6% (17 de 44) dos participantes. Apenas 4,5% (2 de 44) dos participantes residem em vilas.

Resposta	Frequência	Porcentagem
Básico	23	52,3%
Secundário	14	31,8%
Ensino Profissional/Técnico	4	9,1%
Ensino Superior	2	4,5%
Total	44	100,0%

Tabela 4 - Habilitações literárias dos inquiridos

Mediante a análise dos dados referentes às habilitações literárias, decorrentes da tabela 4, verificamos que a maioria dos inquiridos, 52,3% (23 de 44), possui o nível de habilitação básico. A segunda maior categoria é o ensino secundário, com 31,8% (14 de 44) dos participantes; 9,1% (4 de 44) dos participantes têm formação profissional ou técnica. Apenas 4,5% (2 de 44) dos participantes possuem ensino superior.

Resposta	Frequência	Porcentagem
Lar RL	13	29,5%
VSC	31	70,5%
Total	44	100,0%

Tabela 5 - Instituição para a qual trabalha (Lar)

Da análise da tabela 5, instituição para a qual trabalha, averigua-se que, 29,5% (13 de 44) dos participantes trabalham na instituição "Lar RL" e que 70,5% (31 de 44) dos participantes trabalham na instituição "VSC".

Resposta	Frequência	Porcentagem
Menos de 1 ano	3	6,8%
1-5 anos	8	18,2%
6-10 anos	7	15,9%
Mais de 10 anos	26	59,1%
Total	44	100,0%

Tabela 6 - Tempo que trabalha como cuidador(a) institucional

Da análise da tabela 6, Distribuição do Tempo de Trabalho, observa-se, que 6,8% (3 de 44) dos participantes têm menos de 1 ano de experiência como cuidadores institucionais. 18,2% (8 de 44) dos participantes têm entre 1 e 5 anos de experiência. 15,9% (7 de 44) dos participantes têm entre 6 e 10 anos de experiência. A maioria dos participantes, 59,1% (26 de 44), tem mais de 10 anos de experiência.

Resposta	Frequência	Porcentagem
Sim	31	70,5%
Não	13	29,5%
Total	44	100,0%

Tabela 7 - Formação específica na área da saúde

Quanto à questão “Possui alguma formação específica na área da saúde”, verificou-se que a maioria dos inquiridos, 70,5% (31 de 44), possui alguma formação específica na área da saúde e ao invés 29,5% (13 de 44) dos participantes não possuem formação específica na área da saúde.

Área de Formação	Frequência	Porcentagem
Enfermagem	10	32,3%
Fisioterapia	5	16,1%
Nutrição	7	22,6%
Medicina	4	12,9%
Outro	5	16,1%
Total	31	100,0%

Tabela 8 - Distribuição por área de formação

Da análise da tabela 8, Distribuição por área de Formação, verifica-se que a maioria dos participantes possui formação específica na área da saúde, sendo que têm formação em enfermagem, representando 32,3% (10 de 31). A segunda maior área de formação é nutrição, com 22,6% (7 de 31). Fisioterapia e Outro, ambas as categorias representam 16,1% (5 de 31) cada. 12,9% (4 de 31) dos participantes têm formação em saúde.

Resposta	Frequência	Porcentagem
Sim	13	29,5%
Não	31	70,5%
Total	44	100,0%

Tabela 9 - Formação Específica em Cuidados de Saúde Oral

Da análise da tabela 9, que se refere à formação específica em cuidados de saúde oral, apurou-se que 29,5% (13 de 44) dos participantes possuem formação específica em cuidados de saúde oral; ao invés 70,5% (31 de 44) dos participantes não possuem formação específica em cuidados de saúde oral.

Resposta	Frequência	Porcentagem
Sim	40	90,9%
Não	4	9,1%
Total	44	100,0%

Tabela 10 - Importância da Formação na Área da Saúde Oral no Exercício da Profissão

Relativamente à importância da formação na área da saúde oral no exercício da profissão verifica-se que a grande maioria dos participantes, 90,9% (40 de 44), acredita que a formação na área da saúde oral é importante no exercício de sua profissão. Apenas 9,1% (4 de 44) dos participantes não consideram a formação em saúde oral importante para o exercício de sua profissão.

Método de Higiene Oral	Frequência	Porcentagem
Escova dentária fornecida pelo familiar	30	68,2%
Escovagem com escova de cerdas duras	5	11,4%
Escovagem com escova de cerdas médias	10	22,7%
Escovagem com escova de cerdas suaves	20	45,5%
Escovagem com escova elétrica	3	6,8%
Escovilhão interdentário	7	15,9%
Fio/fita dentária	12	27,3%
Pasta dentífrica fluoretada	28	63,6%
Limpeza com compressa/gaze/esponja húmida	15	34,1%
Colutórios (elixir para bochecho)	10	22,7%

Método de Higiene Oral	Frequência	Porcentagem
Bochecho com água (após escovar)	18	40,9%
Evitar ingerir alimentos ou bebidas depois da última higienização oral noturna	25	56,8%
Limpeza da prótese dentária com recurso a escova	8	18,2%
Limpeza da prótese dentária com recurso a água corrente	10	22,7%
Remoção da prótese dentária durante a noite	6	13,6%
Manter a prótese em água num copo de vidro	5	11,4%
Manter a prótese em água num copo de plástico	2	4,5%
Sabão neutro	4	9,1%
Ingerir alimentos ou bebidas depois da última limpeza oral noturna	1	2,3%
Total	44	100,0%

Tabela 11 - Métodos de Higiene Oral Aplicados aos utentes

Mediante a análise da tabela 11, métodos de higiene oral aplicados aos utentes, verificou-se que escova dentária fornecida pelo familiar (68,2%) e pasta dentífrica fluoretada (63,6%) são os métodos mais frequentemente utilizados. Evitar ingerir alimentos ou bebidas depois da última higienização oral noturna (56,8%) também é uma prática comum entre os cuidadores. Como métodos menos comuns, manter a prótese em água num copo de plástico (4,5%) e ingerir alimentos ou bebidas depois da última higienização oral noturna (2,3%) são as práticas menos comuns.

Análise descritiva dos resultados

Neste ponto, o objetivo fundamental é a apresentação dos resultados do estudo, decorrente dos dados recolhidos através do inquérito por questionário cujos resultados obtidos mediante a aplicação do SPSS.

Esta análise baseia-se na segunda parte do questionário (questões 1 a 23), onde se aplicou uma escala de *Likert*, que na pesquisa é uma ferramenta eficaz para medir as atitudes e opiniões dos cuidadores sobre literacia em saúde oral. Através dessa escala de cinco pontos, é possível captar nuances nas perceções dos inquiridos, o que é fundamental para desenvolver intervenções educativas direcionadas e eficazes.

A Escala de *Likert* foi utilizada para avaliar o grau de concordância dos participantes com várias afirmações relacionadas com a literacia em saúde oral. A escala utilizada neste questionário tem cinco pontos, que vão desde "Discordo totalmente" até "Concordo totalmente", ou seja, "Discordo totalmente": o inquirido não concorda de forma alguma com a afirmação; "Discordo parcialmente": o inquirido concorda pouco com a afirmação; "Nem concordo nem discordo": o inquirido está neutro em relação à afirmação; "Concordo parcialmente": o inquirido concorda de alguma forma com a afirmação; "Concordo totalmente": o inquirido concorda plenamente com a afirmação.

Para o efeito elaborámos uma tabela de frequência que contempla as questões 01 a 28, de acordo com o questionário aplicado.

Pergunta	Discordo Totalmente (%)	Discordo Parcialmente (%)	Nem Concordo nem Discordo (%)	Concordo Parcialmente (%)	Concordo Totalmente (%)
Q01: Reconhecer necessidade de ajuda com higiene oral	9,1	15,9	34,1	36,4	4,5
Q02: Menos problemas dentários com escovação correta	0,0	0,0	0,0	15,9	84,1
Q03: Conhecimento sobre tratamento de doenças orais	0,0	4,5	11,4	43,2	40,9
Q04: Produtos fluoretados mais indicados para crianças	4,5	20,5	22,7	29,5	22,7
Q05: Dentes devem durar uma vida inteira	0,0	6,8	4,5	31,8	56,8
Q06: Prevenção de cáries apenas por dentista	4,5	6,8	4,5	27,3	56,8
Q07: Prevenção da cárie dentária	2,3	0,0	9,1	11,4	77,3
Q08: Melhor prestação de cuidados com formação	0,0	0,0	2,3	6,8	90,9
Q09: Escovação não ajuda com má saúde oral existente	2,3	18,2	29,5	29,5	20,5

Pergunta	Discordo Totalmente (%)	Discordo Parcialmente (%)	Nem Concordo nem Discordo (%)	Concordo Parcialmente (%)	Concordo Totalmente (%)
Q10: Próteses dentárias não precisam ser removidas à noite	18,2	20,5	27,3	29,5	4,5
Q11: Sei utilizar corretamente o fio dentário	4,5	6,8	11,4	25,0	52,3
Q12: Doenças e medicações não prejudicam dentes	36,4	38,6	15,9	6,8	2,3
Q13: Fio dentário previne doenças gengivais	6,8	9,1	9,1	27,3	47,7
Q14: Doença gengival é impossível de controlar	20,5	27,3	36,4	13,6	2,3
Q15: Sei como prevenir candidíase oral	6,8	18,2	20,5	25,0	29,5
Q16: Parar uso do fio dentário se a gengiva sangra	20,5	11,4	27,3	22,7	18,2
Q17: Perda dentária é normal no envelhecimento	29,5	22,7	15,9	18,2	13,6
Q18: Utentes precisam de ajuda na higiene oral	2,3	13,6	6,8	31,8	45,5
Q19: Visitar o dentista apenas com dor	15,9	25,0	22,7	18,2	18,2
Q20: Bons hábitos orais não previnem perda dentária	9,1	20,5	22,7	27,3	20,5
Q21: Conhecer doenças orais melhora cuidados	2,3	6,8	22,7	27,3	40,9
Q22: Próteses dentárias são mais fáceis de cuidar	2,3	13,6	25,0	36,4	22,7
Q23: Removo a placa bacteriana com sucesso	2,3	2,3	22,7	45,5	27,3
Q24: Método de escovagem é tão eficaz quanto outros	6,8	20,5	25,0	31,8	15,9
Q25: Doença gengival pode ser prevenida	2,3	0,0	11,4	27,3	59,1
Q26: Parar de escovar se gengivas sangrarem	15,9	20,5	20,5	27,3	15,9

Pergunta	Discordo Totalmente (%)	Discordo Parcialmente (%)	Nem Concordo nem Discordo (%)	Concordo Parcialmente (%)	Concordo Totalmente (%)
Q27: Utentes comem melhor com boca saudável	2,3	6,8	18,2	36,4	36,4
Q28: Escovagem previne cáries	2,3	2,3	6,8	20,5	68,2

Tabela 12- Tabela de Frequência das Questões 01 a 28

Da análise da tabela acima, podemos verificar relativamente à Q01, reconhecer necessidade de ajuda com higiene oral, que a maioria concorda (36,4% parcialmente e 4,5% totalmente), mas há uma divisão significativa com 34,1% neutros e 25% discordantes.

No que diz respeito à Q02, menos problemas dentários com escovação correta, quase todos os participantes concordam totalmente (84,1%), com uma pequena parcela concordam parcialmente (15,9%).

No tocante à Q03, conhecimento sobre tratamento de doenças orais, verifica-se uma alta confiança com 40,9% concordando totalmente e 43,2% parcialmente.

Relativamente à Q04, produtos fluoretados mais indicados para crianças do que para idosos, observa-se opiniões divididas, com 22,7% neutros, 22,7% concordando totalmente e 25% discordando.

Quanto à questão Q05, dentes devem durar uma vida inteira observou-se uma alta concordância (56,8% totalmente e 31,8% parcialmente).

Já no que diz respeito à Q06, prevenção de cáries apenas por dentista, a maioria discorda (56,8% totalmente e 27,3% parcialmente).

No referente à Q07, prevenção da cárie dentária, verificou pela análise da tabela 11 uma forte concordância (77,3% totalmente e 11,4% parcialmente), ou seja, a maioria acredita que a cárie dentária pode ser prevenida.

No que concerne à Q08, melhor prestação de cuidados com formação, averiguou-se que quase todos os participantes concordam totalmente (90,9%), isto é, a grande maioria considera que ter formação em cuidados de saúde oral, permite prestar melhores cuidados aos seus utentes.

Relativamente à Q09, escovação não ajuda com má saúde oral existente, as opiniões dividiram-se com 50% concordando (totalmente e parcialmente), ou

seja, se os utentes já possuírem uma má saúde oral, a escovagem e utilização do fio dentário não irá ajudar.

Analisando a Q10, próteses dentárias não precisam ser removidas à noite, temos opiniões variadas com 34% concordando e 38,7% discordando, isto é, uma percentagem considerável de participantes considera que próteses dentárias NÃO necessitam de ser removidas durante a noite (a não ser que o utente queira).

No que concerne à Q11, sei utilizar corretamente o fio dentário, a maioria concorda totalmente (52,3%) ou parcialmente (25,0%). Uma pequena parte discorda (11,3% totalmente e parcialmente) e 11,4% estão neutros, ou seja, não concordam nem discordam.

No que refere à Q12, doenças e medicações não prejudicam dentes, a grande maioria dos participantes discorda (36,4% totalmente e 38,6% parcialmente). Apenas 9,1% acredita que NÃO é possível prever a maneira que certas doenças e medicações podem prejudicar os dentes.

Passando à análise da Q13, fio dentário previne doenças gengivais, observou-se que a maioria concorda (47,7% totalmente e 27,3% parcialmente). Pequena parte discorda (15,9% totalmente e parcialmente) e 9,1% estão neutros, pois não concordam, nem discordam com o facto de que o fio dentário pode prevenir doenças gengivais.

Da análise da Q14, doença gengival é impossível de controlar, muitos dos participantes discordam (20,5% totalmente e 27,3% parcialmente). 36,4% estão neutros relativamente ao facto de que acreditam que uma vez que a doença gengival esteja instalada, é impossível de controlar.

Perante a observação dos dados da Q15, sei como prevenir candidíase oral, a maioria concorda (29,5% totalmente e 25,0% parcialmente), mas há 25% de neutros, ou seja, não têm uma opinião concreta no que se refere ao facto de que acreditam que sabem como prevenir candidíase oral.

Passado à análise da Q16, parar uso do fio dentário se a gengiva sangra, as opiniões estão divididas, com 31,9% discordando (totalmente e parcialmente) e 40,9% concordando (totalmente e parcialmente).

No que se refere à Q17, perda dentária é normal no envelhecimento, verificou-se que 52,2% dos participantes discordam (totalmente e parcialmente). 31,8% concordam (totalmente e parcialmente).

Perante a análise da Q18, utentes precisam de ajuda na higiene oral, a maioria concorda (45,5% totalmente e 31,8% parcialmente). Apenas 15,9% discordam (totalmente e parcialmente) de que os seus utentes requerem a sua ajuda na sua higiene oral.

Quanto à observação dos resultados relativos à Q19, visitar o médico dentista apenas com dor, surgem opiniões variadas com 40,9% discordando (totalmente e parcialmente) e 36,4% concordando (totalmente e parcialmente).

Mediante a análise dos resultados obtidos com Q20, bons hábitos orais não previnem perda dentária, tal como na questão anterior, as opiniões estão divididas com 29,6% discordando (totalmente e parcialmente) e 47,8% concordando (totalmente e parcialmente), que acreditam que mesmo que tenhamos bons hábitos de higiene oral, os nossos dentes irão cair, acompanhando o processo de envelhecimento.

Relativamente à análise da Q21, conhecer doenças orais melhora cuidados, a maioria concorda (40,9% totalmente e 27,3% parcialmente). Apenas 9,1% discordam (totalmente e parcialmente) de que se soubesse como cada doença oral se processa, seriam capazes de praticar melhores cuidados de saúde oral aos seus utentes.

Da análise dos dados relativos à Q22, próteses dentárias são mais fáceis de cuidar, existem opiniões variadas, com 36,4% concordando parcialmente e 22,7% totalmente. 15,9% discordam (totalmente e parcialmente), que que uma prótese dentária dá menos trabalho a cuidar comparativamente aos dentes naturais.

Quanto à Q23, removo a placa bacteriana com sucesso, a maioria dos participantes concorda (45,5% parcialmente e 27,3% totalmente). Apenas 4,6% discordam (totalmente e parcialmente), que é capaz de remover, com sucesso, a maioria da placa bacteriana por forma a ajudar prevenir a cárie dentária e doença gengival.

No que diz respeito à análise dos dados da Q24, método de escovagem é tão eficaz quanto outros, do mesmo modo, as opiniões são díspares com 47,7% concordando (totalmente e parcialmente) e 27,3% discordando (totalmente e parcialmente), ou seja, acreditam que um método de escovagem seja tão eficaz quanto qualquer outro método de higiene oral (como por ex. o uso de colutório).

No que concerne à Q25, doença gengival pode ser prevenida, a maioria dos participantes concorda (59,1% totalmente e 27,3% parcialmente). Apenas 2,3% discordam totalmente.

Perante a análise estatística da Q26, Parar de escovar se gengivas sangrarem, podemos observar que a distribuição das respostas mostra uma divisão significativa nas opiniões. Aproximadamente 43,2% dos participantes concordam (parcialmente ou totalmente) que se deve parar de escovar se as gengivas sangrarem, enquanto 36,4% discordam (parcialmente ou totalmente). Os restantes 20,5% são neutros.

No que diz respeito aos dados obtidos para a questão Q27, Utentes comem melhor com boca saudável, verificou-se que a maioria dos participantes (72,8%) concorda (parcialmente ou totalmente) que os utentes comem melhor quando têm uma boca saudável e higienizada. Apenas 9,1% discordam (parcialmente ou totalmente), e 18,2% são neutros.

Por fim, podemos aferir da análise feita aos dados relativos à Q28, escovagem previne cáries, apurou-se que a grande maioria dos participantes (88,7%) concorda (parcialmente ou totalmente) que a escovagem previne cáries. Apenas 4,6% discordam (totalmente ou parcialmente) e 6,8% são neutros.

Análise Inferencial dos Resultados

A escolha por um estudo comparativo justifica-se pela necessidade de identificar e quantificar possíveis mudanças resultantes das intervenções formativas. Comparar os dados recolhidos antes e depois da implementação da formação permite uma análise mais robusta sobre a eficácia dos programas educativos, fornecendo evidências concretas sobre o impacto das formações na prática profissional dos cuidadores. Além disso, este método facilita a identificação de áreas que necessitam de aperfeiçoamento contínuo e oferece *insights* importantes para o desenvolvimento de futuras políticas e programas de capacitação na área da saúde oral.

Ao realizar-se esta comparação, é possível verificar se as estratégias de formação adotadas contribuíram efetivamente para uma melhoria na literacia em saúde oral entre os cuidadores. Essa análise é crucial não só para validar os esforços formativos empreendidos, mas também para ajustar e otimizar

futuras intervenções, assegurando que as práticas educacionais estejam alinhadas com as necessidades reais dos profissionais e dos utentes sob seus cuidados.

Dessa forma, o estudo comparativo desempenha um papel fundamental na avaliação contínua e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, reforçando a importância da educação continuada na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Questão	Resposta	Frequência Fase 1	Percentagem Fase 1	Frequência Fase 3	Percentagem Fase 3
Q01: Acredito que os meus utentes são capazes de reconhecer quando precisam de ajuda com a sua higiene oral	Discordo Totalmente	2	4,5%	4	9,1%
	Discordo Parcialmente	7	15,9%	7	15,9%
	Nem Concordo nem Discordo	13	29,5%	13	29,5%
	Concordo Parcialmente	13	29,5%	13	29,5%
	Concordo Totalmente	9	20,5%	7	15,9%
p=0,005					
Q02: Se escovar e utilizar corretamente o fio dentário, é expectável que os utentes tenham menos problemas dentários	Discordo Totalmente	0	0%	0	0%
	Discordo Parcialmente	0	0%	0	0%
	Nem Concordo nem Discordo	0	0%	0	0%
	Concordo Parcialmente	7	15,9%	7	15,9%
	Concordo Totalmente	37	84,1%	37	84,1%
Q03: Acredito que sei como as doenças orais devem ser tratadas	Discordo Totalmente	0	0%	0	0%
	Discordo Parcialmente	2	4,5%	2	4,5%
	Nem Concordo nem Discordo	5	11,4%	5	11,4%
	Concordo Parcialmente	19	43,2%	19	43,2%
	Concordo Totalmente	18	40,9%	18	40,9%
Q04: Acredito que os produtos fluoretados são mais indicados para crianças do que para	Discordo Totalmente	2	4,5%	2	4,5%
	Discordo Parcialmente	9	20,5%	9	20,5%
	Nem Concordo nem Discordo	10	22,7%	10	22,7%

Questão	Resposta	Frequência Fase 1	Percentagem Fase 1	Frequência Fase 3	Percentagem Fase 3
idosos	Concordo Parcialmente	13	29,5%	13	29,5%
	Concordo Totalmente	10	22,7%	10	22,7%
Q05: Acredito que os dentes devem durar uma vida inteira	Discordo Totalmente	0	0%	0	0%
	Discordo Parcialmente	3	6,8%	3	6,8%
	Nem Concordo nem Discordo	2	4,5%	2	4,5%
	Concordo Parcialmente	14	31,8%	14	31,8%
	Concordo Totalmente	25	56,8%	25	56,8%
Q06: Apenas o médico dentista consegue prevenir as cáries dentárias e as doenças gengivais	Discordo Totalmente	2	4,5%	2	4,5%
	Discordo Parcialmente	3	6,8%	3	6,8%
	Nem Concordo nem Discordo	2	4,5%	2	4,5%
	Concordo Parcialmente	12	27,3%	12	27,3%
	Concordo Totalmente	25	56,8%	25	56,8%
Q07: Acredito que a cárie dentária pode ser prevenida	Discordo Totalmente	1	2,3%	1	2,3%
	Discordo Parcialmente	0	0%	0	0%
	Nem Concordo nem Discordo	4	9,1%	4	9,1%
	Concordo Parcialmente	5	11,4%	5	11,4%
	Concordo Totalmente	34	77,3%	34	77,3%
Q08: Se eu tivesse formação em cuidados de saúde oral, eu seria capaz de prestar melhores cuidados aos meus utentes	Discordo Totalmente	0	0%	0	0%
	Discordo Parcialmente	0	0%	0	0%
	Nem Concordo nem Discordo	1	2,3%	1	2,3%
	Concordo Parcialmente	3	6,8%	3	6,8%
	Concordo Totalmente	40	90,9%	40	90,9%
Q09: Se os meus utentes já possuírem uma má saúde oral,	Discordo Totalmente	1	2,3%	1	2,3%
	Discordo Parcialmente	8	18,2%	8	18,2%

Questão	Resposta	Frequência Fase 1	Percentagem Fase 1	Frequência Fase 3	Percentagem Fase 3
a escovagem e utilização do fio dentário não irá ajudar	Nem Concordo nem Discordo	13	29.5%	13	29.5%
	Concordo Parcialmente	13	29.5%	13	29.5%
	Concordo Totalmente	9	20.5%	9	20.5%
Q10: Eu acredito que as próteses dentárias NÃO necessitam de ser removidas durante a noite (a não ser que o utente queira)	Discordo Totalmente	8	18,2%	8	18,2%
	Discordo Parcialmente	9	20,5%	9	20,5%
	Nem Concordo nem Discordo	12	27,3%	12	27,3%
	Concordo Parcialmente	13	29,5%	13	29,5%
	Concordo Totalmente	2	4,5%	2	4,5%
Q11: Acredito que sei utilizar corretamente o fio dentário	Discordo Totalmente	2	4,5%	2	4,5%
	Discordo Parcialmente	3	6,8%	3	6,8%
	Nem Concordo nem Discordo	5	11,4%	5	11,4%
	Concordo Parcialmente	11	25%	11	25%
	Concordo Totalmente	23	52,3%	23	52,3%
Q12: Acredito que NÃO é possível prever a maneira que certas doenças e medicações podem prejudicar os dentes	Discordo Totalmente	16	36,4%	16	36,4%
	Discordo Parcialmente	17	38,6%	17	38,6%
	Nem Concordo nem Discordo	7	15,9%	7	15,9%
	Concordo Parcialmente	3	6,8%	3	6,8%
	Concordo Totalmente	1	2,3%	1	2,3%
Q13: Acredito que o fio dentário pode prevenir doenças gengivais	Discordo Totalmente	3	6,8%	3	6,8%
	Discordo Parcialmente	4	9,1%	4	9,1%
	Nem Concordo nem Discordo	4	9,1%	4	9,1%
	Concordo Parcialmente	12	27,3%	12	27,3%
	Concordo Totalmente	21	47,7%	21	47,7%

Questão	Resposta	Frequência Fase 1	Percentagem Fase 1	Frequência Fase 3	Percentagem Fase 3
Q14: Acredito que uma vez que a doença gengival esteja instalada, é impossível de controlar	Discordo Totalmente	9	20,5%	1	2,3%
	Discordo Parcialmente	12	27,3%	12	27,3%
	Nem Concordo nem Discordo	16	36,4%	16	36,4%
	Concordo Parcialmente	6	13,6%	6	13,6%
	Concordo Totalmente	1	2,3%	9	20,5%
p=0,004					
Q15: Acredito que sei como prevenir candidíase oral	Discordo Totalmente	3	6,8%	2	4,5%
	Discordo Parcialmente	8	18,2%	7	15,9%
	Nem Concordo nem Discordo	9	20,5%	15	34,1%
	Concordo Parcialmente	11	25,0%	16	36,4%
	Concordo Totalmente	13	29,5%	4	9,1%
p=0,004					
Q16: Acredito que se a gengiva sangra quando utilizamos o fio dentário, devemos parar a sua utilização	Discordo Totalmente	3	6,8%	2	4,5%
	Discordo Parcialmente	8	18,2%	7	15,9%
	Nem Concordo nem Discordo	9	20,5%	15	34,1%
	Concordo Parcialmente	11	25,0%	16	36,4%
	Concordo Totalmente	13	29,5%	4	9,1%
p=0,004					
Q17: Acredito que a perda dentária é uma consequência normal do processo de envelhecimento	Discordo Totalmente	9	20,4%	1	2,3%
	Discordo Parcialmente	5	11,4%	8	18,2%
	Nem Concordo nem Discordo	12	27,3%	13	29,5%
	Concordo Parcialmente	10	22,7%	13	29,5%
	Concordo Totalmente	8	18,2%	9	20,5%
p>0,05					
Q18: Acredito que os meus utentes requerem a minha ajuda na sua higiene oral	Discordo Totalmente	1	2,3%	1	2,3%
	Discordo Parcialmente	6	13,6%	6	13,6%
	Nem Concordo nem Discordo	3	6,8%	3	6,8%
	Concordo Parcialmente	14	31,8%	14	31,8%
	Concordo Totalmente	20	45,5%	20	45,5%

Questão	Resposta	Frequência Fase 1	Percentagem Fase 1	Frequência Fase 3	Percentagem Fase 3
Q19: Acredito que apenas devemos visitar o médico dentista quando há dor	Discordo Totalmente	7	15,9%	20	45,5%
	Discordo Parcialmente	11	25,0%	17	38,6%
	Nem Concordo nem Discordo	10	22,7%	3	6,8%
	Concordo Parcialmente	8	18,2%	3	6,8%
	Concordo Totalmente	8	18,2%	1	2,3%
p>0,05					
Q20: Acredito que mesmo que tenhamos bons hábitos de higiene oral, os nossos dentes irão cair, acompanhando o processo de envelhecimento	Discordo Totalmente	4	9,1%	7	15,9%
	Discordo Parcialmente	9	20,5%	9	20,5%
	Nem Concordo nem Discordo	10	22,7%	10	22,7%
	Concordo Parcialmente	12	27,3%	12	27,3%
	Concordo Totalmente	9	20,5%	6	13,6%
p>0,05					
Q21: Se soubesse como cada doença oral se processa, eu seria capaz de praticar melhores cuidados de saúde oral aos meus utentes	Discordo Totalmente	1	2,3%	1	2,3%
	Discordo Parcialmente	3	6,8%	3	6,8%
	Nem Concordo nem Discordo	10	22,7%	10	22,7%
	Concordo Parcialmente	12	27,3%	12	27,3%
	Concordo Totalmente	18	40,9%	18	40,9%
Q22: Acredito que uma prótese dentária dá menos trabalho a cuidar comparativamente aos dentes naturais	Discordo Totalmente	1	2,3%	1	2,3%
	Discordo Parcialmente	6	13,6%	6	13,6%
	Nem Concordo nem Discordo	11	25,0%	11	25,0%
	Concordo Parcialmente	16	36,4%	16	36,4%
	Concordo Totalmente	10	22,7%	10	22,7%
Q23: Acredito que sou capaz de remover, com sucesso, a maioria da placa bacteriana por forma a ajudar a prevenir a cárie dentária e doença gengival	Discordo Totalmente	1	2,3%	1	2,3%
	Discordo Parcialmente	1	2,3%	1	2,3%
	Nem Concordo nem Discordo	10	22,7%	10	22,7%
	Concordo Parcialmente	20	45,5%	20	45,5%
	Concordo Totalmente	12	27,3%	12	27,3%

Questão	Resposta	Frequência Fase 1	Percentagem Fase 1	Frequência Fase 3	Percentagem Fase 3
Q24: Acredito que um método de escovagem seja tão eficaz quanto qualquer outro método de higiene oral (como por exemplo uso de colutório)	Discordo Totalmente	3	6,8%	3	6,8%
	Discordo Parcialmente	9	20,5%	9	20,5%
	Nem Concordo nem Discordo	11	25,0%	11	25,0%
	Concordo Parcialmente	14	31,8%	14	31,8%
	Concordo Totalmente	7	15,9%	7	15,9%
Q25: Acredito que a doença gengival pode ser prevenida	Discordo Totalmente	1	2,3%	1	2,3%
	Discordo Parcialmente	0	0,0%	0	0,0%
	Nem Concordo nem Discordo	5	11,4%	5	11,4%
	Concordo Parcialmente	12	27,3%	12	27,3%
	Concordo Totalmente	26	59,1%	26	59,1%
Q26: Acredito que se as gengivas sangrarem quando da escovagem, isso geralmente significa que devemos parar de escovar"	Discordo Totalmente	9	20,5%	18	40,9%
	Discordo Parcialmente	5	11,4%	16	36,4%
	Nem Concordo nem Discordo	12	27,3%	6	13,7%
	Concordo Parcialmente	10	22,7%	2	4,5%
	Concordo Totalmente	8	18,2%	2	4,5%
p=0,03					
Q27: Acredito que os nossos utentes comem melhor se tiverem uma boca saudável e higienizada	Discordo Totalmente	1	2,3%	1	2,3%
	Discordo Parcialmente	3	6,8%	3	6,8%
	Nem Concordo nem Discordo	8	18,2%	8	18,2%
	Concordo Parcialmente	16	36,4%	16	36,4%
	Concordo Totalmente	16	36,4%	16	36,4%
Q28: Acredito que a escovagem pode prevenir cáries	Discordo Totalmente	1	2,3%	1	2,3%
	Discordo Parcialmente	1	2,3%	1	2,3%
	Nem Concordo nem Discordo	3	6,8%	3	6,8%
	Concordo Parcialmente	9	20,5%	9	20,5%

Questão	Resposta	Frequência Fase 1	Percentagem Fase 1	Frequência Fase 3	Percentagem Fase 3
	Concordo Totalmente	30	68,2%	30	68,2%

Tabela 13 - Estatística descritiva da análise realizada para validação do questionário

Questão 01: Na fase 1, 20,5% dos participantes concordam totalmente que os utentes são capazes de reconhecer quando precisam de ajuda, comparado com apenas 15,9% na fase 3. Isso sugere que, na fase 3, há uma percepção mais negativa ou incerteza maior sobre a capacidade dos utentes de reconhecerem suas necessidades de higiene oral.

Questão 02: Em ambas as fases, 84,1% dos participantes concordam totalmente que a escovação correta reduz problemas dentários. A uniformidade das respostas mostra uma concordância forte e consistente sobre a importância da escovação correta.

Questão 03: As respostas são idênticas entre as duas fases, com 40,9% dos participantes, concordando totalmente que sabem como tratar doenças orais. Isso indica um bom nível de conhecimento entre os cuidadores em ambas as fases.

Questão 04: Os resultados são idênticos, com 22,7% dos participantes concordando totalmente que os produtos fluoretados são mais indicados para crianças do que para idosos. Isso sugere uma percepção comum sobre a adequação dos produtos fluoretados.

Questão 05: A visão sobre a durabilidade dos dentes é consistente entre as fases, com 56,8% dos participantes concordando totalmente que os dentes devem durar uma vida inteira.

Questão 06: As percepções são idênticas, com 56,8% dos participantes concordando totalmente que apenas o dentista pode prevenir cáries e doenças gengivais.

Questão 07: Ambas as fases mostram que 77,3% dos participantes concordam totalmente que a cárie dentária pode ser prevenida, destacando uma forte crença nas práticas preventivas.

Questão 08: Em ambas as fases, 90,9% dos participantes concordam totalmente que a formação em saúde oral melhora os cuidados, sublinhando a importância da educação contínua.

Questão 09: As respostas são idênticas, com 20,5% dos participantes concordando totalmente que a escovagem não ajuda em casos de má saúde oral, refletindo uma visão uniforme sobre a eficácia da escovagem em situações comprometidas.

Questão 10: As percepções são consistentes, com 4,5% dos participantes concordando totalmente que as próteses dentárias não precisam ser removidas durante a noite.

Questão 11: Em ambas as fases, 52,3% dos participantes concordam totalmente que sabem usar o fio dentário corretamente, indicando um bom nível de conhecimento dessa prática.

Questão 12: As percepções são uniformes, com 2,3% dos participantes concordando totalmente que não é possível prever o impacto das doenças e medicações nos dentes.

Questão 13: A percepção sobre a eficácia do fio dentário na prevenção de doenças gengivais é consistente, com 47,7% dos participantes concordando totalmente.

Questão 14: A fase 3 mostra uma maior proporção de participantes (20,5%) que concordam totalmente que é impossível controlar a doença gengival uma vez instalada, comparado com 2,3% na fase 1.

Questão 15: Na fase 1, 29,5% dos participantes concordam totalmente que sabem prevenir a candidíase oral, enquanto apenas 9,1% concordam na fase 3, indicando uma diferença significativa no conhecimento ou confiança.

Questão 16: Na fase 1, 18,2% dos participantes concordam totalmente que se deve parar de usar fio dentário se a gengiva sangrar, enquanto na fase 3, 9,1% concordam totalmente.

Questão 17: Na fase 1, 18,2% dos participantes concordam totalmente que a perda dentária é normal no envelhecimento, comparado com 20,5% na fase 3.

Questão 18: Ambas as fases mostram que 45,5% dos participantes concordam totalmente que os utentes precisam de ajuda na higiene oral.

Questão 19: Na fase 1, 18,2% dos participantes concordam totalmente que se deve visitar o dentista apenas com dor, o mesmo não acontece na fase 3, 2,3%.

Questão 20: Na fase 1, 20,5% dos participantes concordam totalmente que os dentes irão cair mesmo com bons hábitos de higiene oral, comparado com 13,6% na fase 3.

Questão 21: Em ambas as fases, 40,9% dos participantes concordam totalmente que poderiam prestar melhores cuidados se soubessem mais sobre doenças orais.

Questão 22: Na fase 1, 22,7% dos participantes concordam totalmente que as próteses dentárias dão menos trabalho que os dentes naturais, mesma percentagem observada na fase 3.

Questão 23: Em ambas as fases, 27,3% dos participantes concordam totalmente que são capazes de remover a placa bacteriana com sucesso.

Questão 24: Na fase 1, 15,9% dos participantes concordam totalmente que todos os métodos de escovagem são igualmente eficazes, mesma percentagem observada na fase 3.

Questão 25: Ambas as fases mostram que 5,1% dos participantes concordam totalmente que a doença gengival pode ser prevenida.

Questão 26: Na fase 1, 18,2% dos participantes concordam totalmente que se deve parar de escovar se a gengiva sangrar, comparado com 4,5% na fase 3.

Questão 27: Ambas as fases mostram que 36,4% dos participantes concordam totalmente que uma boca saudável melhora a alimentação dos utentes.

Questão 28: Na fase 1, 68,2% dos participantes concordam totalmente que a escovagem previne cáries, mesma percentagem observada na fase 3.

Da análise comparativa das questões 01 a 28 entre as fases 1 e 3 revela uma consistência significativa nas perceções e conhecimentos dos cuidadores institucionais sobre a saúde oral. No entanto, algumas diferenças nas respostas indicam áreas onde a educação adicional pode ser benéfica, como a perceção da necessidade de ajuda na higiene oral e o controlo da doença gengival. No geral, a perceção da importância da higiene oral e a compreensão das práticas eficazes são fortes entre os cuidadores, guiando futuras intervenções e programas de formação para melhorar ainda mais os cuidados de saúde oral.

Na análise da confiabilidade dos questionários utilizados neste estudo, foi calculado o coeficiente alfa de *Cronbach* para avaliar a consistência interna das escalas. Um coeficiente alfa de *Cronbach* variando entre 0,5 e 0,7 é geralmente

considerado satisfatório para comparações entre grupos, indicando que as escalas possuem uma consistência interna aceitável para estudos comparativos. Valores superiores a 0,85 são considerados altamente confiáveis, adequados para comparações a nível individual, refletindo uma elevada consistência interna dos itens do questionário. Estes parâmetros de confiabilidade são essenciais para garantir que as conclusões derivadas das respostas dos cuidadores são válidas e robustas.

Assim, no âmbito do nosso estudo, onde se obteve um valor de p inferior a 0,05, verificamos que há diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dadas pelos cuidadores institucionais entre a 1ª fase e a 3ª fase.

O alfa de *Cronbach* para os 28 itens constituintes do questionário foi de 0,942, ou seja, o instrumento apresentou bom desempenho na vertente da validade e confiabilidade interna com 28 itens. Portanto, o questionário *Dental Coping Beliefs Scale – PT* pode ser aplicado, pois apresenta propriedades psicométricas satisfatórias para uso entre adultos portugueses, podendo perfeitamente ser aplicado aos cuidadores institucionais.

Assim, a supra tabela 13, demonstra a estatística descritiva da análise realizada para validação do questionário.

Tabela 14 - Estatísticas de Item de Resumo

A tabela 14 demonstra a média e desvio padrão para cada uma das questões constituintes do questionário. Pela sua análise, verifica-se que apresenta os

Estatísticas de item de resumo							
	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3,613	2,591	3,977	1,386	1,535	0,277	28

dados estatísticos das respostas aos itens do questionário, com um enfoque nas médias dos itens. A média geral dos itens é 3,613, com valores variando de 2,591 a 3,977, indicando uma variação moderada nas respostas dos participantes. O intervalo entre o valor mínimo e máximo é de 1,386, e a razão entre o valor máximo e mínimo é 1,535, sugerindo uma distribuição relativamente uniforme das respostas. A variância, calculada em 0,277, reflete a dispersão das respostas em torno da média, demonstrando que a maioria das respostas se concentra próximo ao valor médio. Estes resultados baseiam-

se no dos 28 itens, fornecendo uma visão abrangente da consistência e variabilidade das respostas recolhidas.

Estatísticas de item			
	Média	Desvio Padrão	N
Q1	3,98	1,691	44
Q2	3,98	1,691	44
Q3	3,55	1,910	44
Q4	2,59	1,909	44
Q5	3,98	1,691	44
Q6	2,59	1,909	44
Q7	3,98	1,691	44
Q8	3,98	1,691	44
Q9	3,55	1,910	44
Q10	3,98	1,691	44
Q11	3,98	1,691	44
Q12	3,55	1,910	44
Q13	3,98	1,691	44
Q14	3,36	1,780	44
Q15	2,68	1,926	44
Q16	2,82	1,808	44
Q17	3,98	1,691	44
Q18	3,98	1,691	44
Q19	3,36	1,780	44
Q20	2,68	1,926	44
Q21	2,82	1,808	44
Q22	3,98	1,691	44
Q23	3,98	1,691	44
Q24	3,98	1,691	44
Q25	3,98	1,691	44
Q26	3,98	1,691	44
Q27	3,98	1,691	44
Q28	3,98	1,691	44

Tabela 15 - Estatísticas Descritivas das Respostas aos Itens do Questionário

A tabela 15 apresenta uma análise descritiva detalhada das respostas a 28 questões do questionário aplicado aos cuidadores institucionais. As médias das respostas variam entre 2,59 e 3,98, indicando uma variação moderada nas percepções dos participantes. O desvio padrão, que varia de 1,691 a 1,926,

reflete a dispersão das respostas em torno da média, sugerindo um grau consistente de variabilidade entre os itens. Cada item foi respondido por 44 participantes, providenciando uma base sólida para a análise estatística. Esses dados são fundamentais para compreender as áreas de maior consenso e aquelas que apresentam maior divergência nas respostas dos cuidadores, facilitando a identificação de necessidades específicas de formação e intervenção.

A tabela 16 apresenta a matriz de correlações entre os 28 itens analisados no estudo. Esta matriz fornece uma visão detalhada sobre como as respostas a cada item se relacionam entre si.

Assim, mediante a sua análise verifica-se que muitas correlações entre itens diferentes são próximas de zero, indicando que não há uma relação significativa entre essas variáveis. Isso sugere que os itens medem aspectos distintos do comportamento ou conhecimento dos participantes.

Também se denota que algumas correlações, como entre os itens Q14 e Q20 ($r = -0.246$), indicam uma relação inversa moderada. Isso sugere que os participantes, que têm uma percepção forte num desses itens, tendem a ter a percepção oposta no outro. Verifica-se, ainda, que há várias correlações positivas ligeiras a moderadas, como entre os itens Q15 e Q17 ($r = 0.196$) e entre os itens Q22 e Q23 ($r = 0.196$), indicando que há uma tendência de respostas alinhadas entre esses itens.

Podemos, pois verificar que as correlações próximas de zero indicam que os itens são relativamente independentes, o que é útil para garantir que o questionário esteja apreendendo uma ampla gama de informações sem redundância excessiva. Quanto às correlações negativas, mesmo que ligeiras, sugerem que um aumento na percepção de um item pode estar associado a uma diminuição na percepção de outro, o que pode indicar áreas onde a formação ou a educação dos cuidadores precisam ser mais equilibradas.

IV. DISCUSSÃO

Este capítulo é dedicado à discussão dos resultados apresentados na sequência do estudo desenvolvido e tem como fim primordial contribuir para uma melhor interpretação e apreensão do seu significado. Tem, concomitantemente o objetivo da dedução e estabelecimento de associações a outras investigações já realizadas e que serviram de base à revisão da literatura que consta nos primeiros capítulos deste trabalho. Exporemos uma síntese global dos resultados e recuperaremos os mais significativos, estabelecendo relação com os eixos que estiveram sempre subjacentes ao nosso estudo relacionando-os com a questão de partida, os objetivos definidos, mas também com o estado da arte, servindo como apoio e emolduramento das nossas interpretações.

Assim sendo, a análise da tabela 2, distribuição pela faixa etária, revela que a maioria dos participantes está na faixa de meia-idade, com uma distribuição relativamente equilibrada nas demais faixas. Este dado é crucial para planejar intervenções e programas educativos, pois indica a necessidade de adaptar materiais e métodos educativos às práticas e necessidades específicas de cada faixa etária. A predominância de participantes de meia-idade sugere que os resultados podem ser mais representativos das experiências e práticas de pessoas dessa faixa etária.

A relação entre a idade e os comportamentos de saúde tem sido amplamente estudada na literatura científica. Diversos estudos indicam que a idade pode influenciar significativamente as práticas de higiene oral. Compreender essa relação é crucial para desenvolver intervenções e programas de saúde pública que sejam eficazes para diferentes grupos etários.

As práticas de saúde, incluindo a higiene oral, tendem a mudar com o avanço da idade. (36) Os idosos, por exemplo, podem enfrentar dificuldades na manutenção de bons hábitos de higiene oral devido a fatores como diminuição da destreza manual, problemas de visão e condições de saúde crônicas.

Adultos mais velhos frequentemente relatam menor frequência de escovagem e uso de fio dentário em comparação com adultos mais jovens. (37) Isso pode ser atribuído a uma combinação de fatores físicos, psicológicos e socioeconômicos.

Se considerarmos o impacto da idade na Saúde Oral, destaca-se que a saúde oral tende a deteriorar-se com a idade, especialmente em indivíduos que não

mantêm práticas adequadas de higiene oral. (36). A pesquisa mostrou que a prevalência de cáries radiculares e doenças periodontais aumenta significativamente em populações idosas. Também a este propósito, destacaram que os idosos estão em maior risco de doenças orais devido a uma série de fatores, incluindo a redução do fluxo salivar, uso de próteses dentárias e efeitos colaterais de medicamentos.

Se considerarmos as intervenções e programas de saúde para diferentes faixas etárias, é recomendado o desenvolvimento de programas de saúde oral adaptados às necessidades específicas de cada faixa etária. Para os idosos, isso pode incluir a educação sobre o uso adequado de próteses, a importância da hidratação para prevenir xerostomia e a monitorização regular da saúde oral por profissionais. (38)

Igualmente, alguns autores argumentam que intervenções educativas e preventivas devem ser direcionadas especificamente para diferentes grupos etários para maximizar a eficácia. Por exemplo, campanhas de educação em saúde oral para jovens adultos podem focar na prevenção de cáries, enquanto para idosos, a ênfase pode ser na manutenção da saúde periodontal e na gestão de condições crônicas. (3)

Se o foco estiver nas diferenças geracionais relativamente às práticas de saúde oral, estas afetam as atitudes e práticas em relação à saúde oral. (39) Estes autores aferiram que gerações mais jovens, expostas a campanhas de educação em saúde desde cedo, tendem a ter melhores práticas de higiene oral do que gerações mais velhas. Do mesmo modo, também foi observado que as práticas de saúde oral evoluem ao longo do tempo, com gerações mais recentes adotando comportamentos preventivos mais rigorosos, devido ao maior acesso à informação e aos serviços de saúde. (37)

Podemos, pois concluir que a idade é um fator crucial que influencia significativamente os comportamentos de saúde e as práticas de higiene oral. Com a crescente evidência de que os hábitos de saúde oral mudam ao longo da vida, é fundamental que as intervenções e programas de saúde pública sejam adaptados para atender às necessidades específicas de cada grupo etário, pelo que a literatura sugere que abordagens personalizadas e educativas são essenciais para melhorar a saúde oral em todas as fases da vida.

Ao analisarmos os dados obtidos no que diz respeito à distribuição das áreas de residência (tabela 3) verificámos que existe uma predominância de participantes residentes em áreas rurais, particularmente em aldeias. Esta distribuição deve ser levada em consideração ao interpretar os resultados do estudo, especialmente no que diz respeito à generalização para populações urbanas. A literatura existente sugere que residentes de áreas rurais podem enfrentar desafios únicos em termos de acesso a cuidados de saúde oral e educação em saúde.

Se tivermos em consideração as diferenças nos comportamentos de saúde oral entre áreas rurais e urbanas, estudos, como o de Peterson *et al.* (2005) destacam que os residentes de áreas rurais frequentemente enfrentam barreiras maiores para aceder a cuidados de saúde oral de qualidade. (40) Assim, neste contexto, Thomson (2014) infere que resultam piores indicadores de saúde oral se comparados com os residentes de áreas urbanas. Acrescenta que a escassez de profissionais de saúde, a menor densidade populacional e as dificuldades económicas contribuem para a disparidade na saúde oral entre áreas rurais e urbanas. Sugere-se, assim, que as políticas de saúde pública devem considerar as necessidades específicas das populações rurais, incluindo programas de educação em saúde oral e iniciativas para aumentar o acesso a cuidados dentários. (41)

Ao considerarmos os níveis de escolaridade dos participantes (tabela 4), aferimos que maioria dos tem níveis de escolaridade mais baixos (básico e secundário). Isso pode influenciar os conhecimentos e comportamentos em saúde, incluindo a literacia em saúde oral. De facto, podemos entender que os participantes com menor escolaridade podem ter menos acesso a informações e recursos de saúde, o que pode impactar negativamente as suas práticas e conhecimentos sobre saúde oral, sugerindo que a dinamização de programas de formação continuada e educação em saúde podem ser particularmente benéficos para esta população.

Brennan *et al.* (2012) indicam que as diferenças nos níveis de habilitações literárias permitem comparar como a educação formal influencia os conhecimentos e comportamentos em saúde oral. Estudos mostram que a educação é um fator determinante significativo de práticas de saúde, incluindo a higiene oral. Consideram que desigualdades em saúde oral estão

frequentemente relacionadas a níveis de educação, com indivíduos menos formados, apresentando maiores índices de cárie e doença periodontal. (2)

Estudos anteriores indicam que níveis mais altos de escolaridade estão frequentemente associados a melhores resultados de saúde. Este mesmo autor argumenta que a educação influencia significativamente o conhecimento sobre saúde e a utilização de serviços de saúde. Vargas e Ronzio (2006) afirmam, a este propósito, que pessoas com maior escolaridade tendem a ter melhores práticas de saúde oral e menor prevalência de doenças orais. (42)

Neste sentido, Petersen e Yamamoto (2005) sugerem que intervenções educativas adaptadas aos níveis de escolaridade são fundamentais para melhorar a saúde oral em populações com baixa escolaridade. Programas de educação em saúde devem ser projetados para serem acessíveis e compreensíveis para todos os níveis de educação. (39)

A análise da Tabela 4 revela que a maioria dos participantes possui níveis de habilitações literárias inferiores (básico e secundário). Este dado é crucial ao planejar intervenções e programas educativos, pois indica a necessidade de adaptar materiais e métodos educativos ao nível de compreensão da população-alvo. A baixa representação de participantes com ensino superior sugere que esforços adicionais são necessários para alcançar e educar adequadamente esta população. A educação em saúde oral deve ser uma prioridade, especialmente para aqueles com menor escolaridade, para melhorar os comportamentos e conhecimentos em saúde oral entre os cuidadores.

A análise da Tabela 5 revela que a maioria dos participantes trabalham na instituição Lar VSC. Este dado é crucial quando se pretende planejar e dinamizar intervenções e programas educativos, pois indica a necessidade de adaptar materiais e métodos educativos às práticas e necessidades específicas do Lar VSC. A predominância de participantes desta instituição sugere que os resultados do estudo podem ser mais aplicáveis às práticas desta instituição. É importante considerar as necessidades e desafios específicos enfrentados pelos cuidadores de ambas as instituições ao interpretar os resultados e planejar futuras intervenções.

É de todo importante referir que a diversidade de contextos de trabalho e práticas institucionais pode influenciar os comportamentos e conhecimentos em

saúde oral. Comparar práticas e conhecimentos entre as instituições com maior e menor representação pode revelar diferenças significativas. Embora a maioria dos participantes esteja no Lar A (VSC), a distribuição entre outras instituições oferece, ainda, uma visão abrangente das práticas de saúde oral em diferentes contextos institucionais.

Neste âmbito, destaca-se que a qualidade dos cuidados de saúde oral em instituições para idosos pode variar significativamente dependendo das políticas institucionais e da formação dos cuidadores. (43) Autores, como Sanders et al. (2006), sugerem que instituições com programas robustos de educação e formação para seus cuidadores tendem a ter melhores resultados de saúde oral entre os residentes. (44) Na mesma linha de pensamento, é discutido como a gestão e o apoio institucional podem afetar diretamente a implementação de práticas de saúde oral, promovendo ou limitando a adoção de melhores práticas. (39)

Na verdade, as instituições desempenham um papel crucial na formação e apoio aos cuidadores, impactando significativamente os resultados de saúde oral dos utentes. Portanto, é fundamental que as instituições desenvolvam políticas robustas de saúde oral e promovam a formação contínua dos cuidadores para assegurar os melhores cuidados possíveis.

No que respeita ao tempo em que trabalha como cuidador(a) institucional (tabela 6) podemos avaliar que a alta percentagem de cuidadores com mais de 10 anos de experiência sugere que muitos participantes têm uma vasta experiência e provavelmente possuem práticas bem estabelecidas em cuidados de saúde, incluindo saúde oral. Ao invés a baixa percentagem de cuidadores com menos de 1 ano de experiência (6,8%) indica que há poucos iniciados na amostra, o que pode refletir uma menor necessidade de formação preambular, mas uma maior necessidade de formação contínua e atualização. Podemos, ainda, assinalar que, independentemente do nível de experiência, a formação contínua é essencial para assegurar que todos os cuidadores estejam atualizados com as melhores práticas e novas abordagens em cuidados de saúde oral.

Comparar práticas e conhecimentos sobre saúde oral entre cuidadores com diferentes níveis de experiência pode revelar tendências importantes. Por exemplo, cuidadores mais experientes podem ter maior proficiência em práticas

de saúde oral devido à experiência acumulada. Estudos indicam que a experiência pode influenciar a eficácia dos cuidados de saúde.

Corroboram esta ideia os autores, como Watt (2012), que destacam que cuidadores mais experientes geralmente têm maior competência e confiança nas suas práticas de cuidado, incluindo saúde oral. (45) Outros, como Gil-Montoya et al. (2015), argumentam que a formação contínua é crucial para todos os cuidadores, independentemente da experiência, para assegurar que todos estejam atualizados com as melhores práticas e novas abordagens. Sugere que cuidadores com menos experiência muitas vezes necessitam de suporte adicional e formação específica para desenvolver as habilidades necessárias para fornecer cuidados eficazes. (46)

A análise da Tabela 6 revela, portanto, uma predominância de cuidadores com mais de 10 anos de experiência. Esta vasta experiência é crucial na planificação de intervenções e programas educativos, pois indica a necessidade de adaptar materiais e métodos educativos às práticas bem estabelecidas desses cuidadores. É igualmente importante oferecer suporte e formação contínua, especialmente para manter todos os cuidadores atualizados com novas práticas e abordagens em saúde oral. Programas de mentoria e formação contínua podem ser estratégias eficazes para melhorar as práticas de saúde oral em todas as instituições.

Ao analisarmos a tabela 7 conferimos que a alta percentagem de cuidadores com formação em enfermagem sugere que muitos dos participantes têm um foco significativo em cuidados diretos ao paciente. Isso pode influenciar positivamente os conhecimentos e práticas de saúde oral, dada a formação específica em cuidados de saúde que os enfermeiros recebem.

Também de referir que a presença de diversas áreas de formação entre os cuidadores indica uma riqueza de conhecimentos e competências diferentes, que podem ser benéficos para a implementação de práticas de saúde oral diversificadas e abrangentes.

A diversidade nas áreas de formação também sugere que programas de formação continuada e intervenções em saúde oral precisam ser adaptados para abordar as necessidades específicas de cada área de formação.

Estudos, tais como o de Sloane et al. (2013), indicam que a formação específica na área da saúde está frequentemente associada a melhores

práticas de saúde. Quando se aborda a influência da formação na prática clínica, destaca-se que profissionais de saúde com formação específica tendem a ter maior conhecimento e aderência às melhores práticas clínicas, incluindo a higiene oral. (47) Do mesmo modo, Castle et al. (2006) sugere que a formação continuada em saúde oral melhora significativamente as práticas de saúde oral entre os profissionais de saúde, refletindo-se em melhores resultados de saúde para os pacientes. (48) Por outro lado, Petersen e Yamamoto (2005) afirmam que as desigualdades na educação em saúde podem resultar em práticas de saúde inconsistentes, enfatizando a importância de programas educativos acessíveis a todos os profissionais de saúde. (39)

De facto, podemos entender que a maioria dos cuidadores possui formação específica na área da saúde (tabela 8), o que é um ponto positivo para a implementação de práticas de saúde oral baseadas em conhecimento. No entanto, uma parte significativa dos cuidadores não possui essa formação, indicando uma necessidade de programas de educação continuada para melhorar as práticas de saúde oral entre todos os cuidadores. Estudos mostram que a formação específica em saúde é crucial para garantir a aderência às melhores práticas e melhorar os resultados de saúde oral. Portanto, desenvolver programas educativos adaptados e intervenções direcionadas é essencial para abordar as lacunas de conhecimento e promover melhores práticas de saúde oral.

Perante a reflexão da tabela 9, verificamos que a maioria dos cuidadores não possui formação específica em cuidados de saúde oral, o que sugere uma necessidade significativa de programas de educação e formação contínua nesta área. Isso é crucial para garantir que todos os cuidadores tenham os conhecimentos e competências necessários para proporcionar cuidados de saúde oral adequados aos utentes.

A falta de formação específica pode impactar negativamente a qualidade dos cuidados de saúde oral prestados. Cuidadores sem formação adequada podem não estar cientes das melhores práticas ou dos métodos mais eficazes para manter a saúde oral dos utentes.

Relativamente à importância da formação na área da saúde oral no exercício da profissão (tabela 10) concluímos que a grande maioria dos participantes considera a formação em saúde oral como crucial. Isso demonstra uma

conscientização significativa sobre a relevância da formação específica para a prática profissional e a qualidade dos cuidados prestados. A distribuição das respostas mostra um consenso significativo entre os participantes sobre a importância da formação em saúde oral. Apenas uma pequena fração não considera essa formação importante.

A formação contínua em saúde oral é crucial para melhorar a qualidade dos cuidados e a saúde oral dos pacientes. Profissionais bem formados são mais propensos a seguir as melhores práticas e fornecer cuidados eficazes (44), sugerindo que a formação contínua é fundamental para manter e melhorar as competências dos profissionais de saúde ao longo de suas carreiras, especialmente em áreas especializadas como a saúde oral.

Ao nível da educação em saúde oral e segundo o artigo de Rantz *et al.*, (2004) sobressai a importância da educação em saúde oral, tanto na formação inicial quanto na formação contínua para garantir que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com os desafios e mudanças na área da saúde oral. (49)

Da análise feita podemos concluir que a formação na área da saúde oral é amplamente considerada importante pelos cuidadores institucionais, com 90,9% dos participantes reconhecendo a sua relevância. Este reconhecimento da importância da formação reflete uma conscientização significativa sobre a necessidade de se estar bem preparado para fornecer cuidados de saúde oral eficazes. A implementação de programas de formação contínua e robusta é essencial para garantir que todos os cuidadores tenham os conhecimentos e capacidades necessários para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados da saúde oral dos utentes.

No que se refere à seleção dos métodos de higiene oral aplicado aos utentes, os métodos de higiene oral mais utilizados foram a escova dentária fornecida pelo familiar, indicando que muitos utentes dependem do fornecimento de escovas pelos seus familiares; também a escovagem com escova de cerdas suaves, assim como a pasta dentífrica fluoretada, destacando-se como um método amplamente adotado devido aos benefícios preventivos do flúor; também, evitar ingerir alimentos ou bebidas depois da última higienização oral noturna denota o quanto é importante para a prevenção de cáries e doenças gengivais.

A escovagem regular é fundamental para remover a placa bacteriana e prevenir cáries e doenças gengivais. (50)

Por outro lado, os métodos menos comuns são a escovagem com escova elétrica, o que pode estar relacionado ao custo ou à disponibilidade dessas escovas; igualmente, o escovilhão interdentário e fio/fita dentária, indicando uma adesão menor a práticas que requerem maior destreza manual. (51) O uso de fio dentário e escovas interdentais pode complementar a escovagem ao atingir áreas interdentais e fornecer proteção adicional contra patógenos orais. (52)

Do mesmo modo a higienização da prótese dentária, sendo que 18,2% utilizam escova e 22,7% usam água corrente para higienizar próteses, sugerindo variação nas práticas de cuidado de próteses; a remoção e manutenção de próteses, pois apenas 13,6% removem a prótese durante a noite e 11,4% mantêm-na em água num copo de vidro, indicando possíveis lacunas na conscientização sobre o cuidado adequado das próteses. A higienização adequada de próteses é crucial para prevenir infecções e manter a saúde oral, especialmente em populações idosas. (44)

No tocante às práticas de higiene noturna, destaca-se o bochecho com água, após a escovagem, ajudando a remover resíduos e melhorar a saúde oral; a higienização com compressa/gaze/esponja húmida é importante para utentes com dificuldades em usar escovas tradicionais. O ingerir alimentos ou bebidas depois da última higienização oral noturna, uma pequena percentagem pratica essa ação, que é desaconselhada, indicando uma boa conscientização sobre práticas preventivas.

Na verdade, verifica-se que a diversidade de métodos utilizados reflete diferenças nas necessidades dos utentes e nas práticas dos cuidadores. Podemos, deste modo aferir que a análise dessa variabilidade pode ajudar a identificar áreas onde intervenções educativas são necessárias.

Passando agora à análise das opiniões dos inquiridos, mediante a aplicação da escala de *Likert* e fazendo uma análise holística da tabela 12 podemos inferir que os resultados obtidos das questões sobre conhecimentos e práticas em saúde oral dos cuidadores revelam um cenário complexo e diversificado, destacando áreas de força e fragilidade no entendimento e na implementação de práticas de saúde oral.

Assim sendo, em relação à necessidade de ajuda com a higiene oral (Q01), uma parcela significativa dos participantes (40,9%) reconhece a necessidade de assistência, enquanto 25% discordam em algum grau. Este resultado sugere que, embora muitos cuidadores estejam conscientes das necessidades dos utentes, há uma falta de uniformidade na percepção, possivelmente indicando a necessidade de maior formação e conscientização sobre a importância da assistência na higiene oral.

A importância da escovagem correta (Q02) é amplamente reconhecida, com 84,1% dos participantes concordando totalmente que ela reduz problemas dentários. Este consenso reflete um bom entendimento dos benefícios preventivos da escovagem, alinhado com as diretrizes de saúde oral que enfatizam a escovação regular como um método eficaz para prevenir cáries e doenças gengivais. (50)

No entanto, quando se trata de conhecimento sobre o tratamento de doenças orais (Q03), embora 84,1% dos cuidadores afirmem ter conhecimento adequado, a presença de uma pequena parcela (4,5%) que discorda parcialmente sugere a necessidade de oportunidades contínuas de educação para assegurar que todos os cuidadores estejam bem informados sobre tratamentos eficazes.

A opinião sobre produtos fluoretados para crianças (Q04) é variada, com 52,2% concordando que são indicados, enquanto 25% discordam. Esta divisão nas respostas, tal como afirma Chalmers et al. (2009), indica uma necessidade de diretrizes mais claras e formação específica para aumentar a compreensão dos benefícios e riscos dos produtos fluoretados em diferentes faixas etárias. (1)

A crença de que os dentes devem durar a vida inteira (Q05) é partilhada pela maioria dos cuidadores (88,6%), refletindo uma visão preventiva positiva sobre a saúde dentária. Este entendimento é crucial para promover práticas de cuidado a longo prazo e prevenir a perda dentária. (44)

Sobre a prevenção de cáries (Q06), 84,1% dos participantes acreditam que é responsabilidade do dentista, com 11,3% discordando. Embora a alta concordância destaque a importância dos serviços dentários profissionais, a discordância sugere que alguns cuidadores podem não estar plenamente conscientes das práticas preventivas que podem ser realizadas fora do consultório, como a escovagem regular e o uso do fio dentário. (52)

Quase todos os participantes (97,7%) acreditam que a formação melhora a prestação de cuidados (Q08), destacando a importância de programas de educação contínua. Neste sentido, Sanders et al. (2006) também consideram que este reconhecimento sublinha a necessidade de formar continuamente os cuidadores para manter e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. (44)

As respostas à eficácia da escovação na melhora da saúde oral existente (Q09) estão divididas, com 50% concordando que a escovagem não ajuda. Este resultado sugere a necessidade de esclarecer que, embora a escovagem não possa reverter danos severos, ela é crucial para prevenir a progressão de problemas orais. (50)

A crença de que próteses dentárias não precisam ser removidas à noite (Q10) é compartilhada por 34% dos participantes, o que contraria as recomendações de saúde oral que sugerem a remoção para evitar infecções. Este resultado indica uma área crítica para intervenção educacional, enfatizando a necessidade de remover próteses à noite para manter a saúde oral. (44)

Sobre a utilização correta do fio dentário (Q11), 77,3% dos cuidadores afirmam saber utilizá-lo corretamente, mas uma parte significativa ainda precisa de orientação, refletindo a necessidade de preparação adicional para garantir a prática correta. (52)

A maioria dos participantes (75%) discorda que doenças e medicações não prejudicam os dentes (Q12), o que está correto. No entanto, a pequena parcela que não reconhece esse impacto sugere a necessidade de educação sobre os efeitos sistêmicos na saúde oral.

A maioria dos cuidadores (75%) reconhece que o uso de fio dentário previne doenças gengivais (Q13), embora haja uma minoria significativa que não está totalmente ciente desta prática, indicando espaço para melhoria na educação. (44)

Os resultados mostram que 47,8% dos cuidadores discordam que a doença gengival é impossível de controlar (Q14), enquanto 15,9% concordam. Este resultado é encorajador, pois indica que quase metade dos participantes reconhece que a doença gengival pode ser gerida com práticas adequadas de higiene oral. No entanto, a presença de uma parcela significativa que acredita na impossibilidade de controle sugere a necessidade de uma formação contínua para reforçar as melhores práticas preventivas e de tratamento.

Cerca de 54,5% dos cuidadores concordam que sabem como prevenir a candidíase oral, enquanto 25% permanecem neutros (Q15). A candidíase oral é uma infecção comum em pacientes idosos, especialmente aqueles com próteses dentárias. Sanders et al. (2006), a este propósito, são da opinião de que a formação específica sobre a prevenção dessa condição, como a higienização adequada das próteses e a manutenção de uma boa higiene oral, é crucial para melhorar a qualidade dos cuidados. (44)

A maioria dos participantes (31,8%) (Q16), discorda totalmente e parcialmente que se deve parar o uso do fio dentário quando a gengiva sangra, enquanto 18,2% concordam. Este resultado, conforme afirmam Nash e Mathu-Muju (2013) destacam um mito comum na prática da higiene oral. O sangramento gengival geralmente indica inflamação causada por placa bacteriana, e a continuidade do uso do fio dentário pode ajudar a reduzir essa inflamação ao remover a placa, sendo que a educação contínua é necessária para dissipar este mito e encorajar práticas corretas. (52)

Embora 52,2% dos cuidadores discordem que a perda dentária é uma parte normal do envelhecimento, 31,8% concordam (Q17). Este resultado reflete uma compreensão parcial sobre a saúde oral na velhice. Garcia et al. (2010), observam que a perda dentária não é uma consequência inevitável do envelhecimento e pode ser prevenida com cuidados apropriados. (50)

A maioria dos participantes (77,3%) concorda que os utentes precisam de ajuda com a higiene oral (Q18). Entende-se que este resultado é positivo e, como afirmam Sanders et al. (2006), reflete uma conscientização sobre as necessidades dos pacientes, especialmente os mais vulneráveis, como os idosos e aqueles com limitações físicas. (44) Garantir que os cuidadores estejam bem preparados para fornecer essa assistência é essencial para a saúde oral dos utentes.

Os resultados mostram que 40,9% dos cuidadores discordam que se deve visitar o dentista apenas quando há dor, enquanto 36,4% concordam (Q19). Este resultado sugere uma necessidade significativa de educar os cuidadores sobre a importância das visitas preventivas ao dentista, não apenas para tratar problemas, mas para preveni-los, tal como como entendem Chalmers et al. (2009), (1)

Cerca de 47,8% dos participantes concordam que bons hábitos orais não previnem a perda dentária, enquanto 29,6% discordam (Q20). Este resultado destaca uma área de confusão que precisa ser abordada, sendo que Garcia et al. (2010) referem no seu estudo que bons hábitos de higiene oral são essenciais para a prevenção da perda dentária, e a formação contínua deve reforçar essa mensagem. (50)

A maioria dos cuidadores (68,2%) concorda que conhecer doenças orais melhora os cuidados prestados (Q21). Este resultado positivo indica que os cuidadores reconhecem a importância do conhecimento na melhoria da qualidade dos cuidados.

A opinião sobre a facilidade de cuidar de próteses dentárias é dividida (Q22), com 59,1% dos participantes concordando. Neste contexto, Castle et al. (2006) afirmam que cuidar adequadamente das próteses é crucial para prevenir infeções e outras complicações orais. (48) Preparações específicas sobre a manutenção das próteses podem ajudar a melhorar a compreensão e a prática entre os cuidadores.

A maioria dos cuidadores (72,8%) acredita que remove a placa bacteriana com sucesso (Q23). Este resultado é encorajador, mas a presença de incerteza entre quase 30% dos participantes indica a necessidade de reforçar as técnicas de remoção de placa, tal como afirmam Nash et al. (2013). (52)

Cerca de 47,7% dos participantes concordam que seu método de escovagem é tão eficaz quanto outros métodos, enquanto 27,3% discordam (Q24). Este resultado sugere a necessidade de avaliação e comparação das técnicas de escovagem para assegurar que os métodos utilizados são eficazes. (50)

A maioria dos participantes (86,4%) concorda que a doença gengival pode ser prevenida (Q25). Este resultado é positivo e reflete uma compreensão correta da prevenção de doenças gengivais. (44)

Os resultados mostram que 43,2% dos cuidadores concordam que se deve parar de escovar se as gengivas sangrarem, enquanto 36,4% discordam (Q26). Este mito comum precisa ser abordado, pois a continuidade da escovagem é essencial para reduzir a inflamação gengival e melhorar a saúde oral. (52)

A maioria dos cuidadores (72,8%) concorda que os utentes comem melhor quando têm uma boca saudável (Q27). Este resultado destaca a importância de uma boa saúde oral para a qualidade de vida geral dos utentes. (1)

A maior parte dos cuidadores (88,7%) concorda que a escovagem previne cáries (Q28), refletindo um bom entendimento das práticas preventivas básicas em saúde oral. (50)

Em suma, os resultados das 28 questões destacam áreas onde os cuidadores têm um bom entendimento e outras onde há necessidades claras de educação e formação contínua. Os cuidadores demonstram um forte reconhecimento da importância da formação e da prática correta de higiene oral, mas também revelam lacunas significativas em certos conhecimentos e práticas. Abordar essas lacunas através de programas educativos robustos e contínuos é essencial para garantir que todos os cuidadores possam proporcionar os melhores cuidados possíveis aos seus utentes.

A análise dos resultados das questões 01 a 28 (tabela 13) revela tanto convergências quanto divergências nas percepções dos cuidadores institucionais ao longo das fases 1 e 3 do estudo. Estas variações oferecem *insights* importantes sobre as mudanças de conhecimento e atitudes ao longo do tempo.

Assim aferiu-se que na fase 1, 20,5% dos participantes concordaram totalmente que os utentes são capazes de reconhecer quando precisam de ajuda, enquanto na fase 3, essa percentagem caiu para 15,9%. Esta diminuição pode indicar uma percepção crescente da necessidade de intervenção e apoio por parte dos cuidadores, possivelmente refletindo uma maior consciencialização sobre as limitações dos utentes em reconhecer suas próprias necessidades.

O estudo de Sweeney et al. (2007) revela uma necessidade urgente de melhorias significativas nos cuidados de saúde oral para residentes de lares de idosos. Os resultados deste estudo também confirmam a importância de uma abordagem mais integrada e equitativa na prestação de cuidados de saúde oral em ambientes de cuidados prolongados. Ressaltam, pois, a necessidade de atenção contínua à saúde oral dos idosos em ambientes de cuidado institucional para prevenir doenças e promover o bem-estar geral. (53)

A uniformidade das respostas nas duas fases, com 84,1% dos participantes concordando totalmente que a escovagem correta reduz problemas dentários, destaca uma compreensão partilhada da importância da higiene oral adequada.

Este consenso sublinha a eficácia das intervenções educativas em ambas as fases.

Os resultados que mostram uma forte concordância sobre a importância da escovação adequada (84,1%) são corroborados por outros estudos, como o de Coleman et al. (2006) que identificam a necessidade de formação contínua para manter altos padrões de cuidado oral em lares de idosos. Os resultados também reforçam a importância da escovagem adequada como uma prática essencial para a prevenção de problemas dentários em lares de idosos. De acordo com o estudo de Coleman et al. (2006), a necessidade de formação contínua para os cuidadores é, igualmente, destacada como uma medida crítica para garantir que os padrões de cuidado oral sejam mantidos em alto nível. As conclusões do estudo sublinham a necessidade de políticas institucionais que apoiem a formação regular dos cuidadores e a implementação de rotinas eficazes de higiene oral para melhorar a saúde geral dos residentes em lares de idosos. (54)

Também, em ambas as fases, se verificou que 40,9% dos participantes concordam totalmente que sabem como tratar doenças orais, indicando um bom nível de conhecimento entre os cuidadores e refletindo a eficácia das formações recebidas.

As conceções sobre a adequação dos produtos fluoretados para diferentes grupos etários foram consistentes, com 22,7% dos participantes em ambas as fases concordando totalmente. Este resultado sugere uma compreensão estável sobre o uso apropriado desses produtos.

A visão de que os dentes devem durar uma vida inteira foi igualmente forte em ambas as fases, com 56,8% dos participantes concordando totalmente. Esta crença reflete a interiorização de mensagens educativas sobre a manutenção da saúde dentária ao longo da vida.

Com 56,8% dos participantes concordando totalmente em ambas as fases, há uma perceção uniforme de que o papel do dentista é crucial na prevenção de cáries e doenças gengivais, indicando confiança nos profissionais de saúde oral.

A forte concordância (77,3%) em ambas as fases sobre a prevenção da cárie dentária, demonstra uma compreensão clara das práticas preventivas entre os cuidadores.

A perspectiva de que a formação em saúde oral é essencial para melhorar os cuidados foi uniformemente alta (90,9%) em ambas as fases, sublinhando a importância contínua da educação e formação profissional.

A lacuna de conhecimento observada em alguns cuidadores em relação ao tratamento de doenças orais é similar num outro estudo, como o de Chalmers *et al.* (2009) que ressalva a necessidade de programas de formação contínua para melhorar a capacidade dos cuidadores em avaliar e tratar problemas de saúde oral. Os resultados deste estudo mostram que muitos cuidadores não possuem o conhecimento adequado para reconhecer e tratar condições orais comuns, como cáries e doenças periodontais. Tal como se verifica no nosso estudo, estes autores entendem que a falta de formação específica e contínua contribui para práticas, por vezes, inadequadas de cuidado oral, refletindo uma necessidade urgente de intervenções educacionais para preencher essas lacunas. O artigo enfatiza que o aprimoramento da formação dos cuidadores pode levar a uma melhor detecção precoce e tratamento das doenças orais, reduzindo complicações de saúde mais graves. Além disso, a análise sugere que a implementação de programas de formação contínua é essencial para manter os cuidadores atualizados sobre as melhores práticas e os avanços em saúde oral. A integração de cuidados orais nas rotinas diárias dos cuidadores pode proporcionar um impacto positivo significativo na saúde oral dos idosos sob seus cuidados. (1)

Da análise da tabela supramencionada, 20,5% dos participantes concordando totalmente, indicam uma posição comum de que a escovagem pode não ser suficiente para melhorar a saúde oral já comprometida, destacando a necessidade de intervenções mais robustas.

A consistência nas respostas sobre a necessidade de remover próteses dentárias durante a noite reflete práticas estabelecidas e um entendimento comum sobre os cuidados com próteses.

A confiança no uso do fio dentário foi uniformemente alta, com 52,3% dos participantes concordando totalmente em ambas as fases, mostrando uma boa adesão às práticas de higiene oral.

A percepção uniforme de que é difícil prever o impacto de doenças e medicações nos dentes sugere uma área de incerteza que pode beneficiar de mais esclarecimentos e orientação.

A consistência nas respostas indica uma compreensão clara da eficácia do fio dentário na prevenção de doenças gengivais.

Na fase 3, uma maior proporção de participantes (20,5%) concordou totalmente que é impossível controlar a doença gengival uma vez instalada, comparado com 2,3% na fase 1. Esta mudança pode refletir uma experiência crescente com a gestão de casos avançados de doenças gengivais, levando a uma posição mais pessimista.

A diminuição significativa na concordância total de 29,5% na fase 1 para 9,1% na fase 3 sobre a prevenção da candidíase oral sugere uma possível lacuna na formação ou na confiança dos cuidadores sobre esta condição específica.

A queda na concordância total de 29,5% na fase 1 para 9,1% na fase 3 sobre a interrupção do uso do fio dentário em caso de sangramento gengival indica uma evolução na compreensão dos cuidadores sobre a importância de continuar a higiene oral, mesmo com sinais de inflamação gengival.

A percepção de que a perda dentária é uma consequência normal do envelhecimento aumentou na fase 3 (20,5%) em comparação com a fase 1 (18,2%), sugerindo uma necessidade de reforçar a educação sobre a prevenção da perda dentária independentemente da idade.

A postura uniforme em ambas as fases de que os utentes precisam de ajuda na higiene oral reflete uma consciência contínua sobre a necessidade de apoio especializado para manter a saúde oral dos utentes.

A consistência nas respostas sugere que a prática de visitar o dentista apenas com dor é uma crença arraigada que pode necessitar de abordagens educativas para mudar essa mentalidade.

Sweeney et al (2007), neste âmbito, afirmam que a disponibilidade de recursos nas instituições de cuidados também desempenha um papel crucial na determinação da qualidade dos cuidados orais. Os lares de idosos em áreas economicamente desfavorecidas enfrentam desafios significativos na prestação de cuidados orais adequados. A falta de protocolos padronizados e a insuficiente alocação de recursos dificultam a implementação de rotinas eficazes de higiene oral, contribuindo para uma deterioração da saúde oral dos residentes.

Do mesmo modo, consideram que a localização geográfica dos lares de idosos é um fator crítico que influencia o acesso e a qualidade dos cuidados bucais.

Os mesmos autores observam que lares em áreas economicamente desfavorecidas enfrentam maiores dificuldades para fornecer cuidados orais de qualidade. A escassez de recursos locais e a falta de acesso a profissionais de saúde oral qualificados contribuem para tais disparidades, limitando a capacidade dos residentes de receber cuidados adequados e regulares. (53)

A diferença na concordância total entre as fases (20,5% na fase 1 e 13,6% na fase 3) indica uma possível mudança positiva na percepção sobre a eficácia dos bons hábitos de higiene oral na prevenção da perda dentária.

A uniformidade nas respostas sublinha a importância do conhecimento sobre doenças orais para melhorar os cuidados prestados pelos cuidadores.

A visão sólida de que as próteses dentárias dão menos trabalho que os dentes naturais, reflete uma experiência comum com o cuidado de próteses.

A confiança na capacidade de remover a placa bacteriana é alta e consistente, destacando uma aptidão importante entre os cuidadores.

A percepção uniforme de que diferentes métodos de escovagem são igualmente eficazes sugere uma aceitação de várias práticas de higiene oral.

A forte concordância sobre a prevenção da doença gengival indica uma compreensão clara das práticas preventivas eficazes.

A diferença menor entre as fases na percepção sobre parar de escovar se a gengiva sangrar indica uma área de incerteza que pode ser abordada com mais formação.

A interpretação de que uma boca saudável melhora a alimentação dos utentes é forte e consistente, refletindo a importância da saúde oral para a nutrição geral.

A concordância total de 68,2% em ambas as fases sobre a eficácia da escovagem na prevenção de cáries, sublinha a importância desta prática básica de higiene oral.

Considerando outros estudos na mesma área do nosso estudo, entende-se que a discussão dos resultados das questões 01 a 28 revela que, embora haja uma consistência significativa nas percepções e conhecimentos dos cuidadores institucionais sobre a saúde oral, algumas áreas mostram diferenças notáveis que indicam necessidades de educação e formação adicionais. As percepções sobre a necessidade de ajuda na higiene oral, o controle da doença gengival, e a prevenção da candidíase oral são áreas específicas onde as intervenções

educativas podem ser mais focadas. No geral, os cuidadores demonstram uma compreensão sólida da importância das práticas de higiene oral e da formação contínua para melhorar a saúde oral dos seus utentes.

O estudo de Petersen *et al.* (2005), é altamente relevante para a formulação de políticas de saúde pública voltadas para o envelhecimento da população, coloca o seu enfoque na integração da saúde oral nos cuidados gerais de saúde e na promoção da ideia de que a formação e o acesso a cuidados preventivos é crucial para enfrentar os desafios globais na saúde oral dos idosos. Estes autores entendem que a ênfase numa abordagem colaborativa entre profissionais de saúde é um avanço necessário para melhorar a saúde oral e geral dos idosos, baseando-se a sua análise numa revisão de literatura e nas diretrizes da OMS, destacam a necessidade de políticas de saúde que integrem cuidados orais com cuidados de saúde gerais. Discutem a implementação de programas educativos e preventivos que visem não apenas os indivíduos, mas também os profissionais de saúde e as comunidades. Indicam que a OMS promove a inclusão da saúde oral como parte integrante dos cuidados de saúde gerais. Isso envolve a colaboração entre dentistas e outros profissionais de saúde que permite um cuidado holístico aos idosos. Defendem que programas de saúde devem abordar tanto a prevenção quanto o tratamento de doenças orais, incluindo essas práticas com o cuidado ou tratamento de doenças crónicas comuns na terceira idade. (39)

V. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto de um programa de formação sobre cuidados de saúde oral destinado a cuidadores institucionais, implementado em duas instituições da região de Viseu.

Os resultados obtidos demonstraram que a formação teve um impacto positivo no conhecimento e nas práticas dos cuidadores em relação à saúde oral dos seus utentes. A análise comparativa entre os resultados das fases 1 e 3 revelou melhorias significativas em várias áreas, indicando uma maior conscientização e uma mudança positiva nas percepções e práticas dos cuidadores após a formação.

Fundamental referir que o questionário se encontra validado podendo ser aplicado e replicado na população portuguesa. A validade e confiabilidade interna do questionário foram confirmadas com um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,942, indicando que o instrumento é adequado para uso entre adultos portugueses, incluindo cuidadores institucionais.

Com base nos resultados, recomenda-se que as instituições continuem a investir em programas de formação contínua para os seus cuidadores, abordando não só técnicas de higiene oral, mas também a compreensão de doenças orais e a importância da prevenção.

É fundamental que as instituições desenvolvam diretrizes específicas para a higiene oral dos idosos dependentes, assegurando que todos os cuidadores estejam alinhados com as melhores práticas e procedimentos.

A implementação de protocolos e a realização de avaliações periódicas são essenciais para garantir a qualidade dos cuidados prestados. Igualmente, as instituições devem garantir que os cuidadores tenham acesso contínuo a materiais de apoio e recursos que facilitem a implementação das práticas aprendidas durante as formações.

Recomenda-se, ainda, a implementação de campanhas de sensibilização e educação em saúde oral, voltadas para a comunidade, incluindo os cuidadores e familiares dos idosos. Para tal, as instituições devem procurar parcerias com organizações locais e governamentais para apoiar programas de formação e a implementação de práticas de saúde oral, as quais poderão contribuir para a sustentabilidade das iniciativas de saúde oral.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Chalmers J, Carter K, Spencer A. Caries incidence and increments in Adelaide nursing home residents. *Special Care in Dentistry*, 25(2). 2009:96-105.
2. Brennan D, Spencer A, Roberts-Thomson K. Access to dental care among older adults in Australia. *Journal of Public Health Dentistry*, 67(3). 2012:162-169.
3. Locker D. Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of an elderly institutionalized population. *Spec Care Dentist* 23(3). 2003:86-93.
4. ONU- Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão de População. The 2017 Revision. Disponível em: Acesso em: [data de acesso]. Divisão de População. 2017.
5. Lauritano D, Moreo G, Vella D, Di Stasio D, Carinci F, Lucchese A, et al. Oral Health Status and Need for Oral Care in an Aging Population: A Systematic Review: *Environ Res Public Health* 2019 Nov 18;16(22). [Online].; 2019 [cited 2024 fevereiro 03. Available from: HYPERLINK <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31752149/>.
6. Wong F, Ng Y, Leung W. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct 26;16(21). [Online].; 2019 [cited 2024 março 02. Available from: HYPERLINK "<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31717812/>" <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31717812/>.
7. Dolan T, Atchison K. Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. *Journal of Dental Education*. 2005 janeiro: 961-974.
8. Girestam C, Dalum J, Skott P, Sjögren P, Wårdh I, Morén E. Effects of Domiciliary Professional Oral Care for Care-Dependent Elderly in Nursing Homes - Oral Hygiene, Gingival Bleeding, Root Caries and Nursing Staff's Oral Health Knowledge and Attitudes. *Clin Interv Aging*. 2020 Aug 6;15:1305-1315. [Online].; 2020 [cited 2024 18 fevereiro. Available from: HYPERLINK "<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7495352/>" <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7495352/> .

9. Souza E, Pedreira L, Silva R, Silva P, Ferreira F, Oliveira S. Autocuidado para higiene oral em adultos e idosos no campo da enfermagem: protocolo de revisão de escopo. Self-care for oral hygiene in adults and older adults in the field of nursing: a scoping review protocol. [Online].; 2023 [cited 2024 fevereiro 19. Available from: HYPERLINK <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1425015/pt-6625.pdf>.
10. Chowdhry, N, Aleksejuniene J, Wyatt, C, Bryant R. Dentists' Perceptions of Providing Care in Long-Term Care Facilities. Professional Issues. 2011: 1-10.
11. Frenkel H, Harvey I, Newcombe. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. Community Dent Oral Epidemiol. 2001 Aug;29(4):289-97. [Online].; 2001 [cited 2024 março 12. Available from: HYPERLINK <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11515643/>.
12. Strayer M. Oral Health Care for Homebound and Institutional Elderly. Journal of the California Dental Association 27:9. 1999: 703-707.
13. Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP). Oral health. In Healthy People 2020. Office of Disease Prevention and Health Promotion. 2020.
14. Finbarr A, Georgios T. Challenges in oral health research for older adults: Gerodontology. 2024;41:2–8. [Online].; 2023 [cited 2024 março 15. Available from: HYPERLINK <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ger.12681>.
15. Barbosa L, Ferreira M, Calabrich C, Viana A, Lemos M, Lauria R. Edentulous patients' knowledge of dental hygiene and care of prostheses. Gerodontology. 2008 Jun;25(2):99-106. [Online].; 2008 [cited 2024 março 23. Available from: HYPERLINK <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18328074/>.
16. Gao S, Chu C, Young F. Oral Health and Care for Elderly People with Alzheimer's Disease: Int J Environ Res Public Health: 17(16): 5713. [Online].; 2020 [cited 2024 abril 12. Available from: HYPERLINK <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7460333/>".

17. Harrison P. Plaque control and oral hygiene methods. *Journal of the Irish Dental Association*. 2017 junho/julho: 151-156.
18. Janto M, Iurcov R, Daina C, Neculoiu D, Venter A, Vadau D, et al. Oral Health among Elderly, Impact on Life Quality, Access of Elderly Patients to Oral Health Services and Methods to Improve Oral Health: A Narrative Review: *J Pers Med*. [Online].; 2022 [cited 2024 março 30. Available from: HYPERLINK <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35330372/>.
19. Sälzer S, Graetz C, Dörfer C, Slot D, Weijden F. Contemporary practices for mechanical oral hygiene to prevent periodontal disease: *Periodontol 2000*: Oct;84(1):35-44. [Online].; 2020 [cited 2024 março 24. Available from: HYPERLINK <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32844413/>.
20. Mylonas P, Milward P, McAndrew R. Denture cleanliness and hygiene: an overview: *Br Dent J* Jul;233(1):20-26. [Online].; 2022 [cited 2024 março 01. Available from: HYPERLINK <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35804119/>.
21. Carmo H, Ferreira M. *Metodologia da investigação : guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta; 2006.
22. Sampieri R, Lucio M, Collado C. *Metodologia de Pesquisa*. 5th ed. S. Paulo: Penso; 2023.
23. Quivy R, Campenhoudt L. *Manual de Investigação em Ciências Sociais* Lisboa: Gradiva; 2008.
24. Ghiglione R, Matalon B. *O inquérito : teoria e prática* Oeiras: Celta; 1997.
25. Fortin M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação* Lisboa: Lusodidacta; 2009.
26. Juel K. Effect of survey mode on response patterns: comparison of face-to-face and self-administered modes in health surveys. *European Journal of Public Health*. 2013: 327-332.
27. Rosenfeld P, Booth-Kewley S, Edwards J. Computer-administered surveys in organizational settings. *American behavioral scientist*. 1993: 485-511.
28. Joshi A, Kale S, Pal D. Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of applied science & technology*. 2015: 396-403.
29. Albaum G. The Likert scale revisited: An alternate version. *Market Research*

- Society. *Journal of the Market Research Society*. 1997 abril: 331-348.
30. Zhang L, Wang J, Yang F, Li K. A Quantification Method of Driver Characteristics Based on Driver Behavior Questionnaire. *Intelligent Vehicles Symposium*. 2009.
 31. Sukamolson S. *Fundamentals of quantitative research*: Language Institute; 2007.
 32. Almeida L, Freire T. *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 5th ed. Braga: Psiquilíbrios; 2008.
 33. Lakatos E, Marconi M. *Fundamentos de metodologia científica*. 5th ed. S. Paulo: Atlas; 2003.
 34. Courtenay W. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10). 2000: 1385-1401.
 35. Rieker P, Bird C. Rethinking gender differences in health: Why we need to integrate social and biological perspectives. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(S2). 2005: S40-S47.
 36. Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral health and quality of life: Current concepts. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(6). 2017: ZE21-ZE26.
 37. Ghezzi E, Ship J. Aging and oral health. *Clinical Geriatric Medicine*, 16(4). 2000: 815-830.
 38. Jagger D, Sherriff M, Macfarlane T, Matthews D. The prevalence of dental anxiety in a sample of older adults in the UK. *Journal of Dentistry*, 74. 2018: 110-115.
 39. Petersen P, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(2). 2005: 81-92.
 40. Peterson P. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(4). 2005:274-279.
 41. Thomson W. *Epidemiology of oral health conditions in older people*.

- Gerodontology, 31(Suppl 1. 2014: 9-16.
42. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(5). 2000: 373-381.
 43. Vargas C, Ronzio C. Disparities in early childhood caries. *BMC Oral Health*, 6(1), S3. 2006.
 44. Sanders A, Slade G, Turrell G. The shape of the socioeconomic-oral health gradient: implications for theoretical explanations. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34(4). 2006: 310-319.
 45. Watt R, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(4). 2012: 289-296.
 46. Gil-Montoya J, De Mello A, Barrios R, Gonzalez-Moles M, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: A nonsystematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 10. 2015: 461-467.
 47. Sloane P, Zimmerman S, Chen X, Barrick A, Poole P, Reed D, et al. Effect of a person-centered mouth care intervention on care processes and outcomes in three nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(7). 2013: 1158-1163.
 48. Castle N. Castle, N. G. (2006). Measuring staff turnover in nursing homes. *The Gerontologist*, 46(2). 2006: 210-219.
 49. Rantz M, Marek K, Aud M, Tyrer H, Skubic M, Demiris G, et al. Aging in place: The Gerontological Nursing Intervention of Advanced Practice Nurses. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(5): 15-21.
 50. Garcia R, Cadoret C, Henshaw M. Multicultural issues in oral health. *Dental Clinics of North America*, 54(3). 2010: 419-432.
 51. Barnes C, Russell C, Reinhardt R, Payne J. Current trends in periodontal therapy: The use of power-driven scalers. *Dental Clinics of North America*, 47(1). 2013: 39-53.
 52. Nash D, Friedman J, Mathu-Muju K. A review of the global literature on dental therapists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41(1). 2013:

10-15.

53. Sweeney M, WilliamsKennedy, C., Macpher C, Kennedy C, Macpher S. Oral health care and status of elderly care home residents in Glasgow. *Community Dental Health*, 24(1). 2007: 37-42.
54. Coleman P, Watson N. Oral care provided by certified nursing assistants in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(1). 2006: 138-143.

VI. ANEXOS

Anexo I

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da UCP



Parecer sobre o projeto nº251

Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2019/2023

Projeto de Investigação Na reunião do dia 9 de fevereiro de 2023, a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pelo investigador principal. Após apreciação redige o parecer que agora se apresenta.
Título: “Caracterização dos cuidados de saúde oral aplicados por cuidadores institucionais”
Investigadora Principal e Coordenadora do Projeto de Investigação: Patrícia Sofia Soares Couto, Professora da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica (Viseu).
Equipa de Investigação Orientador Professor Nélio Jorge Vieira, FMD - UCP, Viseu Co-Orientadora: Professora Maria José Serol de Brito Correia, FMD – UCP, Viseu Co-Orientadora: Professora Patrícia Sofia Soares Couto, FMD – UCP, Viseu Investigadora e Mestranda: Kaoane Aparecida Gonzaga Pedro Investigadora: Patrícia Nunes Correia Investigadora: Sara Filipa Nunes Lopes
Estão presentes CVs datados e assinados dos investigadores.
Está presente a Aprovação pelo Conselho Científico da FMD da UCP do projeto acima referido que permitirá a elaboração da Dissertação de Mestrado.
Fundamentação/Justificação do estudo: O envelhecimento da população tem vindo a ser um grande desafio para a sociedade, pois estabelece-se o objetivo do indivíduo ter uma esperança média de vida superior, mas mantendo níveis satisfatórios de qualidade de vida. A mesma situação é colocada perante indivíduos com deficiência e que necessitam de cuidados especiais a todos os níveis, nomeadamente, da sua saúde oral. Os cuidadores institucionais assumem a responsabilidade principal de cuidado de idosos institucionalizados e a nível domiciliar. Todos os aspetos relacionados com o bem-estar e qualidade de vida do idoso passa pelas funções exercidas pelo cuidador que, por sua vez, devem apresentar <i>skills</i> e conhecimentos adequados para o desempenho desses cuidados a vários níveis. Os cuidados de saúde oral prestados aos idosos são cada vez mais relevante e associado à qualidade de vida dos mesmos. Assim, é fundamental que a atualização de conhecimentos e <i>know-how</i> dos cuidadores esteja na agenda das instituições empregadoras. A combinação do envelhecimento e a deficiência física e mental, cria a necessidade de uma maior especialização dos seus cuidadores, nomeadamente os que se encontram institucionalizados. Assim, é fundamental avaliar os conhecimentos e as capacidades que os cuidadores apresentam na prestação de cuidados de saúde oral junto dos seus pacientes dependentes. Apenas assim será possível desenvolver <i>guidelines</i> e definir estratégias no sentido de capacitação dos cuidadores ao nível da literacia em saúde oral.
Objetivo: 1) Caracterizar a prestação de cuidados de saúde oral pelos cuidadores informais, que constituem a amostra em estudo. 2) Avaliar a perceção da saúde oral e qualidade de vida dos utentes institucionalizados da qualidade de vida, pelos cuidadores institucionais através da aplicação da escala <i>Dental Coping Beliefs Scale (4)</i> . 3) Validação da escala <i>Dental Coping Beliefs Scale</i> para a população portuguesa. 4) Definição das estratégias mais indicadas ao nível de intervenção de literacia em saúde oral junto dos cuidadores. 5) Realização de uma 2ª fase de avaliação para análise do impacto que as intervenções sobre literacia em saúde oral tiveram nos cuidadores institucionais



Metodologia: Trata-se de um estudo observacional transversal com uma amostra constituída por cuidadores institucionais que colaboram com a Santa Casa da Misericórdia.

Será garantida a participação de todas as pessoas relacionadas acima, que queira integrar ao estudo e ter assinado o consentimento informado destinado aos participantes. Serão critérios de exclusão: não aceitar à participação ou não ter capacidade de entender as perguntas que serão realizadas.

O presente estudo irá ser dividido em 3 fases.

As variáveis estudadas, serão: dados sócio-demográficos como a idade e género, descrição dos cuidados de saúde oral prestados na instituição onde desempenham funções e perceção da saúde oral dos utentes institucionalizados por intermédio do preenchimento do *Dental Coping Beliefs Scale (4)*.

Não existirão, potenciais riscos/incómodos e potenciais benefícios para os participantes do estudo. Todos os participantes no estudo assinam um consentimento informado, esclarecido e livre para a participação neste estudo de investigação. O tratamento de dados pessoais será realizado por forma a que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico informações pessoais dos participantes no estudo sem recurso a informações suplementares.

Os dados são recolhidos garantindo a confidencialidade e anonimato e utilizados exclusivamente pelo investigador principal envolvido no projeto. Todos os participantes serão identificados por um código numérico apenas, não havendo a associação dos dados recolhidos com o respetivo sujeito do estudo. O tratamento de dados pessoais será realizado por forma a que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico informações pessoais dos participantes no estudo sem recurso a informações suplementares. Essas informações suplementares serão mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável. Para o tratamento estatístico dos dados, irá manter-se o pressuposto de codificação por forma a garantir a continuidade do processo de anonimização dos dados recolhidos. Assim, haverá apenas um responsável pelo tratamento estatístico dos dados e que será a pessoa que terá acesso à reversão da chave de codificação. No caso do presente estudo, será o investigador principal o responsável pelo tratamento estatístico.

Os dados serão tratados informaticamente, recorrendo à utilização do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences®*), versão 2.7 para Windows.

Locais onde decorre o estudo: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu e Lares de idosos e Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia. Está presente a concordância do Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Viseu para a realização do estudo.

População: Os participantes serão cuidadores institucionais que desenvolvam funções nas instituições da Santa Casa da Misericórdia. A recolha de dados será concretizada com recurso à aplicação de um questionário com questões referentes à perceção dos cuidados de saúde oral prestados aos utentes institucionalizados e a escala *Dental Coping Beliefs Scale*.

Não se incluem grupos vulneráveis no estudo.

Instrumentos de recolha de dados: Serão utilizados questionários de recolha dos dados, validados em português, que permitirá a análise da perceção dos cuidados de saúde oral prestados aos utentes institucionalizados através da aplicação do *Dental Coping Beliefs Scale*.

Anexo questionário.

Procedimentos: O presente estudo irá ser dividido em 3 fases:

Fase 1: Para avaliação dos cuidados de saúde oral aplicados aos utentes institucionalizados e que se encontram ao cuidado dos participantes do estudo, irá ser aplicado, numa 1ª fase, um questionário auto-aplicado com questões referentes a aspetos sociodemográficos, cuidados de saúde oral aplicados na instituição pelo cuidador e perceção da saúde oral dos utentes institucionalizados através da aplicação do



Dental Coping Beliefs Scale (4). A recolha de dados realizada na 1ª fase do estudo permitirá desenvolver o processo para a validação do *Dental Coping Beliefs Scale* para a população portuguesa.

Fase 2: De seguida, irá ser desenvolvido um conjunto de formações aos cuidadores participantes sobre literacia em saúde oral com o foco nos cuidados de saúde oral que devem ser prestados aos utentes institucionalizados.

Fase 3: Nova aplicação de questionário auto-aplicado com questões referentes aos cuidados de saúde oral aplicados na instituição pelo cuidador e perceção da saúde oral dos utentes institucionalizados através da aplicação da escala *Dental Coping Beliefs Scale (4)*. Esta 2ª avaliação permitirá avaliar o impacto das intervenções comunitárias realizadas junto dos cuidadores e analisar se ocorreram modificações nos comportamentos e conhecimentos sobre literacia em saúde oral dos cuidadores participantes no estudo.

Potenciais riscos/incómodos para os participantes: Não existem.

Potenciais benefícios para os participantes: Os participantes do estudo poderão beneficiar de um esclarecimento sobre os cuidados de saúde oral e métodos de higiene oral que devem realizar junto dos seus utentes institucionalizados. Um dos objetivos consiste em proporcionar resultados que auxiliem na formação de futuras linhas de investigação e literacia em saúde a serem aplicadas à comunidade, mais especificamente, junto das instituições da Santa Casa da Misericórdia.

Modelo de Consentimento Informado: Existente e de acordo com as normas desta CES.

Confidencialidade dos dados recolhidos e conformidade com o RGPD: Todos os participantes no estudo assinam um consentimento informado, esclarecido e livre para a participação neste estudo de investigação. O tratamento de dados pessoais será realizado por forma a que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico informações pessoais dos participantes no estudo sem recurso a informações suplementares. Essas informações suplementares serão mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável. Para o tratamento estatístico dos dados, irá manter-se o mesmo pressuposto de codificação por forma a garantir a continuidade do processo de anonimização dos dados recolhidos. Para isso, o investigador principal será o único responsável pelo tratamento estatístico.

Cronograma compatível com datas possíveis.

Estão presentes todos os restantes documentos exigidos pela CES da UCP.

Estiveram presentes na reunião nº 46 da CES-UCP

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas

Vice-Presidente: Doutora Teresa Marques

Doutor Jerónimo Santos Trigo

Doutor Pedro Garcia Marques

Dr. Eugénio Fonseca

Doutora Ana Mineiro

Doutora Marta Brites (por Zoom)

Mestre Ivone Gaspar

Ouvido o Relator, o plenário da reunião de 9 de fevereiro de 2023, realizada nas instalações da UCP, esta CES delibera, por unanimidade, emitir **PARECER FAVORÁVEL**.



Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.

A Presidente,

Mara de Sousa Freitas

Mara de Sousa Freitas

09/02/2023

Anexo II

Consentimento Informado



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Data Protection Officer – UCP:

Dra. Frederica Campos de Carvalho Contacto telefónico: +351 217214179

E-mail: compliance.rgpd@ucp.pt

Consentimento informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito que os dados recolhidos sejam divulgados sob forma de publicação científica, desde que a minha identidade seja mantida confidencial.

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE
NOME: _____
BICC Nº: _____ DATA OU VALIDADE: ___/___/_____
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____
ASSINATURA _____

Nome do participante no estudo.

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____

Nome do investigador responsável.

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Anexo III

PowerPoint da Formação sobre Cuidados de Saúde Oral

**Cuidados de Saúde Oral**

Formação a Cuidadores

Rute Almeida
MIMD; 5º Ano
Orientador- Prof. Dr. Nélio Veiga

TESE " Impacto da intervenção de literacia em saúde oral nos cuidados prestados por cuidadores institucionais"



Módulo 1

- Envelhecimento
- Saúde Oral
- Viver com Saúde Oral

Envelhecimento



"O envelhecimento é o processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida"

O que significa ter Saúde Oral?

DIA MUNDIAL DA SAÚDE ORAL
20 DE MARÇO

"Saúde Oral é mais do que um sorriso bonito"



Viver com Saúde Oral



- No alcohol
- No smoking

Módulo 2

- Patologias Oraís Mais Comuns nos Idosos

Patologias Oraís Mais Comuns nos Idosos

- Perda dentária
- Cárie dentária e cárie radicular
- Doença periodontal
- Lesões relacionadas com uso de próteses dentárias
- Lesões pré malignas e malignas
- Xerostomia



Perda Dentária

Módulo 2

A perda total ou edentulismo já não deve ser encarada como um fenómeno natural do envelhecimento mas sim consequência de ausência de prevenção, informação, higiene oral precária.



Cárie Dentária

Sabiam que?

- A cárie dentária afeta quase **90%** da população;
- A sua frequência é tão elevada que foi considerada pela Organização Mundial da Saúde como um grave problema de saúde pública que afeta pessoas de todas as idades, independentemente da raça, sexo ou condição social.

Cárie Dentária

- > É provocada pela ação de determinadas bactérias que podem originar a destruição parcial ou total do dente.
- > A presença dessas bactérias na boca, associada a uma alimentação inadequada e a uma higiene oral deficiente, facilita o aparecimento de cáries.

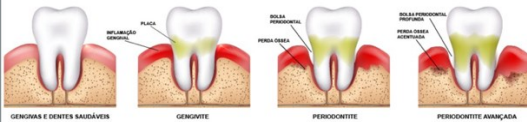


Cárie Radicular

- > As cáries de raiz são prevalentes nos idosos e são resultado da frequente recessão gengival, que se observa nesta faixa etária.



Doença Periodontal



Doença Periodontal



Hábitos de Higiene Oral diminuem progressão da doença

Lesões Oraís relacionadas com uso de Próteses Dentárias

Estomatite Protética
Hiperplasia Fibroepitelial
Úlceras Traumáticas
Queilite Angular
Candidíase

Estomatite Protética

A estomatite protética está associada:

- > Tempo de uso da prótese;
- > Desgaste da prótese;
- > Uso noturno de prótese;
- > Higieneização deficiente.



Descanso noturno da prótese é OBRIGATORIO

Lesões Pré Malignas e Malignas Oraís

Leucoplasia	} Pré-malignas
Eritroplasia	
Queilite Actínica	
Fibrose submucosa	
Líquen Plano	} Malignas
Cancro Oral	

Cancro Oral

O **CANCRO ORAL** é o 6º mais comum do mundo

Portugal é o segundo país da Europa com maior taxa de incidência de **CANCRO ORAL**

15 em cada 100 mil portugueses têm **CANCRO ORAL**

É mais comum nos homens com mais de 45 anos

2 em cada 3 casos são detetados em fase avançada

Taxa de mortalidade superior a 60% cinco anos após o diagnóstico

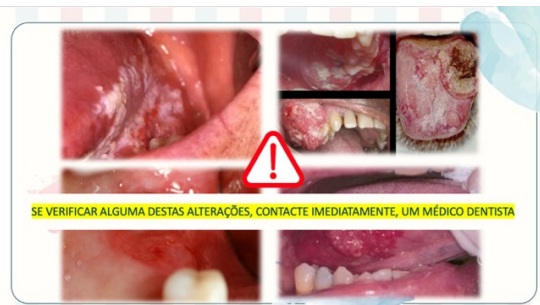
Se detetado atempadamente, o **CANCRO ORAL** tem uma taxa de cura de 80-90%



O QUE DEVO PROCURAR? EVITE O CANCRO ORAL



- 1 Afetas ou úlceras que não desaparecem em 2/3 semanas
- 2 Ferida na boca ou na garganta que não cicatriza
- 3 manchas brancas e/ou vermelhas
- 4 Nódulos ou massas na boca, lábios e pescoço (com ou sem dor associada)
- 5 Dificuldade em mastigar ou engolir
- 6 Limitação dos movimentos da língua ou do maxilar inferior
- 7 Parestesias (perdas de sensibilidade)
- 8 Linfadenopatias (aumento de gânglios linfáticos)



SE VERIFICAR ALGUMA DESTAS ALTERAÇÕES, CONTACTE IMEDIATAMENTE, UM MÉDICO DENTISTA



Papel da Saliva

- Xerostomia
- Hiposaliação
- Hipersaliação

Xerostomia

- Presente em até 45% dos doentes idosos;
- Muitas vezes associado a outras doenças, à toma de certos medicamentos e a patologias da cavidade oral.



Sensação de Boca Seca

Como Melhorar?

- Mastigar uma pastilha elástica ou um reboçador, sem açúcar, para estimular a produção de saliva;
- Beber água durante as refeições, para ajudar a mastigar e engolir os alimentos;
- Utilizar uma solução sem álcool, para bochechar;
- Evitar bebidas com gás, café, tabaco e álcool;
- Usar batom hidratante.

Módulo 3

- Higiene Oral
- Instruções de Higiene Oral
- Reabilitação Oral (Tipos de próteses e Higienização)
- Estratégias para Cuidadores Institucionais
- Papel de um Cuidador Institucional
- Folhetos Educativos

Higiene Oral

- A Higiene Oral consiste em todos os processos para manter a cavidade oral saudável.

Melos auxiliares de limpeza:

- Escova dentária;
- Dentífrico Fluoretado;
- Fio dentário;
- Escovilhão interdentário;
- Colutório;
- Raspador lingual;



Instruções de Higiene Oral

1. Escovagem Dentária

2

Quando?

Lembre-se sempre da regra dos 2:

- Duas vezes por dia;
- Dois minutos de escovagem;
- Duas horas sem comer a seguir à escovagem e às refeições principais.

Instruções de Higiene Oral

Como?

- 45º é o ângulo perfeito da escova em relação à gengiva;
- 10 vaivéns, movimentos horizontais na superfície dentária;
- Da base à ponta, é o movimento de escovar a língua, removendo as bactérias e refrescando o hálito;
- 2 dentes de cada vez.



Posicione a escova a 45 graus em relação à gengiva

Instruções de Higiene Oral

Escova de dentes

- Flexível e durável;
- Secar e lavar rapidamente;
- Mudar, pelo menos, de 3 em 3 meses.

Pasta de dentes

- O dentífrico com flúor ajuda a saliva a repor minerais perdidos pelo dente.



Instruções de Higiene Oral

2. Higiene Interproximal- Fio Dentário, Escovilhões

Quando?

Diariamente.

Como?

Utilizar cerca de 40 cm de fio dentário; Enrolar a quase totalidade do fio num dedo médio de uma mão e a restante no dedo; médio da outra mão, deixando 2 a 3 cm de espaço entre os dois dedos;

Cuidado, não magoe as gengivas.

O fio deve fazer um "C" à volta do dente para chegar à gengiva.

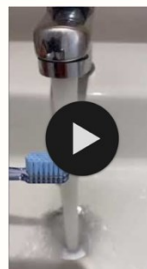


Instruções de Higiene Oral

3. Bochechos Fluoretados

Quando?

Após a escovagem dos dentes. Quando indicados, são sugeridos bochechos duas vezes ao dia durante 30 segundos.



Instruções de Higiene Oral

4. Evitar Fatores de Risco

Alimentação

- Deve ser simples e variada
- Evite comer doces, sobretudo entre refeições

Hábitos Diários

- Não fumar
- Não consumir álcool
- Investir em hábitos de higiene diários

Instruções de Higiene Oral

5. Visitas regulares ao Dentista

Quando?

Pelo menos uma vez por ano desde a erupção do 1º dentes. No entanto, deve procurar o seu médico dentista sempre que a situação o justifique.



Reabilitação Oral

Tipos de próteses



Prótese Removível

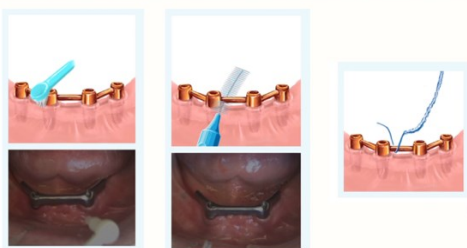
Como higienizar?

- > Retirar a prótese da boca, com cuidado, se necessário inclinar a cabeça do paciente para a frente para ser mais fácil;
- > Se usar cola fixadora, remover;
- > Com uma escova de prótese escovar todas as superfícies desta com sabão azul ou rosa, ou espuma de lavagem adequada;
- > Para limpezas mais profundas, usar pastilhas de lavagem;
- > Escovar a gengiva, na zona sem dentes;
- > Secar e guardar a prótese numa caixa perfurada;
- > Dormir sem a prótese.

Prótese Fixa

Como higienizar?

- > Utilizar escovas interdentais e fazer movimentos circulares na dentição, especialmente na região implantada, para remover restos de alimento sobre os dentes;
- > Após concluir a escovagem, passar o fio dentário (super floss), para garantir a completa remoção de resíduos entre os dentes e a gengiva;
- > Terminar o processo de higienização com colutório.



Estratégias para cuidadores

Higiene oral em doentes com necessidades especiais...



Estratégias para Cuidadores

Doente Autônomo e Cooperante

Com dificuldades cognitivas ou motoras leves, que conseguem cuidar da sua higiene:

- Encorajar a realização deste cuidado;
- Definir um horário para realizar a higiene oral;
- Com frequência, lembrar como e quando escovar;
- Verificar se os dentes estão limpos.

Doente Autônomo não Cooperante

- É preferível remover diariamente alguma placa bacteriana do que não realizar a higiene oral. Quando a escovagem e o uso do fio dentário não são possíveis, um depressor lingual (espátula) envolto numa compressa ajuda na higienização diária.

Quando recorrer à escovagem seca?

Quando o doente não coopera: passar a escova, sem pasta de dentes e realizar apenas a ação mecânica. No final, com um cotonete ou escova **unitufo**, aplicar pasta ou gel colutório - 1000 a 1500 ppm de flúor, ou uma solução de bochecho fluoretada numa compressa.

Não forçar a escovagem

Tentar realizar a higiene oral num outro momento, em que o doente esteja mais calmo. Às vezes, são necessários dois cuidadores: um para acalmar/ distrair e outro para higienizar a boca.

Postura do Cuidador

Se o doente consegue estar de pé ou sentado:

- O cuidador deve posicionar-se de frente para o doente.

Se o doente estiver acamado:

- O cuidador deve elevar a cama ou posicionar-se atrás do doente, levantando a cabeça e fazendo pressão com um dos braços nesta zona. Usar um espelho ajuda na visualização da cavidade oral.

“O cuidar do outro pressupõe atenção à sua individualidade e às suas necessidades.”

Folhetos Educativos



Folhetos Educativos

Como realizar a higiene oral num doente?

Para assistência com odores e fundamentos à prevenção

Como prevenir a doença?

Como realizar a higiene oral num doente?

Como prevenir a doença?

Como realizar a higiene oral num doente?

Como prevenir a doença?

Obrigada!

Alguma questão?
rutej. Almeida@hotmail.com



Folhetos Educativos

Como realizar a higiene oral num idoso?

Inês Ferreira, Maria Condeiro, Raiz Almeida, Sara Ferreira, Jasmã Shiani



Para envelhecer com saúde, é fundamental a prevenção

Não só a idade mas também a presença de doenças sistémicas e a toma de vários medicamentos ao mesmo tempo, frequentes nesta faixa etária, além de outros fatores de risco, contribuem para o desenvolvimento das patologias orais.

E como podemos prevenir?

Higienização dos dentes

- A escova deve ser de cabeça pequena e de cerdas macias. Escovar com cuidado e com gentileza de forma a não magoar as gengivas!
- Deve se ver no rótulo da pasta dos dentes a quantidade de flúor (1000-1500 ppm).
- Se tiver pelo menos um dente ausente é preferível usar a escova monotufe.
- Utilizar o escovilhão ou o superflöss para limpar as superfícies entre os dentes.

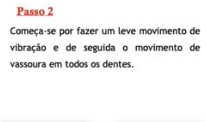


A escovagem deve durar no mínimo 2 minutos



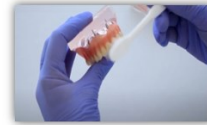
Passo 1

Começamos pelos dentes de cima, pela parte exterior desde o lado direito até ao lado esquerdo. Colocamos a escova com uma angulação de 45º graus entre a gengiva e o dente.



Passo 2

Começa-se por fazer um leve movimento de vibração e de seguida o movimento de vassoura em todos os dentes.



Passo 3

Depois avançamos para a zona do dente que mastiga com movimentos de vai e vem e posteriormente a parte de dentro dos dentes (voltada para a língua).



Passo 4

Passando para os dentes de baixo, repetir todos os passos utilizados anteriormente.



Passo 5

A escovagem deve ser completada com o uso de fio dentário, colutório e a escovagem da língua.

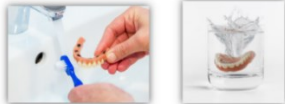


No caso de não conseguir ter destreza manual, peça ajuda a um auxiliar ou a alguém que viva consigo.

Limpeza da prótese

Para quem tem prótese dentária é importante ter em consideração que:

- Após cada refeição deve ser retirada a prótese e realizar a sua respetiva limpeza, começando por escovar a prótese com uma escova macia e pasta de dentes;
- À noite antes de ir dormir, retirar-se a prótese e coloca-se num copo de água com uma pastilha efervescente para limpar/desinfetar a prótese, durante 15-20 min no máximo.



Tem boca seca?

Se sim, então é importante falar com o seu médico dentista para perceber qual a causa. Existem várias pastas dentífricas e até mesmo elixires como solução para a boca seca.



NO CASO DE...

Diabetes

- Precisam de visitar mais regularmente o médico dentista para uma limpeza mais constante. Isto porque têm maior probabilidade de apresentar cáries ou inflamações na gengiva.

Astma

- Os inaladores e xaropes deverão ser feitos antes de lavar os dentes e não depois, para evitar o aparecimento de cáries.
- Devem ainda visitar o dentista com maior frequência uma vez que podem apresentar a boca seca pois têm maior probabilidade de apresentar cáries e doenças gengivais.

04 **É IMPORTANTE MANTER OS DENTES NATURAIS?**

Sim, devemos procurar manter os dentes naturais usando os recursos da Medicina Dentária. Um único dente pode ser um meio de retenção de uma prótese removível, durante alguns anos. Os cuidados preventivos a ter com este dente, nomeadamente o número de visitas a realizar ao Médico Dentista, deve ser o mesmo, como se aviassem mais dentes na cavidade oral.

05 **AS ALTERAÇÕES ESTÉTICAS, DE DENTES E DAS GENÍVAS, QUE SURTEM COM A IDADE, PODEM SER CORRIGIDAS?**

Sim, com a idade os dentes podem sofrer alterações de cor ficando mais amarelados e/ou acastanhados, assim como podem surgir dentes com aspecto longo, devido à retração gengival, ou mais curtos, por causa do desgaste. Existem tratamentos, por vezes simples e pouco dispendiosos, que podem ajudar a melhorar a estética em algumas situações como, o recurso a resinas compostas ou ao branqueamento dentário. Outros mais complexos e completos como realiações protéticas fixas ou o recurso à ortodontia (correção do posicionamento dentário), podem ser soluções também indicadas nestas idades.



06 **EXISTEM RISCOS EM MANTER NA CAVIDADE ORAL OS DENTES NATURAIS?**

Não, desde que os dentes não apresentem problemas de cárie, doença periodontal (gengivais), ou estejam a provocar trauma das mucosas ou qualquer outra alteração que possa prejudicar a saúde em geral. Deve ser o Médico Dentista a avaliar a sua saúde oral e, em conjunto estabelecer um plano de tratamento adequado.

DESPESA PARTICIPADA PELO ESTADO NA AQUISIÇÃO E REPARAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS



Trata-se de um benefício adicional para idosos criado pelo Estado, através numa participação de 75% da despesa na aquisição e reparação de Próteses Dentárias removíveis, para todos os que são beneficiários do Complemento Solidário para Idosos.

O Complemento Solidário para Idosos é uma prestação pecuniária, de montante diferencial, de combate à pobreza dos idosos, que varia consoante a diferença entre os rendimentos do idoso e os valores de referência periodicamente actualizados pelo Estado.

PODE BENEFICIAR DO COMPLEMENTO SOLIDÁRIO PARA IDOSOS:
 Se tem 65 anos ou mais;
 Se reside em território nacional nos últimos 6 anos, salvo prestações de trabalho no estrangeiro;
 Se possui rendimentos de montante inferior aos valores perdidos de referência;
 Se é titular de pensão de velhice e sobrevivência ou equiparada de sistema de protecção social nacional ou estrangeira.

PARA BENEFICIAR DA PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DA AQUISIÇÃO E REPARAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS DEVERÁ:
 Ser beneficiário do Complemento Solidário para Idosos;
 Obter no Instituto da Segurança Social, I.P. o documento válido comprovativo da minha situação de beneficiário do Complemento Solidário para Idosos;
 Solicitar a cópia da receita médica ao meu Médico Dentista;
 Solicitar a factura discriminada da despesa ao meu Médico Dentista;
 Solicitar o recibo de pagamento da despesa.

PARA OBTER A PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DA DESPESA DEVERÁ DIRIGIR-SE:
 Ao centro de saúde onde está inscrito(a), para entrega de toda a documentação, com a apresentação do cartão de utente.

FOLHETOS EDUCATIVOS ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

SAÚDE ORAL SÉNIOR



07 **COM A IDADE QUAIS OS PRINCIPAIS PROBLEMAS QUE PODEM SURTIR NA CAVIDADE ORAL, NOS DENTES, NAS GENÍVAS E NAS MUCOSAS?**

Os problemas mais comuns que surgem com a idade são as cáries, principalmente as cáries radiculares (raízes dos dentes), a doença periodontal (gengivais), a perda de dentes, as alterações funcionais da cavidade oral (mastigação), o desgaste dentário, o cancro oral, a xerostomia (sentir a boca seca) e a dor crânio-facial. Outras alterações associadas à idade estão relacionadas com o aparecimento de mucosas sensíveis e finas, alteração da cor dos dentes e diminuição da percepção de certos sabores.



PREVENÇÃO E CUIDADOS DE SAÚDE ORAL

08 **PERANTE PROBLEMAS COM A MINHA SAÚDE ORAL POSSO FAZER TRATAMENTOS COM SEGURANÇA NO MÉDICO DENTISTA?**

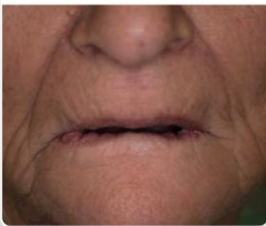
Sim, é importante visitar o Médico Dentista e informá-lo de todos os problemas de saúde e dos medicamentos que está a tomar. Deste modo, o tratamento médico dentário decorrerá em segurança, pois o profissional irá tomar todos os cuidados necessários e realizar os tratamentos adequados a cada situação clínica.

09 **É IMPORTANTE INFORMAR O MEU MÉDICO DENTISTA DE TODOS OS MEDICAMENTOS QUE TOMO?**

Sim, pois alguns medicamentos quando tomados de forma continuada tem repercussões na cavidade oral e nos tratamentos. O Médico Dentista poderá ajustar a terapêutica prescrita e realizar os tratamentos na cavidade oral com segurança, eliminando ou mesmo evitando interferências desses medicamentos.

07 **QUAIS OS PROBLEMAS MAIS GRAVES QUE PODEM SURTIR COM A PERDA DOS DENTES NATURAIS?**

Para além das alterações estéticas, fonéticas e funcionais a perda de um dente provoca na boca alterações nomeadamente nos outros dentes, pois alteram a relação que estes estabelecem, isto é, os restantes dentes movem-se para os espaços que ficam "vazios" sofrendo rotações e viragens e alterando a oclusão (mordida).



08 **QUANDO OS DENTES "ABANAM", OU AS GENÍVAS SANGRAM E DÓEM, O QUE DEVO FAZER?**

Deve dirigir-se com a máxima urgência ao Médico Dentista para que este avalie o estado da boca. Poderá ser urgente, para além de outras medidas, a realização de uma desartarização limpa para eliminar a placa bacteriana e/ou tártaro que constituem causas desta situação clínica. A placa bacteriana é uma espécie de película que adere aos dentes e às gengivas e quando não é removida transforma-se em tártaro duro e rugoso, lesivo para as gengivas e para o suporte dos dentes, provocando, numa fase mais avançada, dor e mobilidade dentária.



09 **QUE MEDIDAS PREVENTIVAS APLICAR PARA AJUDAR A MANTER A SAÚDE DA MINHA BOCA?**

Escovar os dentes diariamente, pelo menos duas vezes por dia, uma das quais obrigatoriamente antes de deitar, com uma escova média, e usar escovilhas interdentárias ou fio dentário para higienizar os espaços entre os dentes e um raspador lingual para limpar a língua. Usar diariamente um dentífrico fluorado e um suplemento de flúor, em bochecho, é ideal para prevenir a cárie dentária e a perda de dentes. Os anti-microbianos como a clorexidina podem ajudar a diminuir as bactérias na boca ajudando a controlar a placa bacteriana e o aparecimento do tártaro. Se sentir a boca seca, usar substitutos de saliva para a humedecer a cavidade oral. Pode ser útil. Aconselhe-se com o seu Médico Dentista. Deve ter cuidado com os alimentos ricos em ácidos (definidos ou não).

Deve visitar o Médico Dentista pelo menos 2 vezes por ano.

10 **VALE A PENA COLOCAR PRÓTESES DENTÁRIAS PARA SUBSTITUIR OS DENTES NATURAIS PERDIDOS?**

Sim. Os dentes intervêm em processos como a mastigação, deglutição, fonética e no aspecto da estética facial. Quando perdemos dentes, sofremos alguma destas alterações que podem ser minimizadas se substituímos os dentes em falta através de próteses dentárias, que poderão ser fixas ou removíveis.

11 **COMO PODEM SER SUBSTITUÍDOS OS DENTES NATURAIS PERDIDOS?**

A perda dentária no idoso pode ser compensada através de tratamentos com prótese fixa ou prótese removível. Os tratamentos com próteses removíveis são os mais comuns, devendo o idoso readaptado com prótese ser alvo de uma atenção contínua pelo Médico Dentista. Este profissional terá uma atenção preventiva, no sentido de avaliar a necessidade de modificações e readaptações.



12 **QUE CUIDADOS DEVO TER COM AS PRÓTESES DENTÁRIAS?**

A manutenção das próteses exige alguns cuidados, tais como higienização após as refeições (das próteses e dos dentes naturais caso existam), limpeza feita com uma escova especial para próteses, ou uma escova das unhas com cerdas de nylon e um pouco de denteftico ou se puder um pouco de sabão ou um produto específico para higienizar próteses para evitar a formação de manchas. Por fim, a passagem por água abundante. Remover as próteses durante o sono, diariamente, para que as mucosas descansem durante algumas horas, salvo em raras excepções. Conserva-las em água mais, associada ao uso de pastilhas desinfetantes comercializadas (meios alcalinos). Sempre que surja um "mal-estar" na mucosa oral, procurar a ajuda do Médico Dentista.

13 **COMO POSSO MANTER UMA BOA SAÚDE ORAL NA MINHA IDADE?**

Marcando uma consulta numa clínica de Medicina Dentária, onde o Médico Dentista poderá identificar os problemas orais e dar informações de como os solucionar, em função das necessidades de cada indivíduo. Os beneficiários do complemento solidário para idosos podem dirigir-se ao centro de saúde e solicitar junto do médico de família apoio para a consulta de Medicina Dentária, mediante a integração no Projecto de Saúde Oral para Pessoas Idosas (cheque dental).

14 **MESMO NÃO TENDO DENTES NATURAIS DEVO CONSULTAR UM MÉDICO DENTISTA COM REGULARIDADE?**

Sim, com o passar do tempo os tecidos orais sofrem modificações podendo surgir lesões que quando não controladas se podem transformar em lesões malignas. Os portadores de próteses dentárias totais sofrem alterações das mucosas e desajustes das próteses, que deverão ser corrigidas para evitar feridas e lesões graves. Em algumas situações devem avaliar-se as infecções por fungos associadas ao uso de próteses dentárias.

15 **ONDE ME DEVO DIRIGIR PARA FAZER AS PRÓTESES DENTÁRIAS?**

Para substituir os dentes perdidos por próteses dentárias, removíveis ou fixas, deve dirigir-se ao Médico Dentista e pedir-lhe uma avaliação da situação clínica e da indicação de qual o melhor tipo de prótese. Só estes profissionais têm competências legais para a aconselhar e tratar.

16 **POSSO BENEFICIAR DE COMPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA NA AQUISIÇÃO E REPARAÇÃO DAS MINHAS PRÓTESES?**

Os beneficiários do Complemento Solidário para Idosos podem dirigir-se a uma Clínica de Medicina Dentária para a realização, a readaptação ou para consertar as próteses. O Médico Dentista fornecerá então uma cópia da receita médica da prótese, a factura discriminada da despesa e o recibo de pagamento. Estes documentos deverão ser entregues no Centro de Saúde, que verifica toda a documentação. O pagamento é efectuado pelo Instituto da Segurança Social, e traduz-se numa comparticipação até 75% (máximo 250€ cada 3 anos da despesa, na aquisição e reparação de próteses dentárias.

ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS
 Av. Dr. António Gomes, 443 - 4100-080 Porto | Portugal
 Tel.: 201 22 419 76 90 / Fax: 201 22 419 76 99
 E-mail: ordm.auleb@ordm.pt
 Web: www.ordm.pt

RECOMENDAMOS TAMBÉM A LEITURA DE:
 Prevenção e Higiene Oral, Periodontologia, Implantes Dentários, Próteses Dentárias, Cancro Oral.

Anexo V

Questionário

09/06/24, 03:43

Inquérito Qualtrics | Qualtrics Experience Management



1. Género

- Masculino
- Feminino
- Não binário / terceiro género
- Prefere não dizer

2. Idade

- 18 - 20
- 21 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- 61 +

3. Área de residência:

- Aldeia
- Vila
- Cidade

https://ucpresearch.qualtrics.com/jfe/form/SV_295qmvTFbNyKkpE

1/4

3. Acredito que sei como as doenças orais devem ser tratadas.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4. Acredito que os produtos fluoretados são mais indicados para crianças do que para idosos.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

5. Acredito que os dentes devem durar uma vida inteira.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

6. Apenas o médico dentista consegue prevenir as cáries dentárias e as doenças gengivais.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

7. Acredito que a cárie dentária pode ser prevenida.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

8. Se eu tivesse formação em cuidados de saúde oral, eu seria capaz de prestar melhores cuidados aos meus utentes.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo

- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

9. Se os meus utentes já possuírem uma má saúde oral, a escovagem e utilização do fio dentário não irá ajudar.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

10. Eu acredito que as próteses dentárias NÃO necessitam de ser removidas durante a noite (a não ser que o utente queira).

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

11. Acredito que sei utilizar corretamente o fio dentário.

- Discordo totalmente

- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

12. Acredito que NÃO é possível prever a maneira que certas doenças e medicações podem prejudicar os dentes.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

13. Acredito que o fio dentário pode prevenir doenças gengivais.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

14. Acredito que uma vez que a doença gengival esteja instalada, é impossível de controlar.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

15. Acredito que sei como prevenir candidíase oral.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

16. Acredito que se a gengiva sangra quando utilizamos o fio dentário, devemos parar a sua utilização.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

17. Acredito que a perda dentária é uma consequência normal do processo de envelhecimento.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

18. Acredito que os meus utentes requerem a minha ajuda na sua higiene oral.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

19. Acredito que apenas devemos visitar o médico dentista quando há dor.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo

- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

20. Acredito que mesmo que tenhamos bons hábitos de higiene oral, os nossos dentes irão cair, acompanhando o processo de envelhecimento.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

21. Se soubesse como cada doença oral se processa, eu seria capaz de praticar melhores cuidados de saúde oral aos meus utentes.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

22. Acredito que uma prótese dentária dá menos trabalho a cuidar comparativamente aos dentes naturais.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

23. Acredito que sou capaz de remover, com sucesso, a maioria da placa bacteriana por forma a ajudar a prevenir a cárie dentária e doença gengival.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

24. Acredito que um método de escovagem seja tão eficaz quanto qualquer outro método de higiene oral (como por ex o uso de colutório)

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente

- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

25. Acredito que a doença gengival pode ser prevenida.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

26. Acredito que se as gengivas sangrarem aquando da escovagem, isso geralmente significa que devemos parar de escovar.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

27. Acredito que os nossos utentes comem melhor se tiverem uma boca saudável e higienizada.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

28. Acredito que a escovagem pode prevenir cáries.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Nem concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Desenvolvido pela Qualtrics LT