



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO ORAL DE
PACIENTES IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

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

Por: Sarah Valimamade Goolamhussen

Viseu, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO ORAL DE
PACIENTES IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

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

Por: Sarah Valimamade Goolamhussen

Orientadora: Prof.^a Doutora Patrícia Fonseca

Coorientadora: Prof. Doutor Nélio Veiga

Viseu, 2019

“Sê todo em cada coisa.
Põe quanto És
no Mínimo que fazes”
(Ricardo Reis)

In memorian

Ao meu avô que sempre sonhou ter um Médico-
Dentista na família e, onde quer que esteja, o seu sonho
tornou-se realidade

AGRADECIMENTOS

Presto aqui os meus mais sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Patrícia Fonseca, orientadora desta monografia, por toda a ajuda, disponibilidade, aconselhamento e motivação ao longo desta última caminhada e também durante todos estes anos. Muito Obrigada!

Ao Professor Doutor Nélio Veiga, por toda a ajuda ao longo do meu percurso académico, pela simpatia e disponibilidade que sempre demonstrou nos momentos de dúvida.

À minha mãe, pela Mulher lutadora que é, por me ter dado a possibilidade de tirar um curso superior e por nunca deixar de acreditar em mim e de dizer que seria capaz, mesmo quando eu duvidava de mim própria.

À minha irmã, Natasha, por toda a amizade e carinho partilhado ao longo de todos estes anos e por sempre acreditar em mim.

Às minha avós, por me terem criado, por todo o carinho e amor que sempre me deram e por nunca duvidarem que eu seria capaz.

À família adotiva que Viseu me deu, obrigada por me terem acolhido como uma filha e uma irmã e por me proporcionarem momentos tão bons e tão felizes. Mesmo estando longe de casa estive sempre em família.

Ao trio que sobreviveu, Staminá e Joana, por todas as gargalhadas e momentos de imensa felicidade, assim como algum choro e desespero. Passámos os melhores e superámos os piores momentos destes 5 anos juntas. Sem vocês não teria a mesma piada! E agora, que venha o resto das
nossas vidas!

Aos grandes amigos que fiz nesta minha segunda casa, obrigada por todos os risos e sorrisos, mesmo nos momentos mais difíceis deste nosso percurso. Tornaram estes anos inesquecíveis!

Em especial, o meu mais sincero obrigada à minha binómia e irmã de coração, Joana Santos, por toda amizade, cumplicidade e apoio! Não havia melhor pessoa para ser o meu par durante estes 5 anos! Obrigada por todos os ensinamentos ao longo deste nosso percurso juntas (o primeiro de muitos)
Se não fosse lado-a-lado não fazia sentido!

A todos os professores que fizeram parte do meu percurso académico, muito obrigada por tudo o que ensinaram durante estes anos!

**A todos, um obrigada de coração!
Uma vez Viseu, para sempre uma casa!**

RESUMO

Introdução: Ao longo das últimas décadas tem-se verificado um crescente envelhecimento populacional e com este, um aumento na preocupação com a saúde oral dos idosos, maioritariamente os institucionalizados. Esta apreensão advém do facto desta amostra vulnerável apresentar um estado de saúde mais precário.

Objetivos: Este estudo visa caracterizar a saúde oral e a reabilitação protética dos idosos institucionalizados, assim como a sua capacidade mastigatória e a sua auto-perceção sobre a sua saúde oral.

Materiais e Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico observacional analítico transversal com uma amostra constituída por 63 participantes residentes em instituições da cidade de Viseu. A recolha de dados foi efetuada através da aplicação oral de um questionário, seguido de uma observação intra-oral.

Resultados: Os idosos institucionalizados apresentaram um valor de CPOD de $27,27 \pm 7,126$, com uma maior prevalência de dentes perdidos ($26,14 \pm 8,293$). Estes dados devem-se aos reduzidos índices de saúde oral verificados nesta amostra, resultantes dos escassos cuidados de higiene oral presentes nos pacientes institucionalizados. Quanto à capacidade mastigatória aferiu-se que os pacientes portadores de prótese dentária apresentam uma maior eficácia mastigatória ($p=0,007$ e $p=0,21$). Adicionalmente, os idosos reabilitados proteticamente apresentam uma melhor auto-perceção da sua saúde oral, segundo o Índice GOHAI ($p=0,037$).

Conclusões: O conhecimento das principais necessidades de tratamento Médico-Dentário dos idosos institucionalizados é fundamental de modo a elaborar medidas de promoção de saúde oral e consciencializar tanto os idosos como os seus familiares e cuidadores para a sua importância. É fulcral que os Médicos-Dentistas se tornem numa parte integrante, ativa e dinâmica da Medicina Dentária Geriátrica.

Palavras-chave: Saúde oral, Idosos institucionalizados, Reabilitação protética, Capacidade mastigatória, GOHAI

ABSTRACT

Introduction: Over the last few decades there has been progressive aging of the populations and with it, an increase in the concern with the oral health of the elderly, particularly the institutionalized ones. This apprehension arises from the fact that this vulnerable sample is in a poorer state of health.

Objectives: This study aims to characterize the oral health and prosthetic rehabilitation of institutionalized elderly, as well as their masticatory ability and self-perception of oral health

Materials and Methods: The present study is an observational epidemiological cross-sectional study with a sample of 63 participants living in institutions in Viseu. The data was collected through an oral application of a questionnaire, followed by an intra-oral observation.

Results: Institutionalized elderly patients presented a DMFT value of 27.27 ± 7.126 , with a higher prevalence of missing teeth (26.14 ± 8.293). These data are due to the low oral health indexes verified in this sample, that are a result of the scarce care of oral hygiene present in the institutionalized patients. As to masticatory capacity, it was verified that patients with dental prosthesis had a greater masticatory efficacy ($p=0.007$ and $p=0.21$). In addition, the elderly who are prosthetically rehabilitated have a better self-perception of their oral health, according to the GOHAI Index ($p=0.037$).

Conclusions: The knowledge of the main treatment needs of the institutionalized elderly is fundamental in order to elaborate oral health promotion measures and to raise awareness among the elderly, their families and caregivers about the importance of this matter. It is essential that Medical-Dentists become an integral, active and dynamic part in Geriatric Dental Medicine.

Keywords: Oral health, Institutionalized elderly, Prosthetic rehabilitation, Masticatory ability, GOHAI

ÍNDICE GERAL

1. Introdução.....	1
1.1. Envelhecimento Populacional.....	3
1.1.1. Processo De Envelhecimento.....	4
1.1.2. Idosos Institucionalizados.....	6
1.2. Saúde Na Terceira Idade.....	7
1.3. Saúde Oral Nos Pacientes Geriátricos.....	9
1.3.1. O Edentulismo.....	10
1.3.2. Cárie Dentária.....	11
1.3.3. Doença Periodontal.....	11
1.3.4. Xerostomia.....	12
1.4. Reabilitação Protética No Idoso.....	13
1.5. Auto-Perceção Da Saúde Oral.....	14
2. Objetivos.....	17
2.1. Objetivos Gerais.....	17
2.2. Objetivos Específicos.....	17
3. Material e Métodos.....	19
3.1. Caracterização Do Estudo.....	21
3.2. População E Seleção Da Amostra.....	21
3.3. Procedimentos Éticos E Legais.....	22
3.4. Condições De Observação.....	22
3.4.1. Material Utilizado.....	23
3.5. Registo Dos Dados Recolhidos.....	23
3.6. Critérios De Diagnóstico Clínico.....	25
3.7. Análise Estatística.....	27
4. Resultados.....	29
4.1. Caracterização geral da amostra.....	31
4.1.1. Grau de escolaridade.....	33

4.1.2. Hábitos tabágicos	33
4.1.3. Saúde sistêmica.....	33
4.2. Caracterização da saúde oral	35
4.2.1. Índice CPOD	35
4.2.2. Práticas de higiene oral do indivíduos dentados.....	36
4.2.3. Presença de boca seca e de alteração no paladar	38
4.3. Caracterização da reabilitação protética.....	41
4.3.1. Cuidados Protéticos.....	43
4.4. Lesões orais.....	44
4.5. Autopercepção da reabilitação protética.....	45
4.5.1. Necessidade de reabilitação protética	45
4.6. Capacidade mastigatória segundo o índice de Leake	45
4.7. Caracterização da autopercepção da saúde oral.....	47
5. Discussão	49
5.1. Caracterização geral da amostra	51
5.1.1. Hábitos tabágicos	53
5.2. Saúde sistêmica.....	53
5.3. Saúde oral	56
5.3.1. O edentulismo.....	57
5.3.2. Capacidade mastigatória	60
5.4. Reabilitação Protética	62
5.5. Lesões orais.....	64
5.6. Autopercepção da saúde oral	66
6. Conclusão.....	71
7. Bibliografia	73
8. Anexos.....	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da amostra por idades	31
Figura 2 - Histograma representativo da idade dos elementos da amostra	32
Figura 3 - Distribuição da população de acordo com o grau de escolaridade ..	33
Figura 4 - Distribuição da população de acordo com a presença de patologias sistémicas.....	34
Figura 5 - Distribuição da população segundo a especificidade das patologias apresentadas.....	34
Figura 6 - Distribuição da população de acordo com a toma de medicação	35
Figura 7 - Distribuição da população de acordo com a realização de escovagem diária.....	36
Figura 8 - Distribuição da população de acordo com o grau de higiene oral....	37
Figura 9 - Distribuição da população de acordo com o tipo de prótese utilizada	41
Figura 10 - Distribuição da população de acordo com a arcada reabilitada	42
Figura 11 - Distribuição da população de acordo com a Classe de Kennedy ..	42
Figura 12 - Distribuição da população de acordo com a utilização da prótese.	43
Figura 14 - Distribuição da amostra de acordo com os métodos de higienização protéticos.....	44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população de acordo com a idade e o género.....	32
Tabela 2 - Distribuição da população de acordo com o grau de higiene oral, a idade e o género	38
Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de higiene oral e os hábitos tabágicos	38
Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com a presença de boca seca e o género	39
Tabela 5 - Relação entre a presença de boca seca e a toma de medicação ...	39
Tabela 6 - Relação entre a idade e o género e a presença de alteração no paladar	40
Tabela 7 - Relação entre a presença de boca seca e a terapêutica medicamentosa e alteração no paladar.....	40
Tabela 8 - Presença de lesões orais na população.....	45
Tabela 9 - Capacidade mastigatória segundo o Índice de Leake.....	46
Tabela 10 - Capacidade mastigatória segundo os indivíduos com "Boa" autoperceção da prótese.....	46
Tabela 11 - Relação entre o resultado do GOHAI e o uso de prótese dentária	47

LISTA DE SIGLAS

ONU (Organização das Nações Unidas)

INE (Instituto Nacional de Estatística)

OMS (Organização Mundial de Saúde)

OMD (Ordem dos Médicos Dentistas)

CPOD (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados)

HTA (Hipertensão Arterial)

AVC (Acidente Vascular Cerebral)

GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index)

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas.⁽¹⁻³⁾ Atualmente são várias as referências sobre o aumento crescente da população idosa a nível mundial.^(4,5) No âmbito sociodemográfico, a grande diminuição da taxa de mortalidade que se tem verificado nas últimas décadas é uma consequência direta da melhoria significativa das condições de saúde e socioeconómicas nas sociedades desenvolvidas.^(4,6,7) A diminuição da taxa de natalidade, as melhorias nas condições de saneamento, os avanços na área da Medicina e a implementação de medidas de saúde pública são alguns dos fatores responsáveis para este acontecimento e, como tal, promovem o aumento da esperança média de vida.⁽¹⁾

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), entre 1960 e 2000, a população mundial com idade superior a 65 anos tem vindo a aumentar de 5,3% para 6,9% do total da população e espera-se um aumento para 15,6% em 2050. Isto significa que o número de indivíduos séniores passará de 841 milhões para cerca de 2 bilhões até 2050, prevendo que neste ano a população desta faixa etária seja responsável por aproximadamente metade do crescimento total da população mundial.⁽⁸⁻¹⁰⁾

À semelhança do que acontece noutros países europeus, em Portugal o envelhecimento da população tem apresentado um carácter crescente, sendo considerado atualmente um dos países mais envelhecidos tanto na Europa como no mundo.⁽¹¹⁾ O Instituto Nacional de Estatística (INE) afirma o acréscimo da população idosa entre 2010-2050, sendo que o total de pessoas com mais de 60 anos irá sofrer um aumento superior a 40%, ultrapassando, assim, os três milhões.^(2,7) Os Censos de 2011 reportaram que a população com idade superior a 65 anos da cidade de Viseu aumentou cerca de 23% até à data atual.⁽³⁾ Segundo as Projeções divulgadas pelo INE referentes à população residente, “o agravamento do envelhecimento demográfico manter-se-á, em Portugal, só tendendo a estabilizar daqui a cerca de 40 anos”.⁽¹²⁾

Simultaneamente ao aumento da população geriátrica surgem preocupações acerca da capacidade das sociedades conseguirem lidar com os desafios sociais que provêm da evolução populacional, uma vez que a idade avançada geralmente acarreta uma deterioração da qualidade de vida e do sistema de suporte destes indivíduos, estando muitas vezes associada a uma ausência de habitação, ao isolamento social e à negligência dos cuidados de saúde.^(9,10,12)

1.1.1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O INE afirma que o envelhecimento pode ser analisado segundo duas vertentes: a vertente demográfica definida pelo aumento do número de pessoas idosas na população total em detrimento das faixas etárias mais jovens e a vertente individual que é definida pelo aumento da longevidade dos indivíduos, isto é, o aumento da sua esperança média de vida.⁽²⁾ Para diversos autores a terceira idade é constituída por elementos com 65 anos ou mais⁽¹³⁾, contudo é importante salientar que o envelhecimento não se manifesta de igual forma em todas as pessoas devido à forte influência de fatores externos como o ambiente, as condições socioeconómica e a hereditariedade.⁽¹⁴⁾ Posto isto, o ato de envelhecer pode ser caracterizado por um conjunto de alterações morfológicas, funcionais e psicológicas que ocorrem através de um processo dinâmico e progressivo em todos os indivíduos.⁽¹⁵⁾ Estas variáveis podem causar alterações no estado de saúde, na independência e na integração social dos indivíduos, levando à manifestação do envelhecimento em idades mais precoces.⁽¹⁾

Alguns autores declaram tratar-se de um processo exclusivamente biológico, outros como um processo socioeconómico ou psicossocial e outros ainda como patológico.⁽¹⁶⁾ Assim sendo, é possível introduzir os conceitos de idade cronológica, biológica, social e psicológica, que correspondem às diferentes formas de envelhecimento e que nem sempre são coincidentes.⁽¹⁷⁾ A idade biológica está relacionada com as modificações orgânicas que levam ao aparecimento de alterações nos órgãos, condicionando o seu funcionamento. A idade social refere-se aos hábitos do sujeito relativamente ao contexto social em que se insere. Por fim, a idade psicológica diz respeito aos

comportamentos que o indivíduo tem perante as mudanças que ocorrem no seu ambiente externo.⁽¹⁴⁾ Devido à elevada variabilidade de alterações nas componentes acima mencionadas, alguns autores não consideram apropriado a utilização da idade cronológica para identificação dos pacientes.⁽¹⁸⁾ Na vertente patológica, é de notar que a maioria dos idosos enfrenta inúmeras condições sistémicas, maioritariamente doenças crónicas não transmissíveis, como as patologias cardiovasculares, respiratórias, psicológicas (como a ansiedade e a depressão) e os distúrbios endócrinos como a Diabetes *mellitus*.⁽¹⁹⁾ Em simultâneo é importante destacar os grupos de doenças mais responsáveis pelos anos vividos com incapacidades (YLD –*Years Lived with Disability*), entre as quais se destacam as perturbações músculo-esqueléticas e as perturbações mentais e do comportamento.^(13,20) Associado às enfermidades previamente referidas está o tratamento medicamentoso para as mesmas. A polimedicação a que as pessoas com idades mais avançadas estão sujeitas leva ao desenvolvimento de reações adversas no organismo e na cavidade oral.⁽²⁰⁾

O crescente aparecimento de patologias de índole oral nos idosos está intimamente relacionado com a falta de tratamentos dentários preventivos e interceivos nestes indivíduos, bem como a falta de instrução sobre os cuidados essenciais a ter com a cavidade oral.⁽⁶⁾ Como tal, é importante promover um ensino adequado nesta área e analisar o impacto da saúde oral nas populações mais envelhecidas, uma vez que este fator é preponderante no seu quotidiano. Um bom estado de saúde oral influencia o bem-estar das pessoas, pois proporciona uma estética favorável, uma melhor capacidade mastigatória e ainda permite melhorar a comunicação verbal.⁽¹⁸⁾

Tal como foi proferido na II Assembleia Mundial das Nações Unidas, “a expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da Humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, ativo e plenamente integrado”⁽²¹⁾ Posto isto, o envelhecimento populacional verificado nos últimos tempos impõe a necessidade de estabelecer melhores condições socioeconómicas, de saúde e de integração social aos elementos desta faixa etária, tornando-se fulcral a implementação e promoção de medidas que permitam fazer face a esta nova realidade e melhorar a qualidade de vida da população idosa.^(22,23)

1.1.2. IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Ao aprofundar a temática do envelhecimento é essencial explicar o conceito de dependência funcional que o avanço da idade usualmente acarreta, em que indivíduos com a mesma idade cronológica poderão ser ou não dependentes. Deste modo pode-se dividir a população geriátrica em três grupos segundo o seu grau de funcionalidade⁽²⁴⁾: os idosos funcionalmente independentes que vivem em comunidade sem qualquer necessidade de assistência de terceiros; os idosos semi-dependentes que podem estar debilitados, mas continuam a viver em comunidade com a ajuda de familiares ou de serviços de assistência e, por fim, os idosos funcionalmente dependentes que são incapazes de viver em comunidade de forma independente.⁽¹⁴⁾

Na sociedade ocidental os elementos idosos ou adultos que se encontram fisicamente ou psicologicamente debilitados e, como tal, necessitam de cuidados especiais, residem frequentemente em instituições especializadas para o efeito, nomeadamente lares e centros de dia.⁽²⁵⁾ Estes estabelecimentos dedicam-se exclusivamente aos cuidados integrais dos membros envelhecidos da sociedade, sendo que este acolhimento poderá ser de curta duração, longa duração ou definitiva. Assim, considera-se que um idoso está institucionalizado quando permanece 24 horas numa instituição.^(16,26) Apesar de não ser uma consequência direta do envelhecimento, a institucionalização surge como método de apoio aos elementos geriátricos que não têm um sistema de suporte funcional na sua vida, permitindo deste modo a prestação de cuidados essenciais à vida destes indivíduos.⁽²⁶⁾

São vários os componentes descritos como sendo os principais fatores para a institucionalização de membros idosos, entre os quais se destacam o envelhecimento populacional, as alterações da estrutura familiar, a degradação das habitações, a diminuição das condições de saúde e a insuficiência de serviços adequados ao alcance dos membros desta faixa etária.^(27,28) Adicionalmente e de acordo com Lini *et al.*⁽²⁸⁾, não é a idade avançada que está maioritariamente associada à institucionalização, mas sim o grau de dependência e de comprometimento cognitivo que a acompanha e que reduz a capacidade de realização das atividades do quotidiano. Estes dados podem ser corroborados pelo declínio mental e físico que a terceira idade despoleta, assim

como pelo aparecimento crescente de enfermidades crônicas não transmissíveis e respectivas consequências. Como tal, é de extrema importância que as instituições garantam uma prestação de cuidados aos idosos nos diferentes âmbitos: alojamento, alimentação, saúde e inclusão social.⁽²⁹⁾ Todavia, dado o crescente número de residentes nestas instituições é importante salientar que muitos destes cuidados são limitados e nem sempre são realizados da forma mais eficiente. Como consequência observa-se um estado de saúde mais precário nos idosos institucionalizados, constituindo por isso uma população de risco.⁽³⁰⁾ Nestes indivíduos mais vulneráveis o risco de aparecimento de lesões e infeções orais, lesões inflamatórias na mucosa e complicações com as próteses existentes pela falta de *follow-up* é acrescido quando comparado com idosos independentes e não-institucionalizados, o que se traduz numa maior necessidade de tratamento Médico-Dentário dos pacientes residentes em lares. Em adição, este comprometimento da saúde oral deve-se maioritariamente a uma falta de conhecimentos por parte dos cuidadores, ao pouco tempo despendido com os cuidados de higiene oral e ao acesso limitado a assistência Médico-Dentária.^(18,31-33)

1.2. SAÚDE NA TERCEIRA IDADE

“O aumento demográfico de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos é um fenómeno que tem vindo a ser discutido pelas implicações sociais que advêm deste processo, mas principalmente devido às implicações relacionadas com a saúde.”⁽³⁴⁾ A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.”⁽¹⁹⁾ Com o aumento da população geriátrica nas sociedades desenvolvidas e o crescente número de elementos institucionalizados vulneráveis que carecem de capacidades físicas, cognitivas e mentais, é de extrema importância ter em consideração o aparecimento de patologias sistémicas e a necessidade de terapêutica para as mesmas, uma vez que estas podem estar relacionadas com o aparecimento de condições na cavidade oral.⁽³⁵⁾

Para aferir quais as patologias mais prevalentes durante a terceira idade, um grupo de investigadores analisou dois grupos de pacientes, sendo que o

primeiro era composto por “Idosos Independentes” com problemas clínicos ligeiros como a hipertensão arterial (HTA) e era representativo de cerca de 70% a 80% dos idosos analisados. O segundo grupo constituído por “Idosos frágeis” caracterizava os pacientes mais vulneráveis e com um histórico clínico mais abrangente, onde puderam verificar a presença de patologias crónicas, a toma de vários medicamentos e o historial de internamento.⁽³⁵⁾ Posto isto, as doenças crónicas não transmissíveis que mais comumente aparecem nos “idosos independentes” são as do aparelho cardiovascular e digestivo, seguindo-se as patologias de origem endócrina, respiratória, osteoarticular e do sistema nervoso. Entra as patologias cardiovasculares, distingue-se a HTA como a mais frequente bem como a insuficiência cardíaca. No grupo das desordens do sistema digestivo as mais comuns foram as úlceras gástricas e a gastrite crónica. Entre as patologias endócrinas destaca-se a Diabetes *mellitus* e no âmbito das doenças de foro respiratório, a doença pulmonar obstrutiva crónica como a mais comum. No grupo de “idosos frágeis”, verificaram maioritariamente a presença de patologias de origem cardiovascular, osteoarticular, endócrino, digestivo e respiratório.⁽³⁵⁾ Em suma, as doenças crónicas não transmissíveis mais recorrentes no idoso são as que concernem o aparelho cardiovascular, respiratório e endócrino, assim como as doenças cancerígenas, constituindo por isso as principais causas de incapacidade e mortalidade a nível mundial. Paralelamente e associado à institucionalização, as condições mais prevalentes são as que induzem um elevado comprometimento cognitivo e motor como o Alzheimer, o Acidente Vascular Cerebral e a doença de Parkinson.^(10,35)

Ao longo dos últimos anos a associação multifatorial entre a saúde sistémica e oral tem sido cada vez mais destacada na literatura, sendo particularmente relevante na população envelhecida, uma vez que a maioria das patologias existentes nesta idade pode influenciar de forma direta ou indireta a saúde oral.^(5,36,37)

1.3. SAÚDE ORAL NOS PACIENTES GERIÁTRICOS

De acordo com a OMS a saúde oral é definida como a ausência de dor crónica oral e/ou facial, neoplasia da cabeça e pescoço, infeção oral, doença periodontal, cárie dentária, perda dentária bem como outras patologias e distúrbios que possam limitar a realização das funções do aparelho estomatognático como a capacidade de mastigar, sorrir, falar, influenciando o bem-estar psicossocial do indivíduo.^(34,38,39)

Diversos estudos sinalizam que o aumento da população idosa a nível mundial tornou-se um problema de saúde pública dado o crescente aparecimento de patologias de índole oral nesta faixa etária.^(10,40) Como tal, é de extrema importância sinalizar os problemas da cavidade oral para serem uma parte integrante da saúde geral do indivíduo, visto que podem ter repercussões no organismo.⁽¹⁾ O aumento da esperança média de vida é acompanhado de múltiplos fatores de risco que colmatam numa saúde oral debilitada, entre os quais se encontram os fatores sociodemográficos como a idade avançada e as habilitações literárias reduzidas. Paralelamente, a presença de doenças crónicas sistémicas, a alimentação desequilibrada e pobre em nutrientes, os comportamentos de risco como os hábitos tabágicos e alcoólicos e o défice físico, cognitivo e funcional também contribuem para o deterioramento da condição oral da população geriátrica.⁽¹⁰⁾ Dada a situação socioeconómica desfavorável da maioria dos elementos desta faixa etária, associada à dificuldade no acesso a cuidados Médico-Dentários, a saúde oral nos idosos encontra-se num estado de precariedade e os diversos estudos realizados neste âmbito demonstram esta situação preocupante.⁽⁴⁰⁾ É também importante destacar a disparidade encontrada entre os idosos institucionalizados e os não-institucionalizados, sendo que, dada a vulnerabilidade do primeiro grupo, verifica-se nestes um pior estado de saúde oral, associado maioritariamente à falta de cuidados de higiene oral, à restrição no acesso a cuidados dentários e à situação económica dos mesmos ou dos seus familiares.^(5,42)

Com o avançar da idade são observadas alterações das estruturas constituintes da cavidade oral, posto que, é essencial prestar-lhes especial atenção uma vez que contribuem para o aparecimento de patologias orais.⁽¹⁸⁾ A

cárie, a doença periodontal, as perdas dentárias, as lesões orais malignas juntamente com as lesões por desgaste dentário e consequente hipersensibilidade são as principais manifestações que ocorrem na cavidade oral dos idosos. Estas lesões desenvolvem-se não só pela idade avançada, mas também pelas patologias sistêmicas e respectivas terapêuticas medicamentosas que estes indivíduos possuem.^(10,42,43)

1.3.1. O EDENTULISMO

Apesar das melhorias na Medicina Dentária preventiva bem como o avanço nas técnicas e materiais restauradores, a perda dentária continua a ser uma realidade clínica bastante atual, constituindo a principal condição oral que afeta estes indivíduos.^(5,40,42) De acordo com o Barómetro Nacional realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) em 2018 cerca de 70% da população apresenta falta de dentes⁽⁴¹⁾ e segundo vários autores a cárie dentária e a doença periodontal são as principais causas para este acontecimento.^(39,44)

Com a perda da dentição natural o aparelho estomatognático sofre algumas alterações imediatas, havendo por isso implicações diretas na fonação e na mastigação, o que torna complicado a realização de atividades básicas do quotidiano.^(5,39) Um estado de saúde oral debilitado caracterizado pela perda dentária e consequente má-oclusão, aliados à hipossalivação, são fatores preponderantes para uma alimentação inadequada. Esta diminuição da capacidade mastigatória advém também da atrofia dos músculos mastigatórios⁽⁴⁵⁾, presente nos idosos, culminando na crescente ingestão de alimentos pastosos e pobres em nutrientes essenciais à sua saúde. Vários estudos demonstram que é necessário ter no mínimo 20 dentes antagonistas funcionais para garantir uma mastigação adequada.⁽³⁹⁾ Desta forma, é essencial que a função mastigatória seja repostada rapidamente através do uso de próteses dentárias adequadas, com o intuito de melhorar a vertente alimentar bem como as capacidades de comunicação dos idosos, prevenindo assim a falta de autoestima e perda da sua qualidade de vida.⁽⁴⁰⁾

No entanto, é necessário salientar que a grande parte da população crê que o edentulismo e o aparecimento de lesões orais são causas naturais do processo de envelhecimento. Todavia, esta hipótese é somente perpetuada

pela falta de prevenção, tratamento e manutenção da saúde oral nos pacientes geriátricos.⁽³⁴⁾

1.3.2. CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária continua a ser um dos problemas mais importantes e comuns na saúde oral da população idosa.^(24,40) A falta de tratamentos dentários de rotina nesta faixa etária, o baixo nível socioeconómico e a institucionalização constituem fatores de risco para esta condição. Adicionalmente, a presença de uma dieta rica em hidratos de carbono, as alterações salivares, os efeitos secundários da medicação tomada^(40,46) e a escassa destreza manual, que dificulta a realização da higiene oral, também constituem fatores para a manifestação da cárie dentária.⁽⁴²⁾

Consiste numa patologia infectocontagiosa associada à perda localizada de estrutura mineral do dente que pode ser acompanhada de dor e desconforto e, caso não seja tratada adequadamente no momento correto pode levar à necessidade de extração.⁽¹⁾ Esta condição pode afetar tanto a parte coronal como radicular do dente mas, segundo Côte-Real *et al.*⁽⁵⁾, a prevalência de cáries radiculares é muito superior na população geriátrica quando comparada com outras faixas etárias, maioritariamente pelo crescente aparecimento de recessões gengivais que levam à exposição de cimento radicular.⁽⁴⁵⁾

1.3.3. DOENÇA PERIODONTAL

A doença periodontal constitui uma inflamação bacteriana crónica que afeta os tecidos dentários de suporte. Com o envelhecimento a retenção de placa é cada vez maior e, associada à dificuldade de higienização por parte dos indivíduos desta faixa etária, despoleta a produção de toxinas pelos microorganismos, causando uma inflamação gengival. Com a falta de higienização contínua esta inflamação torna-se crescente levando a uma destruição gradual dos tecidos dentários, nomeadamente a perda de gengiva aderida, do ligamento periodontal e, por fim, do osso alveolar.^(1,47)

O processo de envelhecimento bem como o consumo de tabaco e a presença de algumas patologias sistémicas como a diabetes *mellitus* são

fatores que podem aumentar a suscetibilidade do periodonto à sua deterioração uma vez que intensificam a sua resposta a estímulos mecânicos e bacterianos.⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾

1.3.4. XEROSTOMIA

A saliva desempenha um papel vital no auxílio das diferentes funcionalidades das estruturas da cavidade oral, mais concretamente protege a mucosa oral e os dentes, faz a manutenção da saúde oral dos indivíduos e permite a execução das funções mastigatórias e da fala.⁽⁴⁴⁾ Durante o envelhecimento é notório um decréscimo funcional das glândulas salivares. Esta diminuição da quantidade de saliva produzida e/ou alteração da sua qualidade, o que resulta na sensação subjetiva de boca seca.⁽⁵¹⁾ A hipofunção das glândulas salivares é uma condição comumente encontrada no idoso e tende a afetar cerca de 30% da população geriátrica.^(40,52) Juntamente com a boca seca alguns dos idosos podem manifestar sintomas como a dificuldade na fonação e na mastigação, disfagia, alteração do paladar, sensação de queimadura e halitose.⁽⁵⁰⁾

A sua etiologia é multifactorial, sendo que a hipofunção salivar pode surgir como consequência de alterações degenerativas das glândulas salivares durante o envelhecimento⁽⁵⁰⁾, de patologias sistémicas (Síndrome de Sjögren, HIV, Diabetes *Mellitus* ou radioterapia de cabeça e pescoço)⁽⁵³⁾ ou pela toma contínua de fármacos xerostomizantes, como os anti-depressivos, os anti-hipertensores, os sedativos, os anti-histamínicos, entre outros.^(40,51)

Como sequelas desta condição salivar o idoso pode ter várias manifestações, entre as quais se encontram o aumento do risco cariogénico, a perda de retenção das próteses dentárias, o aparecimento de lesões traumáticas e infeções orais como a candidíase oral e, em alguns casos, o agravamento da doença periodontal.⁽⁵¹⁾

1.4. REABILITAÇÃO PROTÉTICA NO IDOSO

Em 2018 aproximadamente 30% dos indivíduos desdentados em Portugal não apresentam nenhum tipo de reabilitação.⁽⁴¹⁾

Segundo vários estudos é notória a saúde oral debilitada nos idosos, principalmente nos institucionalizados, em que associada à perda de peças dentárias naturais encontra-se uma higiene oral bastante insatisfatória e o uso acrescido de próteses dentárias.^(52,54) É necessário salientar que nos idosos além das ações preventivas, também as medidas reabilitadoras são fundamentais.⁽⁵⁵⁾ A reabilitação protética tem como principal objetivo restituir a oclusão dentária e, conseqüentemente, repôr a função mastigatória, a fala e a estética do paciente.^(52,43) Aquando o planeamento de uma reabilitação é necessário ter em consideração parâmetros locais como por exemplo o número de dentes perdidos e a posição dos dentes remanescentes, assim como os parâmetros sistémicos previamente referidos. Para os indivíduos parcialmente desdentados existe uma vasta gama de tratamentos, nomeadamente próteses removíveis, próteses removíveis suportadas por raízes ou por implantes e próteses fixas convencionais ou suportadas por implantes.⁽⁵⁶⁾ Porém, dado o estatuto socioeconómico da maioria das pessoas desta faixa etária, principalmente as que se encontram institucionalizadas, a opção de eleição para reabilitar é a prótese removível convencional.

Apesar das próteses promoverem evidentes melhorias na capacidade mastigatória pela reposição da oclusão dentária, a sua função é sempre inferior quando comparada com indivíduos que possuem dentes naturais. Segundo vários autores, a eficácia mastigatória dos pacientes portadores de próteses totais removíveis é de 16% a 50%.⁽⁵²⁾ É necessário salientar que a deterioração da mastigação durante o envelhecimento está associada a inúmeras alterações orofaciais coadjuvantes à perda dentária, nomeadamente a atrofia dos músculos mastigatórios, a posição labial, as alterações no paladar e na deglutição e a perda de sensibilidade na língua.

Em prostodontia, a capacidade de mastigação pode ser avaliada de forma subjetiva, através da auto-perceção do indivíduo utilizando questionários ou índices específicos que permitem a avaliação de diferentes alimentos, ou de maneira objetiva utilizando testes mastigatórios. Esta avaliação permite

analisar a eficácia das próteses que os pacientes idosos possuem e perceber se estão ou não relacionadas com o tipo de alimentos que consomem. Caso a reabilitação seja insatisfatória os indivíduos não conseguem ingerir alimentos fibrosos e ricos em nutrientes, tendo que optar por uma alimentação pastosa que pode despoletar carências nutricionais e levar ao aparecimento de patologias sistémicas como as doenças cardiovasculares ou gastrointestinais.⁽⁵²⁾

1.5. AUTO-PERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL

Diversos estudos verificam que os idosos institucionalizados possuem uma saúde oral deteriorada, acompanhada da presença de um elevado número de patologias orais. Posto isto, é fundamental a criação de instrumentos que avaliem o estado de saúde oral, através da autoperceção dos elementos desta faixa etária, para que se possam evidenciar as lacunas existentes, elaborar um diagnóstico com facilidade e direcionar os tratamentos de forma apropriada.^(1,54) O objetivo desta análise nos pacientes geriátricos é entender o impacto que a saúde oral tem nas vertentes psicológica e social da vida destes indivíduos.⁽⁵⁴⁾

Neste sentido surge o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), uma ferramenta que pretende recolher informação para demonstrar o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos idosos através do estudo da autoperceção individual. Este instrumento permitiu ultrapassar todas as limitações existentes referentes à falta de instrumentos válidos e fidedignos para o estudo da perceção da saúde oral neste grupo etário.⁽⁵⁶⁾

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Após a realização da revisão de literatura é de notar que os idosos institucionalizados constituem um grupo populacional bastante vulnerável, onde o acesso a cuidados de saúde dentários é muito difícil. Como tal, a saúde oral torna-se desvalorizada e comprometida. Deste modo, a presente dissertação pretende averiguar o estado de saúde oral dos idosos institucionalizados e para tal propuseram-se os seguintes objetivos.

2.1. OBJETIVOS GERAIS

Caracterizar a condição oral e protética, hábitos e comportamentos de higiene oral em idosos institucionalizados.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterização geral da amostra (idade, género e habilitações literárias);
2. Caracterização dos hábitos dos indivíduos: 1- hábitos tabágicos; 2- hábitos de higiene oral; 3- hábitos de higiene protética ;
3. Caracterização da saúde sistémica e a toma de medicação;
4. Caracterização da condição dentária e protética;
5. Identificação da presença de lesões orais;
6. Avaliação da autoperceção dos idosos quanto à saúde oral e qualidade das próteses;
7. Avaliação da capacidade mastigatória;
8. Procura da relação entre as variáveis em estudo.

CAPÍTULO III

MATERIAL E MÉTODOS

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo é do tipo epidemiológico transversal e realiza-se com um momento único de observação. A recolha de dados efetuou-se em idosos residentes em lares e centros de dia da cidade de Viseu, durante os meses de novembro e dezembro de 2018 e janeiro e fevereiro de 2019, através da aplicação de um questionário de respostas diretas e objetivas, seguido da avaliação da cavidade oral dos participantes.

3.2. POPULAÇÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

A população alvo é constituída por idosos institucionalizados no Lar Viscondessa de São Caetano, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Viseu e no Centro Social Paroquial de Rio de Loba em Viseu. A seleção das instituições tem como base uma relação profissional e pessoal que a equipa investigadora possui com as mesmas, o que facilita o acesso aos utentes. As diretoras das instituições foram contactadas pessoalmente e foram elucidadas de todas as finalidades e das condições gerais do estudo a desenvolver.

Dentro do grupo dos idosos autónomos residentes nestas instituições, todos os indivíduos aceitaram participar no estudo de forma livre e esclarecida, tendo sido previamente apresentado o objetivo principal dos dados recolhidos.

Como **critérios de inclusão** estabeleceu-se que os idosos deveriam:

- Ser residentes em lares de terceira idade e centros de dia;
- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Ser colaboradores;
- Ter capacidade de entender as questões colocadas oralmente;

Constituíram-se como **critérios de exclusão**:

- Indivíduos com deficiências cognitivas e motoras graves diagnosticadas;

- Indivíduos com deficiências nos órgãos dos sentidos;
- Indivíduos que recusem participar no estudo;

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obtém-se uma amostra de 63 indivíduos de ambos os géneros, 44 do género feminino e 19 do género masculino, escolhidos aleatoriamente, e com idades compreendidas entre os 60 e os 99 anos, com uma média de idades de 82 anos.

3.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Todos os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento informado, livre e esclarecido do estudo em causa (**anexo 1**), que se encontra de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Este estudo não envolve quaisquer atos alheios aos efetuados nas práticas regulares da clínica dentária universitária, assim como não serão testados novos produtos ou medicamentos.

3.4. CONDIÇÕES DE OBSERVAÇÃO

A equipa de observação é constituída pela investigadora principal e por uma investigadora auxiliar que teve o papel de anotadora. O questionário é aplicado verbalmente de forma a evitar erros nas recolhas, uma vez que os participantes pertenciam a uma faixa etária onde a compreensão na leitura e a capacidade de escrita podiam estar comprometidas. Além disso, em prol da obtenção de respostas mais concretas, as questões referentes às patologias sistémicas e à terapêutica medicamentosa são discutidas somente com os profissionais de saúde responsáveis por cada utente, mais especificamente, as médicas e as enfermeiras dos lares visitados.

Nas duas instituições é cedida uma sala de apoio para o desenvolvimento da recolha dos dados de modo a que as condições de observação sejam similares em todos os idosos.

Os exames são realizados no período da manhã entre as 9 horas e as 12 horas para não interferir com os horários das refeições dos utentes.

3.4.1. MATERIAL UTILIZADO

São fornecidos pela Universidade Católica Portuguesa *kits* de observação compostos por sondas exploradoras ou periodontais, espelhos intra-orais e espátulas de madeira. Todo o material necessário encontra-se devidamente esterilizado, sendo somente aberto um exemplar para cada indivíduo.

Após a examinação intra-oral e o manuseamento das próteses dentárias todo o material é colocado num saco apropriado para posterior esterilização. São também utilizadas máscaras de proteção oronasal e luvas de látex, que são trocadas entre cada indivíduo.

3.5. REGISTO DOS DADOS RECOLHIDOS

Os dados são recolhidos com recurso a um questionário de resposta direta e objetiva aplicado oralmente, seguido de uma avaliação intra-oral com registo na ficha de dados. **(Anexo 2)**

A primeira parte do questionário caracteriza de forma geral o indivíduo, tendo sido recolhidas informações sobre a idade, o género, as habilitações literárias, os hábitos tabágicos, bem como se é portador de alguma enfermidade sistémica e a sua respetiva terapêutica medicamentosa.

Na segunda parte é aferida a autoperceção da saúde oral e da condição protética com recurso ao instrumento de pesquisa “*Geriatric Oral Health Assessment Index – GOHAI*”, que se encontra validado para a população portuguesa. O questionário GOHAI é constituído por 12 perguntas que demonstram a influência dos problemas de saúde oral nas componentes psicossocial, física e de dor/desconforto, sendo que:

- A componente física é retratada pelas funções do aparelho estomatognático: fala, mastigação e deglutição;
- A componente psicossocial é representada através da preocupação e autoconsciência para a saúde oral, da satisfação ou insatisfação com a aparência assim como do isolamento social por problemas dentários;
- A dor ou desconforto é aferida pela necessidade de medicação para aliviar sintomatologia.

Neste questionário as respostas possuem uma escala de frequência simplificada com 3 categorias “Sempre”, “Algumas vezes” e “Nunca”, às quais se atribui um número – 1,2 e 3, respetivamente. Para a obter o resultado final do índice GOHAI somam-se os valores e, caso o resultado final seja entre 34-36 pontos classifica-se a autoperceção em “elevada”, entre 30-33 pontos em “moderada” e menor que 30 em “baixa”.⁽⁵⁶⁾

A terceira parte deste questionário incide sobre os hábitos e os comportamentos de higiene oral. Nesta secção é questionado ao idoso se costuma higienizar os dentes diariamente, o número de vezes por dia que realiza essa higiene oral e se conhece e usa o fio dentário. Adicionalmente são efetuadas questões acerca da presença de sensação de boca seca e de disgeusia.

A quarta parte permite caracterizar as reabilitações protéticas no que diz respeito ao tipo de prótese que o paciente possui, quando utiliza a mesma, como faz a sua higienização e há quanto tempo é portador da prótese dentária atual. Ademais, é analisada a auto-perceção dos residentes relativamente à estabilidade e retenção da sua prótese, sendo esta classificada como “Boa”, “Satisfatória” ou “Insatisfatória”. É também analisada a necessidade de reabilitação protética, tendo sido assinalados como “Sim” os pacientes desdentados, “Não” os pacientes portadores de próteses em condições adequadas e “Substituição da prótese atual” nos casos das próteses não apresentarem retenção/estabilidade, possuírem desgaste nos dentes protéticos e, como tal, uma função inadequada com conseqüente necessidade rebasamento/conserto ou da realização de uma nova prótese dentária para potenciar uma reabilitação adequada nestes indivíduos. Posteriormente, recorrendo ao Índice de Leake, apuram-se os dados acerca da capacidade mastigatória e do grau de independência alimentar, reconhecendo os alimentos que os idosos conseguem ingerir e a facilidade com que o fazem. É questionada a capacidade de mastigação de legumes cozidos, carne, cenoura crua, salada crua e maçã inteira com casca. Neste inquérito as respostas estão incluídas numa de 3 categorias: “Não consigo”, “Consigo com dificuldade” e “Consigo sem dificuldade”.⁽⁵⁷⁾

Por fim, realiza-se a avaliação intra-oral na qual a observadora afere o estado dentário através do Índice de CPOD, analisa o grau de edentulismo e

averigua a necessidade de tratamento Médico-Dentário. Examina-se a presença de vestígios alimentares nas próteses dentárias e a existência de lesões orais desencadeadas ou não pela reabilitação. As lesões a diagnosticar são a estomatite protética, a epúlide fissurada, a queilite angular e a úlcera traumática, sendo que o diagnóstico foi obtido exclusivamente pelos dados clínicos observados.

3.6. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Durante a avaliação intra-oral para avaliar o estado dentário realiza-se o preenchimento do Índice de CPOD, no qual são utilizados critérios sugeridos pela OMS para determinar o estado dos dentes cariados, perdidos e obturados.⁽⁵⁸⁾

a) Dente hígido - considera-se como são o dente que não apresenta evidência de cárie dentária nem tratamento restaurador; Os estadios iniciais da doença não são tidos em consideração, posto que, dentes com manchas esbranquiçadas ou descolorações, lesões de abrasão ou abfração, manchas resistentes à pressão da sonda ou sulcos e fissuras de esmalte manchados, mas sem sinais de dentina amolecida, foram excluídas.

b) Denteariado – considera-se a existência e cárie quando o dente apresenta fissuras, sulcos ou superfícies lisas com cavidade evidente e tecido amolecido. São também consideradas como cariadas todas as restaurações que apresentam sinais de recidiva, assim como a presença de restaurações provisórias e de raízes remanescentes.

c) Dente obturado – considera-se como obturado os dentes com restaurações ou coroas.

d) Dente ausente ou perdido – todo o dente que não se encontra presente na arcada, quer tenha sido perdido por cárie ou por outros motivos (doença periodontal ou trauma).

Para a classificação do edentulismo parcial dos idosos analisados recorre-se à classificação de Kennedy, cujos pressupostos são aceites a nível internacional para avaliar a desdentação parcial.^(59,60)

- a) **Classe I** – Desdentação bilateral posterior aos dentes remanescentes;
- b) **Classe II** – Desdentação unilateral posterior aos dentes remanescentes;
- c) **Classe III** – Desdentação unilateral com presença de dentes remanescentes anterior e posteriormente à zona desdentada.
- d) **Classe IV** – Desdentação bilateral com apenas os dentes anteriores presentes.

No que diz respeito à estabilidade e retenção das reabilitações protéticas presentes avaliam-se estas duas componentes seguindo o Índice de Nevalainen Modificado, classificando-as como “Insatisfatória”, “Satisfatória” e “Boa”.⁽⁶¹⁾

A estabilidade é avaliada após aplicar com os dedos indicador e polegar uma ligeira força de rotação na região do pré-molar e observar se existe deslocamento da prótese para o lado contra-lateral.

- a) **Boa:** nenhum ou pequeno movimento da prótese sob pressão;
- b) **Satisfatória:** presença de movimento moderado da prótese;
- c) **Insatisfatória:** movimento acentuado da prótese após aplicação de força nas estruturas de suporte.

A retenção é analisada após aplicar com os dedos indicador e polegar uma ligeira força no sentido vertical e observar se existe deslocamento da prótese.

- d) **Boa:** Resistência à tração vertical e resistência às forças laterais;
- e) **Satisfatória:** ligeira resistência à tração vertical e às forças laterais;
- f) **Insatisfatória:** Nenhuma resistência à tração vertical e às forças laterais.

Para avaliação do grau de higiene oral não é utilizada nenhuma ferramenta existente, tendo-se cingido apenas à avaliação da autora dada a pouca cooperação por parte dos idosos durante a avaliação intra-oral. De

modo que, considera-se que os idosos têm uma higiene oral "Boa" quando apresentam somente a presença de placa bacteriana, sem evidência de cárie dentária; higiene oral "Razoável" quando se verifica a presença de placa bacteriana nas faces dos dentes e lesões de cárie visíveis; higiene oral "Má" quando se observa a presença de cálculo evidente, cárie dentária e/ou restos radiculares.

3.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos foram registados em base de dados (Microsoft Excel®, Microsoft®, EUA) e, posteriormente, foram tratados estatisticamente com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows®, versão 24, SPSS Inc., Chicago IL, EUA). Na análise estatística em todos os testes foi utilizado um limiar de significância estatística (α) de 5%, isto é, $\alpha=0,05$.

Para a análise da associação entre variáveis qualitativas recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado (χ^2). Para relacionar variáveis quantitativas com qualitativas utilizou-se o teste T paramétrico, quando a variável qualitativa apresenta dois grupos. No caso de ausência de normalidade foi utilizado o teste Mann-Whitney para analisar possíveis diferenças entre os grupos. Quando o *p-value* <0.05, conclui-se que, em média, a variável quantitativa em análise é significativamente diferente em ambos os grupos.

Quando a variável qualitativa tem 3 ou mais grupos, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis para analisar possíveis diferenças entre os grupos (existem diferenças significativas se $p<0.05$).

Para a inclusão dos dados na secção de resultados foram consideradas as variáveis cruzadas que apresentaram uma relação estatisticamente significativa (*p-value* resultante <0.05), independentemente da sua intensidade, assim como variáveis que não apresentaram tendência estatística, mas que se consideraram relevantes para o presente estudo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

A amostra em estudo é constituída por 63 idosos institucionalizados, 36 residentes no Lar Viscondessa São Caetano e 27 no Centro Social Paroquial de Rio de Loba, em Viseu. Dos 63 indivíduos que participaram no estudo 44 (69,84%) pertencem ao género feminino e 19 (30,16%) ao género masculino.

A idade dos participantes está compreendida entre os 60 e os 99 anos, obtendo-se uma média de idades de 82 anos e um desvio-padrão de 8,149 anos. Dos idosos institucionalizados 8 (12,7%) têm entre 60 e 70 anos, 14 (22,2%) entre 71 e 80 anos, 31 (49,2%) entre 81 e 90 anos e 10 (15,9%) entre 91 e 99 anos. Para a execução da análise inferencial considerou-se a idade como variável qualitativa e realizou-se a sua divisão em duas classes, [60,84] e ≥ 85 anos. Esta distribuição encontra-se esquematizada na **figura 1**.

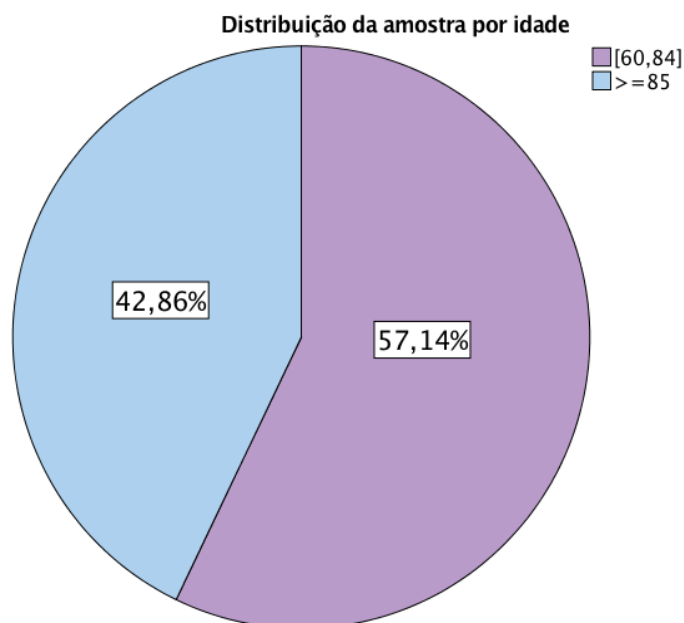


Figura 1 - Distribuição da amostra por idades

Uma vez que a idade tem uma distribuição normal, como verificado no histograma da **figura 2**, realizou-se o teste T, paramétrico, para avaliar a distribuição da idade pelo género, no qual se obteve $p=0,487$. Conclui-se, assim, que em média não existem diferenças significativas na idade entre os géneros.

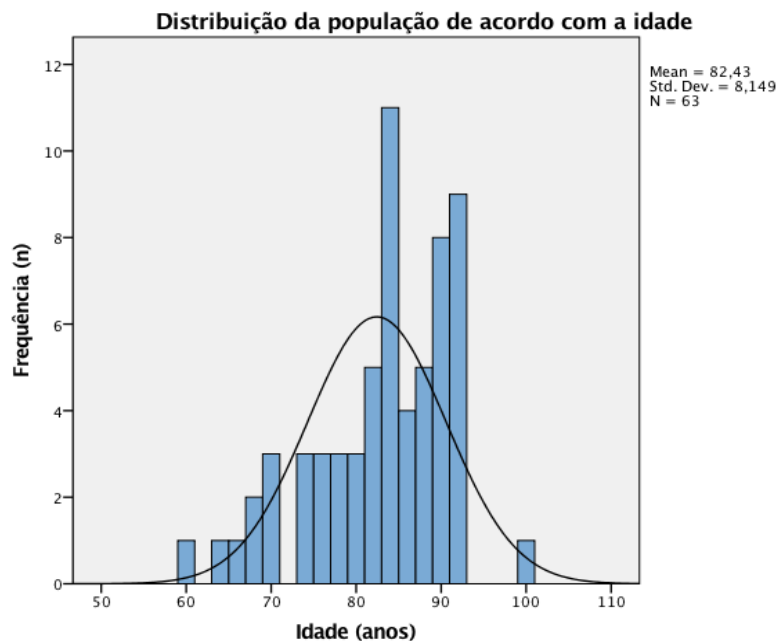


Figura 2 - Histograma representativo da idade dos elementos da amostra

De acordo com a **tabela 1** existe um maior número de indivíduos do género feminino e do género masculino na classe de idade entre os 60 e os 84 anos. Segundo o teste χ^2 obteve-se $p=0,526$, o que confirma que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o género e a idade.

Tabela 1 - Distribuição da população de acordo com a idade e o género

Idade	Género		
	Masculino n(%)	Feminino n(%)	Total
[60,84]	12 (33,3%)	24 (66,7%)	36 (100%)
>=85	7 (25,9%)	20 (74,1%)	27 (100%)

4.1.1. GRAU DE ESCOLARIDADE

Segundo os dados obtidos 31,75% (n=20) dos idosos são analfabetos e 36,51% (n=23) realizaram o exame de quarta classe. **(Figura 3)**

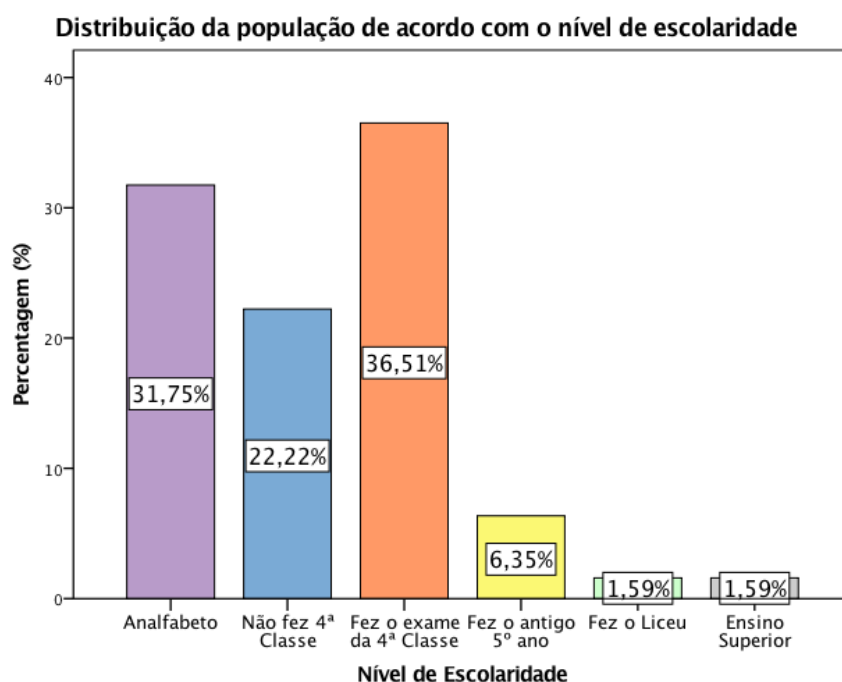


Figura 3 - Distribuição da população de acordo com o grau de escolaridade

4.1.2. HÁBITOS TABÁGICOS

Quanto à avaliação dos hábitos tabágicos aferiu-se que a maioria dos participantes do estudo não são fumadores (82,5%; n=52;), no entanto 6,3% (n=4) dos 63 idosos revelam já ter fumado em algum momento da sua vida e 11,1% (n=7) são fumadores atualmente.

4.1.3. SAÚDE SISTÊMICA

Uma vez que o número de combinações possível de patologias sistêmicas existentes nos pacientes idosos é bastante elevado optou-se por agrupar estes dados pelo número de enfermidades presentes em cada um dos indivíduos com o intuito de aferir o estado da saúde sistêmica. Deste modo, verifica-se que 82,54% (n=52) dos indivíduos apresenta duas ou mais patologias **(Figura 4)**.

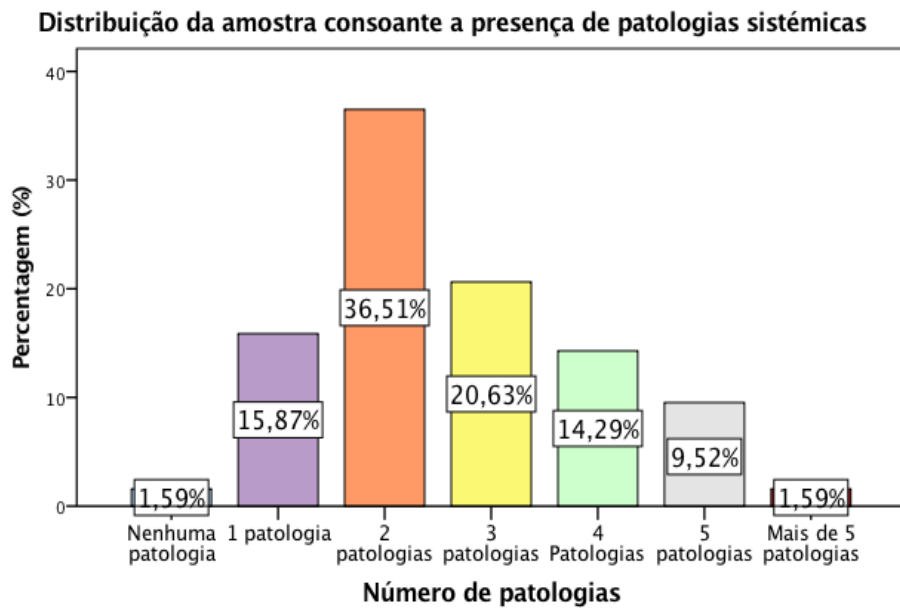


Figura 4 - Distribuição da população de acordo com a presença de patologias sistémicas

No âmbito dos participantes não saudáveis, realça-se a presença de diabetes *mellitus* como patologia mais prevalente (68,3%; n=43) (**figura 5**), seguindo-se as doenças cardiovasculares (66,7%; n=42).

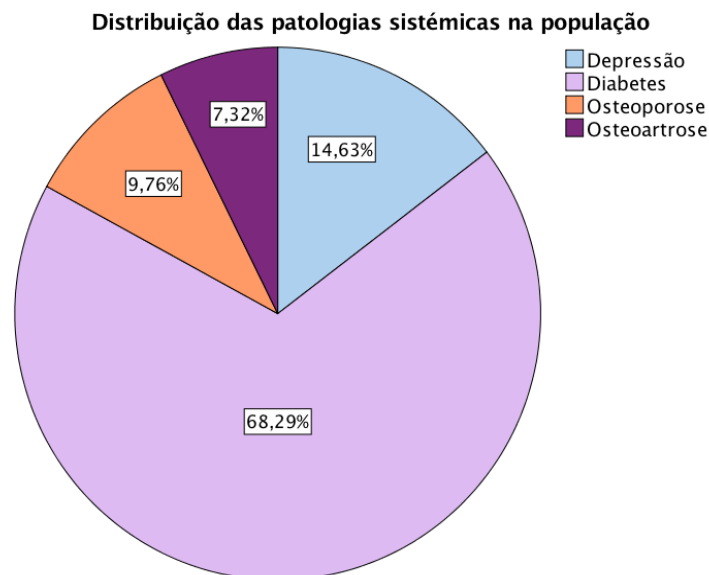


Figura 5 - Distribuição da população segundo a especificidade das patologias apresentadas

Posteriormente, com base nas patologias sistémicas avaliadas previamente averiguou-se a presença das terapêuticas medicamentosas diárias. Foi analisada mais especificamente a toma de insulina e de medicação

xerostomizante por parte dos pacientes geriátricos, nos quais se incluem os antidepressivos, os antihipertensores, os antihistamínicos, entre outros. Segundo os dados representados pela figura 6, 90,32% (n= 57) da população toma medicação com efeito xerostomizante e 9,68% (n=6) realiza terapêutica medicamentosa com insulina.

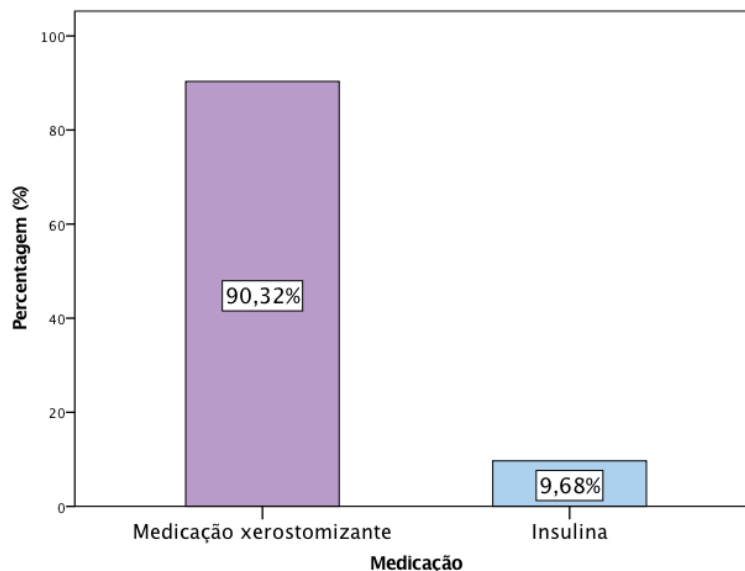


Figura 6 - Distribuição da população de acordo com a toma de medicação

4.2. CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE ORAL

4.2.1. ÍNDICE CPOD

A realização do exame intraoral permite aferir o Índice de CPOD⁽⁵⁹⁾. No presente estudo o valor médio de CPOD é de $27,27 \pm 8,129$ e verifica-se que a maioria dos idosos apresenta perda de todos os dentes naturais, completando, assim, um CPOD igual a 32, sendo que o mínimo de dentes perdidos é 5. De acordo com os dados obtidos a média de dentes cariados é de 1,22 com um desvio-padrão de 2,051, não se tendo observado nenhum dente obturado.

Não foram observadas alterações no cruzamento do índice de CPOD com a idade e com o género (Teste Mann-Whitney, $p=0,368$ $p=0,642$, respetivamente). Ademais, o CPOD também não difere significativamente entre as diferentes patologias sistémicas apresentadas pelos idosos (Teste Kruskal-Wallis $p=0,510$).

Em contrapartida, diferenças estatisticamente significativas foram encontradas relativamente ao valor médio do índice CPOD dos idosos institucionalizados e o grau de higiene oral através do teste Mann-Whitney $p=0,0000$, ou seja, uma má higiene oral desencadeia um CPOD com um valor superior, uma vez que se verifica nestes casos, uma maior perda dentária ou uma maior presença de cárie dentária.

4.2.2. PRÁTICAS DE HIGIENE ORAL DOS INDIVÍDUOS DENTADOS

No que concerne aos hábitos de higiene oral, 55,56% (n=35) indivíduos são desdentados totais, portanto, dos pacientes dentados existentes na amostra, 39,68% (n=25) escovam os dentes diariamente e 4,76% (n=3) não realizam escovagem dentária. **(Figura 7)**

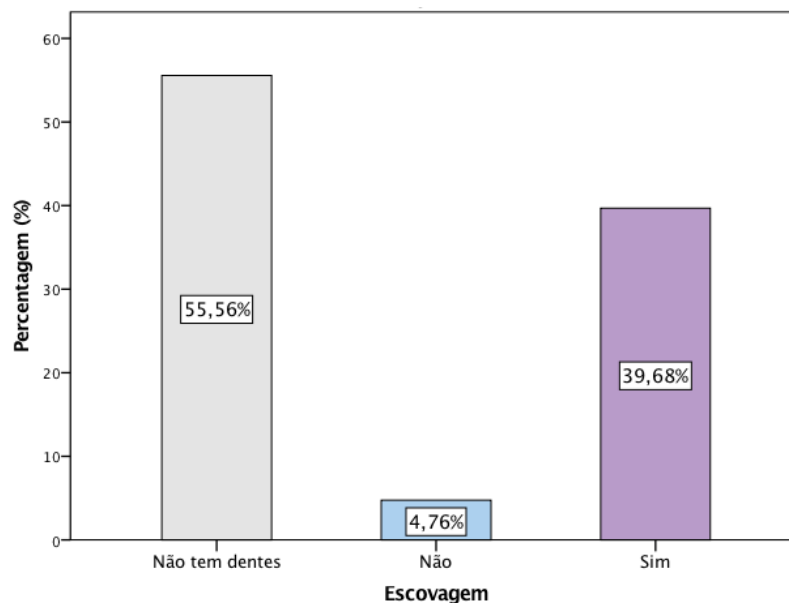


Figura 7 - Distribuição da população de acordo com a realização de escovagem diária

Relativamente às práticas de higiene oral, mais concretamente a análise quanto ao número de escovagens diárias, constata-se que 46,2% (n=12) escova duas vezes por dia, 30,8% (n=10) executam-na mais do que duas vezes por dia e apenas 23,1% (n=6) escova os dentes uma vez ao dia.

No entanto, quando questionados quanto ao uso de fio dentário, 46,7% (n=14) idosos desconhecem a sua existência, 46,7% (n=14) não utilizam

apesar de saberem do que se trata e somente 6,7% (n=2) utilizam o fio dentário como complemento da sua higiene oral diária.

Com base no exame intraoral e nas informações recolhidas através da aplicação do questionário, avalia-se o grau de higiene oral como “mau”, “razoável” e “bom”. Dos sujeitos da amostra, 65,08% apresentam uma higiene oral má e 34,92% dos idosos avaliados aparentam ter uma higiene oral razoável. Destaca-se o facto de em nenhum caso a higiene se ter considerado adequada. **(Figura 8)**

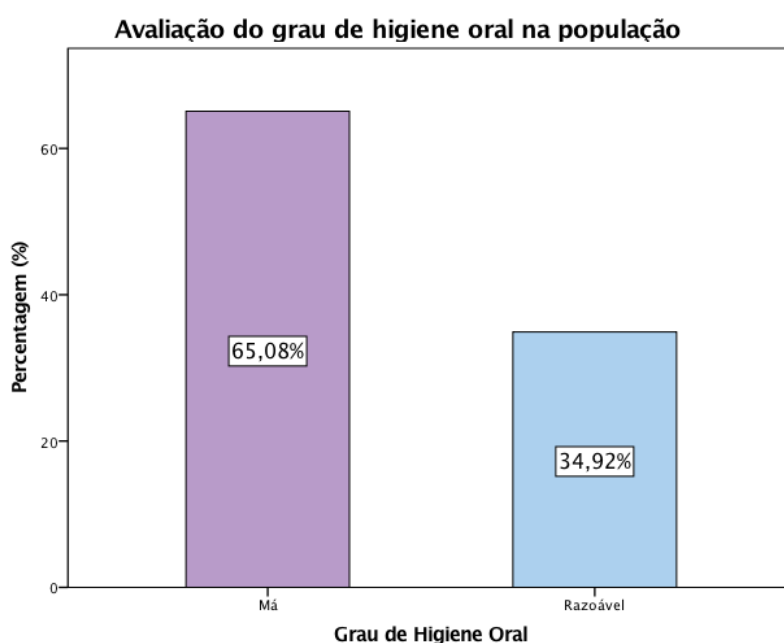


Figura 8 - Distribuição da população de acordo com o grau de higiene oral

Com o intuito de estabelecer uma relação entre o grau de higiene oral e a idade realizou-se o teste Mann-Whitney, no qual se observa que não existem diferenças significativas entre a idade e os diferentes graus de higiene oral ($p=0,172$). Para confirmar esta conclusão executou-se o teste do χ^2 no qual $p=0,819$, concluindo-se novamente que não existe relação significativamente estatística entre o grau de higiene oral e a idade. Ao conjugar esta variável com o género verificou-se também que não havia associação estatística significativa entre o género e a higiene oral ($p=0,129$). **(Tabela 2)**

Tabela 2 - Distribuição da população de acordo com o grau de higiene oral, a idade e o género

Grau de Higiene Oral	Idade (anos)		
	<=84 anos n(%)	>=85 anos n(%)	Total n(%)
Má	23 (56,1%)	18 (43,9%)	41 (100%)
Razoável	13 (59,1%)	9 (40,9%)	22 (100%)
Boa	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Grau de higiene Oral	Género		
	Masculino n(%)	Feminino n(%)	Total n(%)
Má	15 (36,6%)	26 (63,4%)	41 (100%)
Razoável	4 (18,2%)	18 (81,8%)	22 (100%)
Boa	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Adicionalmente, apurou-se a relação entre o grau de higiene oral e os hábitos tabágicos destes pacientes e verifica-se que, independentemente de serem fumadores ou não, a maioria dos idosos apresenta uma higiene oral precária. (Tabela 3)

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de higiene oral e os hábitos tabágicos

Grau de Higiene Oral	Hábitos Tabágicos		
	Não fumador n(%)	Fumador n(%)	Ex-fumador n(%)
Má	31 (49,2%)	6 (9,5%)	4 (6,4%)
Razoável	21 (33,3%)	1 (1,6%)	0 (0,0%)
Boa	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

4.2.3. PRESENÇA DE BOCA SECA E DE ALTERAÇÃO NO PALADAR

No que concerne à presença de hipossalivação 65,1%(n=41) indivíduos apresentam boca seca e 34,9%(n=22) não possuem queixas inerentes a esta sensação.

Na análise inferencial, realizou-se o cruzamento da presença de boca seca com a idade, no qual se aferiu que não existe nenhuma associação entre

as duas variáveis (Teste χ^2 , $p=0,446$). Para confirmar esta hipótese foi efetuado o teste Mann-Whitney onde $p=0,767$, que concluiu novamente que não existe relação estatisticamente significativa neste cruzamento. Em contrapartida, a associação entre o género e a presença de xerostomia, recorrendo ao teste χ^2 , já apresenta uma tendência estatística, com $p=0,012$. Esta relação moderada (30,2%) demonstra que a maioria das mulheres apresenta queixas de boca seca ao contrário da maioria dos homens. **(Tabela 4)**

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com a presença de boca seca e o género

Boca Seca	Género		
	Masculino n(%)	Feminino n(%)	Total n(%)
Não	11 (50,0%)	11 (50,0%)	22 (100%)
Sim	8 (19,5%)	33 (80,5%)	41 (100%)

Adicionalmente, foi também efetuada a relação entre a presença de boca seca e o valor total de CPOD, no entanto esta associação não apresentou nível de significância estatística. (Teste Mann-Whitney $p=0,087$)

Por fim, foi averiguada a relação entre a toma de medicação xerostomizante e a presença de boca seca. No entanto, após a execução do teste χ^2 , não se detetou nenhuma relação significativa entre as duas variáveis ($p=1,000$) **(Tabela 5)**

Tabela 5 - Relação entre a presença de boca seca e a toma de medicação

Boca seca	Medicação Xerostomizante n(%)	Insulina n(%)	Total n(%)
Não	20 (90,9%)	2 (9,1%)	22 (100%)
Sim	36 (90,0%)	4 (10,0%)	40 (100%)

Posteriormente, foi avaliada a sensação de disgeusia, sendo que grande parte dos pacientes ($n=42$; 66,7%) declaram não possuir alteração no paladar.

Fazendo o cruzamento desta variável com a idade e com o género e após a aplicação do teste χ^2 constata-se que não existe nenhuma associação estatística significativa, tendo-se obtido um valor de $p=0,105$ e $p=0,174$, respetivamente. **(Tabela 6)** Com o intuito de relacionar a disgeusia com a presença de boca seca efetuou-se novamente o teste χ^2 , no qual $p=0,191$, portanto a alteração no paladar e o facto de ter ou não a boca seca não estão relacionados. **(Tabela 7)** Por fim, analisando a toma de medicação e a alteração no paladar, verifica-se que a associação destas duas variáveis também não apresenta significância ($p=0,604$). **(Tabela 7)**

Tabela 6 - Relação entre a idade e o género e a presença de alteração no paladar

Idade (anos)	Alteração no paladar		Total n(%)
	Não n(%)	Sim n(%)	
[60,84]	27 (75,0%)	9 (25,0%)	36 (100%)
>=85	15 (55,6%)	12 (44,4%)	27 (100%)
Género			
Masculino	15 (78,9%)	4 (21,1%)	19 (100%)
Feminino	27 (61,4%)	17 (38,6%)	44 (100%)

Tabela 7 - Relação entre a presença de boca seca e a terapêutica medicamentosa e alteração no paladar

Boca seca	Alteração no paladar	
	Não n(%)	Sim n(%)
Não	17 (27,0%)	5 (7,9%)
Sim	25 (39,7%)	16 (25,4%)
Medicação		
Xerostomizante	40 (63,4%)	17 (27,0%)
Insulina	3 (4,8%)	3 (4,8%)

4.3. CARACTERIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO PROTÉTICA

Posteriormente avaliou-se a situação protética atual da amostra em estudo e é de notar que a maioria dos indivíduos (61,9%;n=39) é portador de prótese dentária. Destes 39 idosos, 29 (74,4%) são desdentados totais e possuem prótese total acrílica removível, 3 (7,7%) usam prótese parcial acrílica e 7 (17,9%) são portadores de prótese parcial esquelética. **(Figura 9)** Foram também avaliadas as arcadas reabilitadas, sendo que 28 (71,8%) idosos possuem ambas as arcadas reabilitadas, 7 (17,9%) apresentam prótese somente na maxila e 4 (10,3%) na mandíbula. **(Figura 10)**

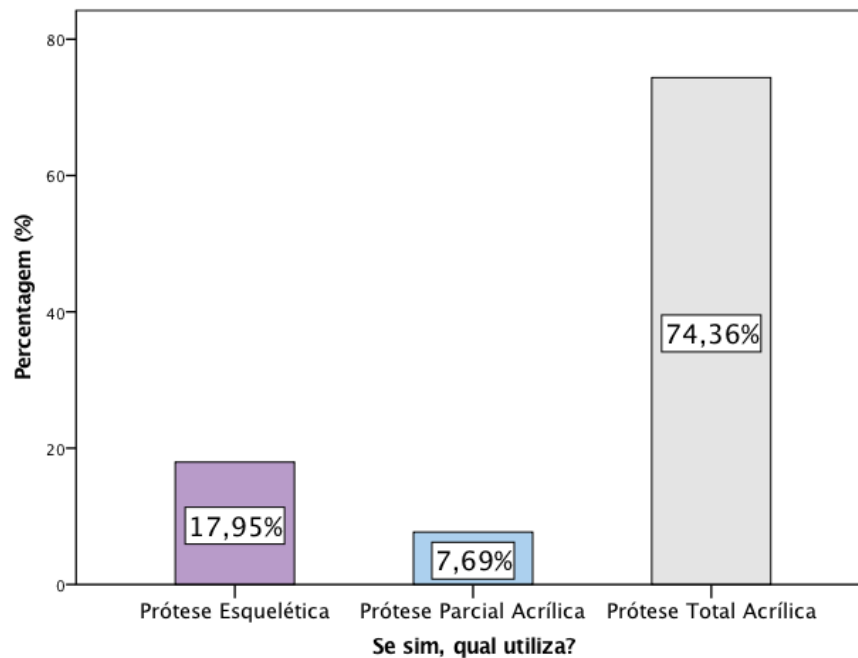


Figura 9 - Distribuição da população de acordo com o tipo de prótese utilizada

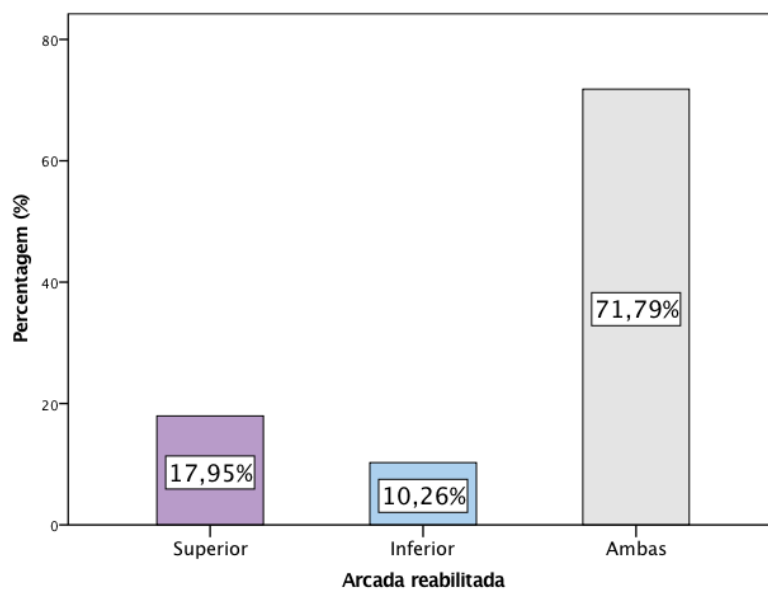


Figura 10 - Distribuição da população de acordo com a arcada reabilitada

Quanto aos desdentados parciais 4 (45,5%) indivíduos possuem classe III de Kennedy, 2 (18,2%) classe I, 2 (18,2%) classe II e 2 (18,2%) classe IV. **(Figura 11)**

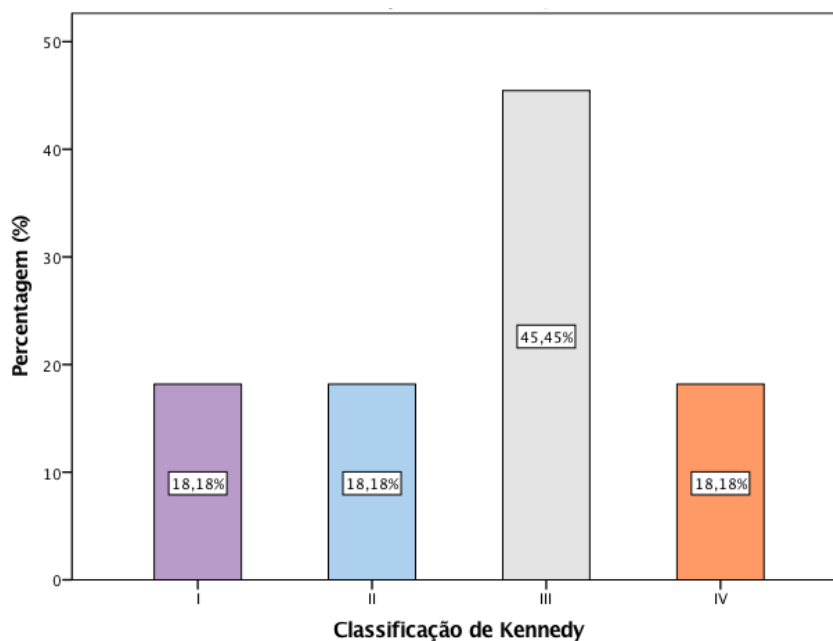


Figura 11 - Distribuição da população de acordo com a Classe de Kennedy

O uso de prótese dentária não tem relação significativa com a idade (Teste Mann-Whitney, $p=0,231$) nem com o género (Teste Mann-Whitney,

$p=0,667$). Posteriormente, recorrendo ao teste χ^2 , estabeleceu-se a relação entre o uso de prótese dentária e a presença de disgeusia, contudo não se verificou nenhuma relação, tendo-se obtido $p=0,271$.

Com base nos dados recolhidos sobre as reabilitações protéticas aferiu-se que os indivíduos que possuem prótese dentária não necessitam tanto de tratamento dentário. A relação estatística estabelecida entre estas duas componentes é significativa ($p=0,049$).

4.3.1. CUIDADOS PROTÉTICOS

Com base nos questionários aplicados é de notar que dos idosos reabilitados 35,9% ($n=14$) usa a prótese de forma contínua e não realiza o descanso noturno necessário. **(Figura 12)** Dos idosos portadores de prótese 43,6% ($n=17$) realizam a higienização protética uma vez por dia, 38,5% ($n=15$) duas vezes por dia e 17,9% ($n=7$) higienizam a prótese mais do que duas vezes por dia. Para este efeito, os idosos recorrem a vários produtos para a realização da limpeza protética que estão demonstrados na **figura 14**.

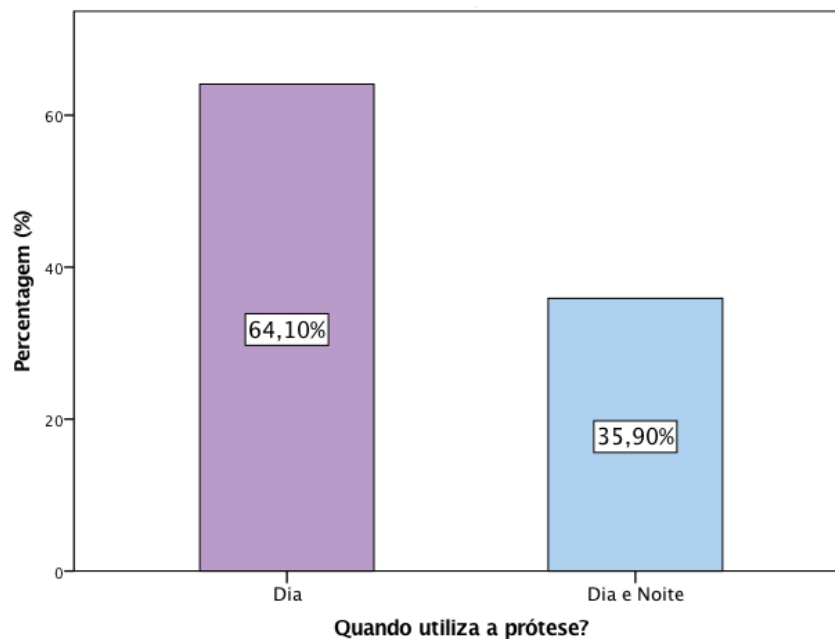


Figura 12 - Distribuição da população de acordo com a utilização da prótese

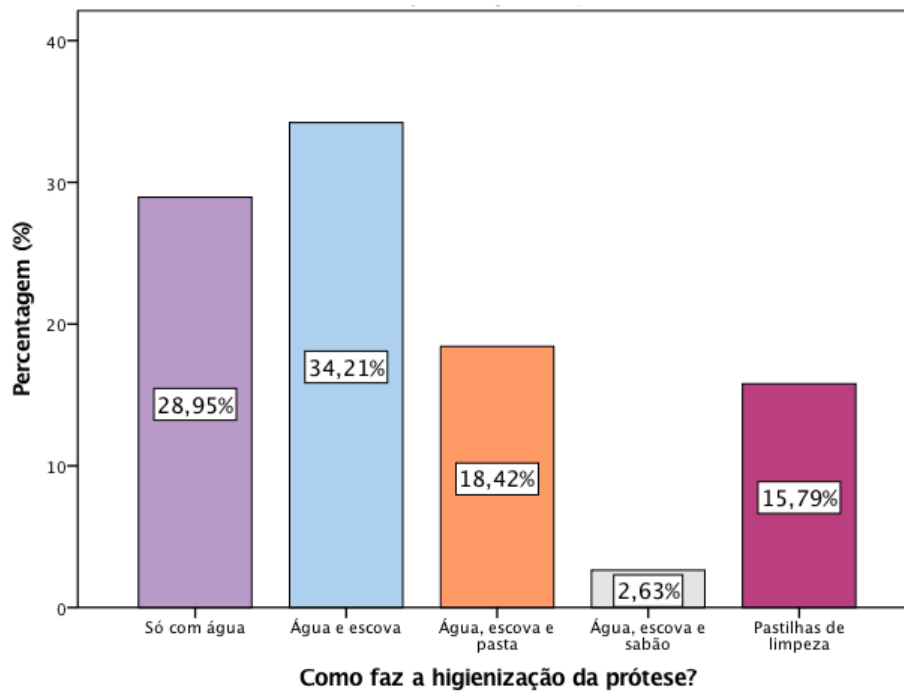


Figura 13 - Distribuição da amostra de acordo com os métodos de higienização protéticos

Após a avaliação intra-oral analisaram-se independentemente as próteses dentárias e dos 39 indivíduos reabilitados 71,8% (n=28) apresentam vestígios alimentares nestas.

4.4. LESÕES ORAIS

A **tabela 8** demonstra a prevalência das lesões orais mais comuns entre pacientes idosos. De acordo com o teste Mann-Whitney a presença de lesões orais não está relacionada com a idade ($p=0,599$) nem com o género ($p=0,795$). Simultaneamente, a presença de lesões e o descanso noturno da prótese dentária também não apresentam uma relação estatisticamente significativa ($p=1,000$)

Tabela 8 - Presença de lesões orais na população

Usa prótese dentária	Não tem lesões (n)	Estomatite protética (n)	Epúlíde fissurada (n)	Queilite angular (n)	Úlcera traumática (n)
Não	21	0	0	1	2
Sim	32	5	1	1	0

4.5. AUTOPERCEÇÃO DA REABILITAÇÃO PROTÉTICA

Relativamente à percepção individual no que diz respeito às próteses, dentro dos indivíduos reabilitados, 66,7%(n=26) referem que a prótese se encontra em boas condições, 23,1%(n=9) afirmam apresentar uma reabilitação satisfatória e apenas 10,3%(n=4) considera a sua reabilitação insatisfatória.

4.5.1. NECESSIDADE DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA

Quanto questionados sobre a necessidade de reabilitação protética, 42,9%(n=27) dos pacientes geriátricos afirmam precisar de prótese dentária, 30,2%(n=19) declaram a necessidade de substituição da prótese atual e 27%(n=17) dos inquiridos respondeu negativamente.

Foram também aferidas as associações entre a necessidade de reabilitação protética e a idade e o género. Nenhuma das duas relações apresenta significância estatística ($p=0,250$ e $p=0,262$, respetivamente). Em adição, verificou-se que quem não precisa de reabilitação protética tem um CPOD menor do que quem precisa (Teste Mann-Whitney, $p=0,000$)

4.6. CAPACIDADE MASTIGATÓRIA SEGUNDO O ÍNDICE DE LEAKE

Depois da avaliação da reabilitação protética foi estudada a capacidade mastigatória dos indivíduos com recurso às questões do Índice de Leake.⁽⁵⁸⁾ A **tabela 9** expõe os resultados obtidos pelas questões realizadas aos idosos acerca da capacidade individual para comer determinados alimentos.

Tabela 9 - Capacidade mastigatória segundo o Índice de Leake

Capacidade mastigatória (Alimentos)	Não consegue n(%)	Consegue com dificuldade n(%)	Consegue sem dificuldade n(%)	Total n(%)
Salada crua	8 (12,7%)	12 (19,0%)	43 (68,3%)	63 (100%)
Legumes cozidos	0 (0%)	12 (19%)	51 (81%)	63 (100%)
Carne	8 (12,7%)	31 (49,2%)	24 (38,1%)	63 (100%)
Cenoura inteira	35 (55,6%)	15 (23,8%)	13 (20,6%)	63 (100%)
Maçã com casca	36 (57,1%)	16 (25,4%)	11 (17,5%)	63 (100%)

A capacidade mastigatória dos alimentos acima descritos não se encontra relacionada com a idade nem com o género.

Uma vez que a presença de prótese dentária desempenha um papel vital na alimentação, após a realização do teste Mann-Whitney, verificou-se, tal como esperado, que existe uma relação estatisticamente significativa entre a capacidade mastigatória destes alimentos e a presença de prótese ($p=0,007$ e $p=0,021$ para a cenoura inteira e a maçã com casca, respetivamente).

Adicionalmente, apesar de não se ter verificado significância estatística, observou-se que os idosos que tinham uma boa autoperceção da sua prótese afirmavam conseguir comer todos os alimentos, mesmo que com alguma dificuldade. (Tabela 10)

Tabela 10 - Capacidade mastigatória segundo os indivíduos com "Boa" autoperceção da prótese

Autoperceção "Boa" da prótese				
	Não Consigo	Consigo com dificuldade	Consigo sem dificuldade	Total
Legumes cozidos	0 (0,0%)	2 (7,7%)	24 (92,3%)	26 (100%)
Salada Crua	2 (7,7%)	4 (15,4%)	20 (76,9%)	26 (100%)
Carne	4 (15,4%)	11 (42,3%)	11 (42,3%)	26 (100%)
Cenoura inteira	8 (30,8%)	9 (34,6%)	9 (34,6%)	26 (100%)
Maçã com casca	11 (42,3%)	9 (34,6%)	6 (23,1%)	26 (100%)

4.7. CARACTERIZAÇÃO DA AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL

De acordo com a pontuação GOHAI obtida (**57**), constata-se que a maioria dos indivíduos apresenta uma autoperceção da saúde oral moderada (n=35, 55,6%), 12 idosos possuem uma autoperceção elevada (19%) e 16 uma autoperceção baixa (25,4%). Quanto à relação da autoperceção da saúde oral com a idade, verificou-se que não existe nenhuma relação estatística significativa entre as duas variáveis ($p=0.255$).

Posteriormente, realizou-se o teste Kruskal-Wallis para estabelecer a relação entre o valor total de CPOD e a pontuação obtida através do GOHAI e não existe relação entre estas duas componentes ($p=0,923$). Avaliando a pontuação obtida com o GOHAI e a presença de prótese dentária, constatou-se que a maioria dos pacientes geriátricos que é portador de prótese tem uma pontuação mais elevada, logo uma autoperceção da sua saúde oral melhor (Teste $\chi^2 p=0,037$). (**Tabela 11**)

Tabela 11 - Relação entre o resultado do GOHAI e o uso de prótese dentária

Total GOHAI	Usa Prótese dentária?		Total n(%)
	Não n(%)	Sim n(%)	
0-29	10 (62,5%)	6 (37,5%)	16 (100%)
30-33	12 (34,3%)	23 (65,7%)	35 (100%)
34-36	2 (16,7%)	10 (83,3%)	12 (100%)

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Atualmente, são poucos os estudos existentes relativos às condições de saúde oral e reabilitação protética em idosos portugueses institucionalizados. Posto isto, é de extrema importância o desenvolvimento de investigações neste âmbito com o intuito de fundamentar a necessidade de tratamentos da cavidade oral neste grupo populacional tão vulnerável, melhorando assim os padrões de saúde oral nesta faixa etária. Hoje em dia, os lares e centros de dia são o local de residência de uma grande parte da população idosa e, presentemente, “já não são apenas os locais onde vivem os idosos sem condições económicas, médicas ou sociais. Os lares representam uma forma de vivência comunitária por vezes escolhida livremente por muitos indivíduos”⁽⁶⁾, de maneira que é muito importante avaliar as necessidades Médico-Dentárias desta população. Estas são algumas das razões pelas quais os idosos institucionalizados foram escolhidos para a amostragem deste estudo epidemiológico, assim como a negligência que muitas vezes vivenciam no que diz respeito ao seu estado de saúde oral.

Foram encontradas algumas limitações aquando da escolha dos lares e centros de dia para a realização da recolha de dados, uma vez que algumas das instituições contactadas não permitiram a realização do estudo, tendo isso limitado o número total de participantes. Todas as perguntas do questionário foram feitas e explicadas oralmente a cada indivíduo, obtendo-se um rácio de resposta de 100%, contrariamente ao que aconteceria se o questionário fosse autoadministrado, pois o entendimento das questões por parte dos idosos seria reduzido, induzindo ao enviesamento do estudo. A técnica de amostragem por conveniência utilizada não é representativa da população idosa mas permite a extrapolação dos resultados para populações em circunstâncias semelhantes.

5.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

Segundo alguns estudos realizados, a maioria dos países da União Europeia apresenta uma desigualdade entre a proporção de elementos do género masculino e feminino, havendo uma predominância de mulheres.^(13, 62)

Em Portugal, de acordo com os Censos realizados em 2011, também se verificou uma parcela maior de mulheres na faixa etária superior a 65 anos comparativamente aos homens.^(3,7) Os resultados obtidos em relação à caracterização geral da população em estudo são compatíveis com o verificado no nosso país, sendo que o género feminino corresponde a 69,84% de todos os idosos analisados. Esta desigualdade de géneros é corroborada por pesquisas que demonstram que a esperança média de vida em Portugal para as mulheres é de 83,2 anos e para os homens é de 77,4 anos, de modo que, a percentagem de mulheres residentes em instituições é muito mais elevada.⁽¹⁷⁾ A esperança média de vida inferior no género masculino pode advir do predomínio de múltiplos fatores de risco, entre os quais a presença de hábitos nocivos como o consumo excessivo de tabaco e de bebidas alcoólicas e de um escasso controlo médico de rotina, o que predispõe para o aparecimento de patologias de carácter sistémico.⁽⁶³⁾

Relativamente à idade, a média neste estudo foi $82 \pm 8,149$ anos, sendo que encontramos um maior número de idosos na faixa etária dos 81 aos 90 anos (49,2%). Este valor é semelhante ao demonstrado por Triantos⁽⁶³⁾ na sua pesquisa onde a idade média dos idosos residentes em lares era de 81 anos, mas inferior ao aferido por Glazar *et al.*⁽⁶⁴⁾ que encontraram uma média de idades de 72 anos nos pacientes geriátricos em ambiente institucionalizado. Atualmente, o aumento do número de indivíduos com idade avançada nas instituições pode ser justificada pelo crescente aparecimento de enfermidades sistémicas que advêm da esperança média de vida aumentada, resultando numa maior dependência e necessidade de cuidados de terceiros.^(29,30)

No que concerne às habilitações literárias verificou-se que 31,75% dos idosos não tinham qualquer grau de escolaridade e 22,22% estudaram do primeiro ao quarto ano, não tendo completado este último. Cunha⁽⁶⁵⁾ e Veiga *et al.*⁽⁴²⁾ nos seus estudos também aferiram que 38,9% e 18,9% dos idosos institucionalizados eram analfabetos, respetivamente. As baixas habilitações literárias verificadas neste grupo etário estão relacionadas com o facto destes indivíduos terem vivido numa época onde, em Portugal, a escolaridade obrigatória era somente até ao 3º ano.^(40,42) Posto isto, é necessário salientar que um baixo nível escolaridade está muitas vezes associada a uma dificuldade no entendimento da necessidade de tratamentos dentários e

juntamente com as restrições monetárias frequentemente presentes nos idosos resultam numa menor procura de cuidados orais.⁽¹⁰⁾

5.1.1. HÁBITOS TABÁGICOS

Relativamente aos hábitos tabágicos 82,5% dos participantes deste estudo não são fumadores, 11,1% afirma fumar e apenas 6,3% dos indivíduos é ex-fumador. Estes valores, apesar de se enquadrarem num grupo etário mais alargado, são bastante favoráveis quando comparados com dados obtidos pela OMD num estudo realizado a nível nacional, onde se observou que 67,8% dos elementos pertencentes à faixa etária dos 65-74 anos nunca fumou e 26,1% é ex-fumador.⁽⁶⁶⁾ A elevada percentagem de idosos não-fumadores encontrada nos lares de Viseu vai ao encontro dos resultados apurados por Cardoso⁽⁶⁷⁾ num estudo conduzido em 2008, no qual a região centro destaca-se pela reduzida prevalência de indivíduos fumadores quando comparada com outras regiões do país. Estes resultados são bastante positivos, uma vez que o tabaco é um dos principais fatores de risco para o aparecimento de lesões orais e agravamento das mesmas para lesões potencialmente malignas.⁽⁵⁾

5.2. SAÚDE SISTÉMICA

Na população idosa as capacidades cognitivas são mais reduzidas e o entendimento perante as questões colocadas é muitas vezes diminuído, de forma que as respostas obtidas podem ou não ser fidedignas. Como tal, todos os dados relacionados com a saúde sistémica foram recolhidos com a equipa médica e de enfermagem das instituições.

Várias investigações realizadas em idosos verificaram a presença de mais do que uma doença neste grupo etário, o que demonstra o carácter múltiplo das condições patológicas decorrentes do envelhecimento.^(19,68,69) Com o intuito de aferir o estado da saúde sistémica dos pacientes geriátricos optou-se por agrupar numericamente as enfermidades presentes, uma vez que são inúmeras as possíveis combinações de patologias. Pedersen *et al.*⁽⁶⁹⁾ observaram que o número de condições sistémicas reportadas pelos idosos varia entre 1 a 11, sendo que 46% apresenta 1 a 2 doenças, valor ligeiramente

inferior ao obtido nesta investigação, onde 52,38% dos inquiridos apresenta uma ou duas patologias. Segundo este autor, o número de mulheres com doenças sistémicas é superior aos homens e a justificação passa pelo facto dos elementos do género feminino terem uma maior longevidade e, conseqüentemente, maior predisposição para o aparecimento de condições de baixa letalidade que podem provocar sintomatologia incapacitante.^(70,71)

Segundo a literatura, as patologias predominantemente encontradas nos pacientes geriátricos são as doenças cardiovasculares, a Diabetes *mellitus*, as doenças neurológicas (depressão e ansiedade) e as doenças reumáticas (osteoporose e osteoartrose).^(35,70) Por esta razão, pretendeu-se evidenciar o número de idosos institucionalizados que possuíam as condições previamente referidas.

As doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de mortalidade no nosso país (29,5% no ano 2013), sendo mais predominantes nos indivíduos com idade superior a 65 anos e de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS), a hipertensão arterial e o AVC são as condições mais frequentes neste grupo patologias.⁽⁷²⁾ Um estudo realizado por Ribeiro⁽¹⁾ em idosos institucionalizados aferiu que 68% dos pacientes geriátricos apresentavam patologia cardiovascular, sendo este valor percentual muito idêntico ao verificado no nosso estudo (66,7%). Porém, uma pesquisa liderada por Costa *et al.*⁽⁷³⁾ demonstraram uma percentagem mais elevada de indivíduos com estas condições sistémicas (96%). A presença destas patologias pode criar complicações durante os tratamentos Médico-Dentários, de modo que o seu tratamento e controlo regular é de extrema importância para salvaguardar o prognóstico dos procedimentos dentários efetuados.

No que concerne à presença da Diabetes, a Sociedade Portuguesa de Diabetologia afirma que as faixas etárias mais envelhecidas são os principais alvos desta condição sistémica. Um estudo realizado em 2015, revela que os indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos apresentavam uma prevalência de diabetes de 23,8%⁽⁷¹⁾ e, em 2017, o Programa Nacional Para a Diabetes constatou que um terço da população entre os 60 os 79 anos manifestava esta doença.⁽⁷⁴⁾ Nesta investigação verificou-se que 9,68% dos pacientes geriátricos institucionalizados apresentam diabetes tipo I e 58,61% diabetes tipo II. Estes resultados estão em conformidade com a literatura

encontrada, uma vez que a Diabetes *mellitus* tipo I é mais rara na população, ao contrário do tipo II que é mais encontrada e mais prevalente em adultos com idade superior aos 40 anos.^(74,75) Uma vez que condições não diagnosticadas como a hiperglicemia ou a pré-diabetes não constam nas percentagens obtidas relativamente a esta patologia, os valores percentuais poderão ser ainda mais elevados do que os aferidos. Esta condição sistémica e respetiva terapêutica podem predispor para diversas alterações na cavidade oral, como por exemplo a doença periodontal, a cárie dentária, a disfunção nas glândulas salivares, a disgeusia, as infeções orais e as úlceras aftosas.⁽⁷⁵⁾

Relativamente à presença de doenças reumáticas, estas produzem diversos sintomas físicos incapacitantes que se podem refletir numa falta de destreza manual e conseqüente dificuldade na realização da higiene oral diária. Também a presença de condições psicológicas, como a depressão, pode levar à falta de motivação dos idosos relativamente aos cuidados com a sua saúde oral. Estes dois fatores aliados colmatam na escassa ida ao Médico-Dentista assim como na ausência de cuidados orais primários, resultando na má higiene oral frequentemente presente nos idosos.^(35,70)

As inúmeras patologias que advém do envelhecimento necessitam muitas vezes de uma terapêutica polimedicamentosa e por esta razão os idosos apresentam mais efeitos secundários conseqüentes da medicação ingerida do que a população adulta em geral⁽¹⁹⁾, sendo que muitos dos efeitos adversos se refletem na cavidade oral.⁽³⁵⁻³⁷⁾ Estudos demonstram que cerca de 80% dos fármacos prescritos têm efeitos xerostomizantes^(5,47,76,77), entre os quais se encontram os anti-depressivos, os anti-psicóticos, os sedativos, os anti-hipertensores e os anti-arrítmicos, que são alguns dos fármacos utilizados para o tratamento das doenças mais comuns desta faixa etária.⁽⁵⁾ Como tal, para a análise da medicação tomada pelos idosos institucionalizados, o presente estudo avaliou a toma de fármacos com efeito xerostomizante e a toma de insulina, uma vez que a Diabetes foi uma das patologias mais prevalentes na amostra. A toma de fármacos que causam hipossalivação está representada em 90,32% da amostra o que, pela elevada percentagem, resultou na impossibilidade de haver uma relação estatística significativa entre a toma de medicação e a presença de boca seca. Todavia, a maioria dos estudos existentes neste âmbito demonstram uma relação significativa entre estas duas

variáveis.^(40,51,78) Adicionalmente, o déficit na produção de saliva associado às patologias sistémicas e à toma de medicação pode ser uma das principais causas para o aparecimento de cárie dentária, a maior incidência de doença periodontal e de lesões orais como por exemplo a candidíase oral, uma vez que cria um ambiente propício para a colonização deste microorganismo.^(51,69)

Apesar de na nossa pesquisa não se ter verificado nenhuma relação estatisticamente significativa entre a presença de boca seca e a disgeusia, existem referências que constataam que a xerostomia é também um dos principais fatores para a dificuldade na mastigação, na deglutição e alteração do paladar.⁽⁵⁾ Em adição, a presença de lesões orais na amostra foi muito reduzida, o que impossibilitou a realização de possíveis associações entre esta variável e a toma de medicação xerostomizante. Todavia, diferentes estudos constataam que o aparecimento de lesões na cavidade oral não se restringe apenas a alterações a nível local (como o trauma, o uso de próteses mal adaptadas ou os hábitos orais inadequados), como também pode ter uma etiologia sistémica (a toma de medicação, o consumo de tabaco e de álcool).⁽⁶⁹⁾

A presença de patologias sistémicas e de polimedicação contribuem significativamente para o desenvolvimento de condições de índole oral.^(5,69) Deste modo, caso o Médico-Dentista verifique que a presença de determinada lesão é decorrente da toma de um fármaco específico, deve pedir ao Médico assistente a sua substituição, caso possível, com o intuito de promover uma melhoria da saúde oral destes indivíduos. O alerta aos idosos e aos respetivos cuidadores para a possível ocorrência destes efeitos adversos na cavidade oral inerentes à polimedicação é indispensável para melhorar as hipóteses de tratamento e de prognóstico.⁽⁷⁹⁾

5.3. SAÚDE ORAL

Após a avaliação dos idosos institucionalizados em dois lares de Viseu, concluiu-se que 55,56% dos indivíduos são desdentados totais. Valores mais elevados foram encontrados em investigações realizadas em Portugal, onde a média de pacientes institucionalizados desdentados varia entre 76 a 96%.^(14,80) Adicionalmente, estudos efetuados em idosos institucionalizados noutros países europeus revelam valores de edentulismo semelhantes: Bélgica (70%) e

Noruega (66%), no entanto valores menores foram encontrados em Itália(50%), na Alemanha (53%) e em França (30%).⁽²⁴⁾ A permanência dos dentes naturais permite que os idosos tenham uma função mastigatória adequada e, conseqüentemente, uma melhoria na sua qualidade de vida.⁽⁸¹⁾

O grau de literacia, o estado de empregabilidade e a componente social dos indivíduos estão significativamente relacionadas com a perda de dentes. Em vários países a perda de elementos dentários nas idades entre os 65 e os 70 anos estão associadas a condições socioeconómicas baixas.⁽⁸²⁾ Bernabe *et al.*⁽⁸³⁾ demonstraram que a escassa presença de condições sociais adequadas durante a infância influenciam o aparecimento de doenças crónicas em idades mais avançadas, afetando assim o estado da cavidade oral, nomeadamente a perda dentária precoce.^(84,85) Esta informação vai ao encontro do historial da maioria dos idosos institucionalizados que muitas vezes provêm de ambientes sociais debilitados, o que se reflete numa maior prevalência de doenças sistémicas nestes indivíduos mais vulneráveis e num estado oral mais precário, como se pode aferir pelos resultados do nosso estudo.

Adicionalmente, uma pesquisa realizada na Dinamarca observou que os elementos idosos da população que tinham um elevado nível literário mantiveram grande parte dos seus dentes até aos 85 anos de idade, sugerindo então que indivíduos com escolaridade mais alta estariam melhor informados e procurariam cuidados médico-dentários com mais frequência, inversamente ao que ocorre com indivíduos seniores analfabetos ou que só completaram a 4ª classe.⁽⁸⁶⁾ O mesmo se pode verificar após a análise dos resultados da nossa investigação, onde a maioria dos idosos tem baixas habilitações literárias e o grau de edentulismo observado é muito elevado (55,56%).

5.3.1. O EDENTULISMO

Apesar de nos últimos anos se ter vindo a verificar um declínio do edentulismo⁽⁴⁰⁾, maioritariamente nos países desenvolvidos, a perda dentária continua a ser o problema oral mais prevalente.⁽⁹⁾ Esta condição possui um grande impacto na população geriátrica institucionalizada e alguns dos seus fatores responsáveis são a falta de higiene oral e a escassa ida a consultas Médico-Dentárias, que podem ser uma consequência da condição médica

debilitada característica desta amostra vulnerável e, possivelmente, da negligência que estes indivíduos possam estar a vivenciar em relação à saúde oral.⁽³⁵⁾

O edentulismo é uma condição que está intimamente relacionada com o declínio das capacidades funcionais e da estética dentária, causando um impacto negativo a nível psicossocial.^(87,88) A falta de um determinado número de dentes é o principal fator para a dificuldade na alimentação dos idosos⁽⁸⁹⁾, mais precisamente pacientes com menos de 20 dentes naturais têm menor qualidade de saúde oral uma vez que já apresentam disfunção mastigatória.⁽³⁹⁾ Lamy *et al.*⁽⁸⁹⁾ observaram que 61% dos indivíduos analisados na sua pesquisa eram edêntulos e, dentro dos pacientes que possuíam dentes naturais, o número médio de peças dentárias presentes era 10. A comparação entre o número de peças dentárias em idosos independentes e idosos residentes em lares de terceira idade também foi analisada por alguns autores que verificaram um número de dentes funcionais muito menor no segundo grupo, sendo a taxa de desdentação dos pacientes institucionalizados muito superior (50%) à dos idosos independentes (5%), valores estes que estão em concordância com o obtido na nossa pesquisa.⁽⁹⁰⁾

Juntamente com estes resultados, o autor previamente referido verificou que o nível de higiene oral dos pacientes era insatisfatório, o que vai ao encontro dos resultados por nós aferidos, onde 65% dos idosos apresenta uma “Má” higiene oral.⁽⁸⁹⁾ Desta forma, com o objetivo primário de melhorar a saúde oral dos pacientes geriátricos, a reposição dos dentes ausentes torna-se essencial pois, não só melhora a aparência estética, como também previne movimentos dentários indesejados e repõe as funções do aparelho estomatognático.^(43,52)

Foi realizado um Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais pela OMD⁽⁶⁶⁾ no qual se verificou que o valor médio do CPOD a nível nacional foi de $16,17 \pm 0,28$. Aquando da comparação deste valor com os nossos resultados, $27,27 \pm 7,126$, verificámos que a amostra em causa apresenta um valor médio superior ao panorama nacional, refletindo-se num estado de saúde oral mais precário. Este valor é justificado pelo facto da amostra em estudo se encontrar num meio mais vulnerável socialmente, onde os cuidados orais são bastante

reduzidos ou até mesmo inexistentes, resultando numa elevada presença de perdas dentárias.^(31,77) A média de dentes perdidos aferida neste estudo foi de $26,14 \pm 8,293$, valor superior ao obtido pelo estudo da OMD $(11,44)^{(66)}$ e semelhante a outra pesquisa realizada nas instituições de Viseu $(25,13 \pm 9,07)^{(1)}$. É necessário salientar que a perda de um elevado número de dentes nos idosos institucionalizados pode advir da presença de enfermidade de foro sistémico, nomeadamente as doenças cardiovasculares, que têm como consequência o edentulismo.⁽⁹¹⁾ A maioria destes indivíduos encontram-se com um estado de saúde vulnerável e são muitas vezes negligenciados, o que se reflete na ausência de consultas de controlo regulares e na falta de tratamentos orais preventivos e curativos.⁽¹⁸⁾

Em relação aos dentes cariados, os idosos institucionalizados apresentam uma média de $1,22 \pm 2,051$, valor semelhante foi reportado em estudos realizados em Portugal^(1,66) e por McMillan *et al.* em Hong Kong⁽⁹¹⁾. Apesar da maioria dos idosos institucionalizados ser desdentado total e o índice cariogénico ser diminuído, é fulcral o estabelecimento de medidas preventivas e de hábitos de higiene oral tanto nos pacientes geriátricos como nos seus cuidadores. Estas medidas pretendem reduzir a incidência de cárie nos idosos com o objetivo de diminuir a perda dentária precoce.

O número de dentes obturados verificado nos elementos da amostra foi nulo. Este valor é justificado pela elevada dificuldade na realização do exame intra-oral, uma vez que as condições de observação e luminosidade nos lares eram muito restritas, bem como a cooperação dos idosos que era bastante reduzida. Estes dois fatores aliados à ausência de métodos radiográficos levaram à dificuldade em analisar possíveis restaurações indicadoras de dentes com tratamento endodôntico.

Assim sendo, o valor total de CPOD obtido no nosso estudo deve-se principalmente ao número elevado de perdas dentárias existentes nos idosos institucionalizados, semelhante ao verificado pela OMD em 2015.⁽⁶⁶⁾

5.3.2. CAPACIDADE MASTIGATÓRIA

Em 2008, um estudo realizado por Gil-Montoya *et al.*⁽³⁹⁾ reportaram diversos problemas mastigatórios em pacientes geriátricos desdentados, nomeadamente a dificuldade em comer determinados alimentos, o desconforto aquando da mastigação e da deglutição e a limitação na quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos. Estas limitações têm impacto na saúde oral e geral dos indivíduos⁽⁵⁵⁾, assim sendo, uma possível explicação para o facto dos pacientes com menos unidades dentárias funcionais serem menos saudáveis é a diminuição do consumo de alimentos fibrosos, mais nutritivos, resultante do comprometimento mastigatório que, em casos mais graves, pode despoletar de condições patológicas sistémicas.⁽⁹²⁾

A relação entre a presença de próteses e a componente nutricional dos pacientes idosos também é bastante evidente na literatura científica.⁽⁹³⁾ Os idosos que apresentam prótese dentária podem sofrer as carências acima referidas devido à escassa manutenção das próteses que, muitas vezes, em elementos institucionalizados, se encontram desadaptadas e com pouca retenção/estabilidade.⁽⁹²⁾ Contudo, mesmo quando estas se encontram com características insatisfatórias, a maioria dos idosos encontra-se satisfeito com a sua reabilitação protética, como se pode verificar pelos 66,67% dos inquiridos que afirma ter uma “Boa” reabilitação. No entanto, após a análise oral e protética verificou-se que a percepção dos idosos não é fidedigna, dado que se observou que 30% destes indivíduos necessita da substituição da sua prótese. Considera-se então que os idosos podem estar satisfeitos com as suas reabilitações pelo facto de recorrerem a pastas adesivas que os ajudam a manter a prótese em boca e a alimentarem-se com a mesma.⁽⁹²⁾

Segundo Lamy *et al.*⁽⁸⁹⁾, a maioria dos indivíduos que não possuíam próteses estáveis e retentivas ou que não tinham qualquer reabilitação protética comiam alimentos moles e triturados que não conseguem compensar a carga nutricional que os idosos institucionalizados necessitam.⁽¹⁾ Vários estudos avaliaram especificamente o estado nutricional recorrendo a instrumentos adequados e verificaram que esta amostra possuía carências neste campo.⁽⁹⁴⁾ Ademais, alguns autores afirmam que quanto maior o grau de dependência dos indivíduos geriátricos, maior será a sua má nutrição.^(92,93)

Todavia, o conceito de má nutrição vai além do grau de dependência, visto que é um fenómeno multifactorial, que pode ser influenciado pela idade e o género, a presença de comorbidades, a ausência de dentes e o uso de prótese.⁽⁹³⁾ Uma vez que um pior estado oral e uma reduzida capacidade mastigatória podem contribuir para o desenvolvimento da subnutrição de idosos institucionalizados⁽¹⁾, é essencial que os elementos deste grupo populacional recebam o tratamento protético adequado para que sejam repostas as funções orais.⁽⁹⁵⁾

A capacidade mastigatória não é determinada somente pela capacidade mecânica de exercer esta função, engloba também uma série de componentes, físicos, psicológicos e sociais⁽⁹⁶⁾ que pretendem analisar a percepção do idoso relativamente à sua atividade estomatognática. Para a análise da capacidade mastigatória são frequentemente utilizados métodos objetivos (testes de capacidade mastigatória) e/ou subjetivos (Índices e Questionários).⁽³⁴⁻³⁶⁾ Este estudo cingiu-se somente à avaliação da auto-percepção dos idosos pela aplicação do Índice de Leake.⁽⁵⁷⁾ No entanto, é necessário enfatizar que estamos perante uma amostra populacional bastante vulnerável e com capacidades físicas e cognitivas mais debilitadas, como tal os resultados com estes índices podem ser pouco fidedignos. Contudo, apesar destas limitações, o Índice de Leake é o instrumento mais utilizado em estudos semelhantes a este pela facilidade de aplicação dadas as condições de recolha de dados.⁽⁵⁷⁾ Comparativamente aos métodos objetivos que avaliam a mastigação, estes questionários providenciam resultados otimistas, o que se pode justificar pelo facto dos pacientes se adaptarem ao seu estado dentário debilitado, achando por isso que a sua capacidade mastigatória é satisfatória.⁽⁹⁷⁾ Hala *et al.*⁽⁹⁸⁾ detetaram problemas mastigatórios nos idosos, uma vez que 27% a 55% dos participantes teve dificuldade a mastigar alimentos moles e 69% a 97% teve dificuldade em comer alimentos mais duros e fibrosos. Na presente investigação verificamos valores inferiores, uma vez que apenas 19% dos inquiridos afirmaram ter dificuldade em comer alimentos moles (salada e legumes cozidos), 49% a mastigar carne e 25% a comer cenoura inteira e maçã com casca.

Não foram verificadas relações estatísticas significativas entre os resultados obtidos e o género e a idade.⁽⁵²⁾ A relação entre estas duas variáveis

e a capacidade mastigatória é bastante contraditória. Segundo Hala *et al.*⁽⁹⁸⁾ após aplicação de uma metodologia objetiva não existem diferenças significativas entre o género e a idade e a capacidade mastigatória, porém Koshino *et al.*⁽⁹⁹⁾ observaram um decréscimo na performance mastigatória com o aumento da idade.

Em adição, após a análise dos dados obtidos, constatou-se que os idosos que eram portadores de prótese dentária tinham mais facilidade em comer alimentos mais duros e fibrosos. Alguns investigadores observaram diferenças entre os pacientes que já tinham usado prótese dentária previamente e aqueles que não tinham, sendo que o primeiro grupo apresentava uma capacidade mastigatória mais elevada. Isto poderá estar relacionado com a adaptação à reabilitação protética existente.⁽¹⁰⁰⁾ Apesar de não ter sido aferida a relação entre o tempo de utilização das próteses e a capacidade de mastigação, sugere-se a realização de futuros estudos neste âmbito.

5.4. REABILITAÇÃO PROTÉTICA

Pesquisas realizadas em países desenvolvidos sobre o estado da saúde oral de idosos revelam que os elementos desta faixa etária que se encontram institucionalizados ou apresentam dependências severas têm uma condição oral pior do que os indivíduos geriátricos que são mais independentes e que vivem em comunidade.⁽¹⁰⁾ A elevada perda dentária verificada na presente amostra acarreta uma maior e mais urgente necessidade de reabilitação protética, uma vez que a ausência da substituição de peças dentárias causa inúmeros distúrbios a nível oral, nomeadamente movimentos indesejados dos dentes antagonistas e adjacentes, défices nas funções estomatognáticas e problemas ao nível estético.⁽¹⁰⁾ Tal como referido anteriormente, a cárie dentária e a doença periodontal em estadios mais elevados são os principais fatores responsáveis por esta condição que afeta muitos idosos.^(39,44) No Reino Unido a percentagem de pacientes desdentados é bastante elevada (89%)⁽¹⁰¹⁾, comparativamente aos valores encontrados em Portugal – 61,9% nesta investigação e 66,7% segundo Veiga *et al.*⁽⁴²⁾, sendo estes valores referentes a idosos institucionalizados com reabilitação protética. É necessário salientar que

todos os indivíduos analisados para o presente estudo apresentavam algum tipo de desdentação, verificando-se uma grande predominância de pacientes geriátricos desdentados totais (55,56%). O mesmo se observou no estudo de Cunha⁽⁶⁵⁾ e na pesquisa de Veiga *et al.*⁽⁴²⁾ onde 44,4% e 58,8% dos pacientes geriátricos avaliados apresentavam ausência total de dentes, respectivamente.

Tobias e Smith^(76,101) reportaram que 1 em 4 pacientes desdentados não utiliza prótese. Posto isto, no presente estudo averiguou-se que dos 36 idosos desdentados totais, 29 possuíam prótese total, sendo a prótese total acrílica a reabilitação protética mais encontrada, predominantemente na arcada superior.⁽⁴²⁾ A grande preocupação com a estética dentária e facial conduz a uma maior reabilitação da maxila ao invés da mandíbula. Por outro lado, a dificuldade na retenção e estabilidade das próteses inferiores é um dos fatores que leva a que os idosos, mesmo que possuam próteses mandibulares, não as utilizem e prefiram continuar edêntulos nesta arcada.⁽¹⁰²⁾

A maioria dos pacientes geriátricos portadores de próteses em condições inapropriadas acham que o funcionamento das mesmas está correto e que não existe necessidade da sua substituição.⁽⁴⁵⁾ Estes dados demonstram a escassa percepção que os pacientes idosos têm relativamente à necessidade de tratamento Médico-Dentário, traduzindo-se numa reduzida procura de profissionais de saúde oral para o reajuste ou a realização de uma nova prótese e prevenção de possíveis lesões que podem advir destas reabilitações.⁽¹⁰³⁾ Por outro lado, a falta de substituição das próteses atuais podem ser oriundas da falta de informação e conhecimento por parte desta faixa etária juntamente com as dificuldades financeiras que possam estar a vivenciar, uma vez que grande parte dos idosos institucionalizados apresentam situações socioeconómicas vulneráveis, de maneira que a maioria das próteses removíveis que os idosos possuem já têm vários anos.^(102, 103) Nesta pesquisa, 18% dos inquiridos não se recordava do tempo de utilização da prótese que possuíam, contudo nenhum dos 63 pacientes mencionou ter substituído recentemente a mesma. A necessidade de substituição da prótese dentária pode advir de vários motivos, entre os quais se encontram a dificuldade na fala, a estética dentária, mas principalmente, a dificuldade na mastigação por perda de retenção e estabilidade.⁽¹⁰²⁾ Um estudo realizado por Elmoula *et al.*⁽⁵¹⁾ avaliaram a capacidade mastigatória de pacientes com prótese removível e

verificou que a maior parte dos idosos analisados apresentava próteses novas, sendo que 36% dos indivíduos usava prótese há menos de 1 ano, 40% há 1 ou 2 anos, 24% há mais de 2 anos, contrariamente ao que verificámos na nossa pesquisa, onde 53,8% dos idosos possui a sua reabilitação há mais de 10 anos. Neste seguimento e com o objetivo primário de identificar a ação das próteses removíveis na melhoria da qualidade de vida dos idosos, um estudo de meta-análise realizado em 2018 comparou os *outcomes* de diferentes reabilitações protéticas e verificou que as próteses dentária removíveis melhoram a qualidade de saúde oral dos idosos até 12% nos primeiros 9 meses de uso, tendo este valor tendência a aumentar depois deste período de tempo.⁽⁵⁵⁾ Adicionalmente, vários autores sugerem que é necessário no mínimo um trimestre após a inserção para que os pacientes se adaptem.⁽¹⁰⁴⁾

Em suma, denota-se que a substituição protética dos dentes ausentes em pacientes desdentados e a alteração das reabilitações que se encontram em estado inadequado é de extrema relevância, pois pode melhorar a qualidade da saúde oral e de vida destes pacientes.

5.5. LESÕES ORAIS

Devido ao aumento das doenças crónicas de carácter sistémico provenientes do envelhecimento populacional, o aparecimento de complicações a nível oral tem tido um valor acrescido nos últimos tempos. Como tal, é de extrema importância fornecer informação aos idosos, familiares e cuidadores sobre a necessidade de um diagnóstico precoce e prevenção de possíveis lesões que possam aparecer na cavidade oral.⁽¹⁹⁾ Tal como referido previamente, a presença de reabilitações protéticas nos idosos é bastante recorrente⁽⁸⁰⁾, no entanto apesar da maioria dos pacientes geriátricos possuir próteses dentárias, estas têm muitas vezes características mecânicas deficitárias, mais precisamente falta de estabilidade e retenção.^(42,43) O estado debilitado das reabilitações removíveis é uma das principais causas para o aparecimento de lesões na mucosa oral, principalmente nos idosos residentes em lares, que não têm por hábito a realização de consultas de controlo protético⁽⁵⁾, o que leva ao reduzido despiste destas lesões. Deste modo, vários estudos realizados em países do continente Europeu demonstram que 10 a 48% dos idosos

institucionalizados apresentam lesões na cavidade oral^(64,105) e o valor percentual encontrado no nosso estudo enquadra-se neste intervalo, sendo que 15,8% dos elementos geriátricos apresentam algum tipo de lesões.

No que concerne às condições orais que advém ou não do uso de prótese removível, a presente pesquisa demonstra que não existe relação estatística significativa entre esta variável com o género nem com a idade. Estes resultados estão em concordância com uma investigação realizada por Visschere LD em 2016 onde este relata uma pequena relação, mas não estatisticamente significativa, entre a presença de lesões orais em homens e mulheres.⁽²⁴⁾

Em relação às condições orais que mais aparecem nos idosos, diferentes autores declaram que as úlceras traumáticas são uma das condições mais encontradas, seguidas da estomatite protética e da queilite angular.^(25,43) As lesões mais encontradas na cavidade oral dos idosos constituintes da amostra vão ao encontro desta informação, dado que a estomatite protética e as úlceras traumáticas são as condições mais visíveis. É necessário enfatizar a dificuldade inerente a uma avaliação oral em lares e centros de dia, uma vez que as condições para o exame intraoral estão limitadas às instalações existentes nas instituições e também à cooperação dos idosos, que muitas vezes é reduzida. Por estas razões, a análise da presença de possíveis lesões na cavidade oral dos idosos institucionalizados foi bastante difícil de realizar.

A possível presença de lesões orais em pacientes portadores de doenças crónicas é uma das razões para a realização de consultas de controlo no Médico-Dentista.⁽⁷⁵⁾ Vários autores revelam a presença de inúmeras alterações na mucosa oral de pacientes diabéticos. Apesar de no presente estudo não se ter aferido com precisão a relação entre a presença de lesões orais e o paciente com Diabetes *mellitus*, dada a elevada predominância desta patologia nos pacientes geriátricos, futuras investigações neste âmbito seriam bastante vantajosas, de modo a aferir quais as principais manifestações orais desta doença nos elementos desta faixa etária.

No presente estudo verificou-se uma reduzida presença de lesões como a queilite angular e nenhuma lesão de queilite actínica foi encontrada, no entanto, de acordo com pesquisas efetuadas, estas duas condições são algumas das alterações frequentemente visíveis nos pacientes idosos.⁽⁴²⁾ O

diagnóstico destas lesões é muito importante uma vez que em estadios crónicos podem ser potencialmente malignas e podem facilitar a presença de infeções oportunistas.⁽¹⁰⁶⁾

As limitações do presente estudo relativos ao número da amostra não permitiram encontrar um grande número de lesões na cavidade oral, o que impossibilitou a relação entre estas condições e as patologias sistémicas. Porém, várias pesquisas demonstram que as duas variáveis estão intimamente relacionadas^(75,106), sendo necessário um cuidado redobrado por parte do Médico-Dentista aquando a avaliação clínica de um paciente geriátrico. Assim sendo, o aparecimento de lesões orais não deve ser encarada como um acontecimento natural decorrente do envelhecimento, mas sim como uma condição patológica passível de ser controlada.

5.6. AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL

Atualmente, a avaliação da condição oral deve ter em consideração dois componentes principais: os sinais clínicos obtidos através de um exame intraoral e a autoperceção dos indivíduos em relação à sua saúde oral. A recolha de dados sobre este último parâmetro assim como a sua interpretação e contextualização na vida diária das pessoas é de extrema importância. Por um lado, esta informação permitirá que os pacientes reflitam sobre o estado da sua saúde oral e façam mudanças no seu comportamento. Por outro lado, conhecer estes dados permite estabelecer prioridades no tratamento dos pacientes idosos, bem como potenciar a criação de políticas de saúde pública.⁽⁵⁶⁾

A avaliação da autoperceção da saúde oral utilizando o índice GOHAI permite analisar de uma forma simples o impacto da saúde oral nas atividades diárias e sociais dos idosos, assim como a necessidade de tratamento dentário na população em causa. Após a recolha dos dados verificou-se que a maioria dos indivíduos apresentava uma perceção moderada da sua saúde oral ($30,84 \pm 3,293$). Valor ligeiramente inferior ao aferido por Carvalho *et al.*⁽¹⁰⁷⁾ em idosos do distrito de Lisboa, cuja autoperceção média foi de 32.85. Por outro lado, Costa *et al.*⁽⁷³⁾ apuraram que, os idosos institucionalizados do seu estudo possuíam uma auto-perceção da saúde oral baixa, em que a pontuação total

do GOHAI seria inferior a 30.

No presente estudo não se verificou qualquer relação entre a pontuação total obtida pelo Índice GOHAI com a idade e o género. Vários estudos também afirmam que a influência do género na qualidade da saúde oral não é um fator significativo.⁽¹⁰⁸⁾ Por outro lado, a situação socioeconómica já tende a ser um fator importante no comprometimento do estado de saúde oral dos indivíduos⁽¹⁰⁸⁾. Posto que o principal foco desta pesquisa era a condição oral e protética dos idosos institucionalizados, a vertente socioeconómica não foi considerada, no entanto a relação entre este fator e o estado da cavidade oral poderá ser um exemplo de estudo para pesquisas futuras.

Segundo vários autores, a perda de dentes naturais, o aparecimento de lesões e patologias orais que se desenvolvem em idades mais avançadas contribuem para o deterioramento das funções do aparelho estomatognático.⁽¹⁰⁹⁾ Posto isto, é evidente que a autoperceção dos idosos relativamente ao seu estado de saúde oral seja menor, uma vez que estas funções orais são fatores importantes para a qualidade da saúde oral e de vida das pessoas.⁽¹¹⁰⁾

Apesar da relação entre o CPOD e a autoperceção sobre a saúde oral utilizando o GOHAI não ter relação estatisticamente significativa, outros estudos verificaram que os idosos com um número reduzido de dentes e com muitas cáries dentárias têm uma menor perceção da sua saúde oral.⁽¹⁰⁹⁾ Os idosos assumem que a perda dentária e a presença de condições patológicas orais é algo normal e inerente ao processo natural de envelhecimento como tal, e associando este fator à constante desvalorização da saúde oral, existe uma subestimação por parte destes pacientes dos sintomas que podem aparecer na sua cavidade oral.⁽¹¹¹⁾ Deste modo, “quando confrontada a autoperceção com os dados clínicos, é possível verificar que esta se encontra desajustada”⁽¹⁾, a maioria dos elementos desta faixa etária consideram a sua condição oral como boa, mesmo que possuam diversas alterações orais e perdas dentárias consideráveis.⁽¹¹²⁾ Alguns estudos concluem que a perceção do paciente geriátrico no que concerne ao seu estado oral e à presença e impacto de determinadas condições patológicas na boca estão relacionadas com fatores sociais e culturais.⁽⁶⁴⁾ Deste modo, é crucial a criação e implementação de programas direcionados para a promoção e prevenção da saúde oral nos

grupos mais envelhecidos da população, principalmente os que se encontram institucionalizados uma vez que é nesta amostra que se encontra o estado de saúde oral mais precário e uma maior necessidade de tratamentos médico-dentários.⁽¹¹³⁾

CAPÍTULO VI

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível determinar as seguintes conclusões:

1. Os idosos institucionalizados apresentam um estado de saúde oral precário, maioritariamente devido ao índice de CPOD elevado;
2. A percentagem de idosos edêntulos residentes em lares é bastante alta, tendo-se verificado um maior valor percentual de pacientes desdentados totais;
3. O número de idosos desdentados não reabilitados ou cujas próteses necessitam de substituição é elevado, uma vez que os indivíduos residentes em instituições não têm por hábito ir ao Médico-Dentista e, como tal, a realização de consultas de manutenção protética é reduzida.
4. Os pacientes com prótese dentária conseguem comer alimentos mais duros e fibrosos, no entanto a falta de manutenção protética pode levar ao comprometimento da capacidade mastigatória que, a longo prazo, poderá despoletar carências nutricionais.
5. O estado oral debilitado dos pacientes geriátricos pode advir do perfil médico dos mesmos, uma vez que, na sua maioria, podem apresentar patologias sistémicas graves, como as doenças cardiovasculares e a Diabetes *mellitus*, que têm inúmeras consequências na saúde oral destes pacientes;
6. A falta de destreza manual dos idosos, associado aos reduzidos cuidados orais existentes nos lares e centros de dia colmatam em hábitos de higiene oral e protéticos diminuídos e, conseqüentemente, numa maior probabilidade de desenvolvimento de lesões de índole oral que poderão estar associadas às reabilitações existentes.
7. O estado precário da saúde oral tem influência na qualidade de vida dos idosos, o que se reflete na autoperceção reduzida a moderada que têm sobre esta componente da sua saúde.

Em suma, uma vez que a saúde oral debilitada é cada vez mais um problema de saúde pública, enfatiza-se a necessidade de criar estratégias e programas apropriados para idosos institucionalizados, bem como para os

auxiliares das instituições nas quais residem, com o intuito de ensinar e promover medidas preventivas e cuidados primários de higiene oral.

A realização de estudos neste âmbito, com um maior número de idosos e de instituições é de extrema relevância, uma vez que permitirá conhecer e expôr no meio acadêmico e científico as principais lacunas na Medicina-Dentária geriátrica, bem como quais as principais áreas de intervenção.

CAPÍTULO VII

BIBLIOGRAFIA

7. BIBLIOGRAFIA

1. Ribeiro A. Saúde oral em idosos institucionalizados e não-institucionalizados: Um estudo comparativo [Tese de Mestrado]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2018.
2. Instituto Nacional de Estatística (INE). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Inst Nac Estatística. 2017;(2015):1–19.
3. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011: Resultados Definitivos. 2011
4. Lunenfeld B. An Aging World-demographics and challenges. Gynecol Endocrinol. 2008;21(1):1-3.
5. Côrte-Real IS, Figueiral MH, Reis Campos JC. As doenças orais no idoso - Considerações gerais. Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac. 2011;52(3):175–80.
6. Fernandes JCAS. Necessidades Protéticas na População Portuguesa Institucionalizada [Tese de Doutoramento]. Porto: Universidade do Porto; 1995.
7. Carrilho MJ. A Situação Demográfica Recente em Portugal. Revista de Estudos Demográficos. 2010;48:101–38.
8. HelpAge International and UNFPA. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Fundo Popul das Nações Unidas. 2012;12.
9. Yasobant S. Comprehensive public health action for our aging world: the quintessence of public health policy. J Int Med Res. 2018; 46(2):555–6.
10. Petersen P, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people – Call for public health action. Community Dental Health. 2012;27(4):257-67.
11. Rosa MJ. O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. FFMS, editor. 2012; p.27.
12. Silva da Costa A, da Saúde D-G, Ribeiro A, das Autarquias Locais Armando Varela D-G, Elias I, para Cidadania Igualdade de Género Ana Porfírio C *et al.* Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 Grupo de trabalho Associação Nacional de

- Municípios Portugueses Eleutério Manuel Alves, CASES – Cooperativa 96 António Sérgio para Economia Social Fernando Regateiro, Coordenação Nacional dos Cuidados de Saúde Hospitalares. 2017.
13. Cardoso RJdS. Necessidade de execução de tratamentos de saúde oral em idosos institucionalizados [Tese de Mestrado]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2014.
 14. Galvão O *et al.* Active Aging and Its Relationship To Functional. Text Context Nurs. 2008;21(3):513–8.
 15. Castro S. Processo de institucionalização da pessoa idosa: um olhar comparativo entre uma instituição pública e privada [Tese de Mestrado]. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto; 2010.
 16. Cancela D. O processo de envelhecimento [Monografia de Licenciatura]. Porto: Universidade Lusíada do Porto; 2007.
 17. Dolan T, Atchison K, Huynh T. Access to Dental Care Among Older Adults in the United States. Journal of Dental Education. 2005;69(9):961-974.
 18. Pinelli L, Montandon A, Boschi A, Fais L. Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. Revista Odonto Ciência. 2005;20(47):69-74.
 19. OMS. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015.
 20. Barros C, Gomes A, Pinto E. Estado de saúde e estilos de vida dos idosos portugueses: o que mudou em 7 anos? Arquivos de Medicina. 2013;27(6):6.
 21. Araújo F, Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2007;25(2):59-66.
 22. Torres G, Reis L, Reis L, Fernandes M. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2009;58(1):6.
 23. Antunes S. Avaliação da Saúde Oral num grupo de idosos institucionalizados no Concelho de Vagos [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013.

24. Visschere LD, Janssens B, Reu GD, Duyck J, Vanobbergen J. An oral health survey of vulnerable older people in Belgium. *Clin Oral Invest.* 2016;20:1903–12.
25. Almeida A. *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares - Aspectos e contextos da Qualidade de Vida [Tese de Mestrado]*. Porto: Universidade do Porto; 2008.
26. Paulos CIF. *Gestão de instituições para idosos: qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Verlag Dashofer. 2010; p.14–15.
27. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saude Publica.* 2012;46(1):147–53.
28. Lini EV, Rodrigues Portella M, Doring M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(6):1004–14.
29. *Oral health in America: a report of the surgeon general*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
30. Matthews DC *et al.* Oral health status of long-term care residents—a vulnerable population. *J Can Dent Assoc.* 2012;78: p.3.
31. Ardenghi DM, Wyatt C. Exploring the views of relatives of frail elderly patients about participating in a geriatric dentistry program. *Spec Care Dentist.* 2017;20(10):1-7.
32. Miremadi SR *et al.* A pilot assessment tool of the need for oral health care and cost prediction in institutionalized elderly people. *International Journal of Dental Hygiene.* 2016;15(4):306-312.
33. Cornejo M, Pérez, G, de Lima KC, Casals-Pedro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal.* 2013;18(2):285–292.
34. González J, López F, Dorado C, Rodríguez N, Guirado J. Social demand for oral surgery in third age patients and its association with systemic pathologies. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010;1(15):875-9.
35. Dörfer C, Benz C, Aida J, Campard G. The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. *Int Dent J.* 2017;67:14–8.

36. De Angelis F *et al.* Influence of the oral status on cardiovascular diseases in an older Italian population. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2018; p.32.
37. WHO | Oral health. WHO [Internet]. 2017.
38. Palomares T, Montero Javier, Rosel E, Del-Castillo R, Rosales J. Oral health-related quality of life and masticatory function after conventional prosthetic treatment: A cohort follow-up study. *The Journal of Prosthetic Dentistry.* 2018;119(5):755-763.
39. Gil-Montoya JA, de Mello ALF, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: A non-systematic review. *Clinical Interventions in Aging.* 2015;10:461-7.
40. Ribeiro D, Pires I, Pereira M de L. Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2012;53(4):221-26.
41. Ordem dos Médicos Dentistas (2018). *Barómetro de Saúde Oral (Vol.4).*
42. Veiga N *et al.* Oral Health and Rehabilitation among the Institutionalized Elderly. *The European Journal of Social and Behavioural Sciences.* 2017;18:2353-60.
43. Glažar I *et al.* Salivary flow rate, oral yeast colonization and dental status in institutionalized and non-institutionalized elderly. *Acta Clin Croat.* 2016;55:390-395.
44. Preshaw PM *et al.* Association of removable partial denture use with oral and systemic health. *J Dent.* 2011; 39(11):711–9.
45. Adalgisa R, Schutz G. Institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerodontologia.* 2007;10(2):37–53.
46. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33:81–92.
47. Raval N, Johansson CS. Tooth loss in periodontally treated patients: a long-term study of periodontal disease and root caries. *J Clin Periodontol.* 2012;39(1):73–9.
48. Shigli K, Hebbal M. Assessment of changes in oral health-related quality of life among patients with complete denture before and 1

- month post-insertion using Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2010;27(3):167–73.
49. Razak PA *et al*. Geriatric oral health: a review article. *J Int oral Heal JIOH*. 2014;6(6):110–6.
 50. Liu B, Dion M, Jurasic M, Gibson G, Jones J. Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: prevalence and etiology. *Oral medicine*. 2012;114(1):52-50.
 51. Elmoula H, Khalifa N, Nasser M. Comparison between masticatory index and mixing index among complete denture wearers and associated factors: A multivariate analysis. *J Prosthet Dent*. 2017;20(1):35-42.
 52. López-Pintor RM *et al*. Xerostomia, Hyposalivation, and Salivary Flow in Diabetes Patients. *Journal of Diabetes Research*. 2016;(1):1-15.
 53. Meneghim M, Ambrosano G, Oliveira A, Garcia C. Analysis of the need for prosthesis use in non-institutionalized elderly, SUS users, using dental and normative social indicators. *J Contemp Dent Pract*. 2013;14(6):1169-72.
 54. Almeida Junior AP, Grden CRB, Lopes BG, Bordin D, Borges PKO. Edentulismo e fatores associados à necessidade de prótese superior e inferior entre idosos. *Revista De Saúde Pública Do Paraná*. 2017;18(2):105-113.
 55. Ali Z, Shahrbaaf S, Martin N, Irel, Vettore MV. Oral health-related quality of life after prosthodontics treatment for patients with partial edentulism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Proshtetic Dentistry*. 2018;10(3):1-13.
 56. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saúde Pública*. 2013;31(2):166-172.
 57. Leake JL. And index of chewing ability. *J Public Health Dent*. 1990;50(4):262-7.
 58. *Oral Health Surveys Basic Methods*. 2013.
 59. Kumar B, Naz A, Rashid H. A survey of Partial Edentulism Based on Kennedy's Classification in Maxillary Arches. *Pakistan journal of medicine and dentistry*. 2018;7(3):66-64.

60. Devishree RA, Sangeetha S, Jain AR. Prevalence of partial edentulism according to Kennedy's classification based on age, gender, and arch. *Drug Invention Today*. 2018;10(1):108-110.
61. Nevalainen MJ, Närhi TO, Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *J Oral Rehabil*. 1997;24(5):332–7.
62. Quintal C, Lourenço Ó, Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: Uma análise por género e classes latentes. *Rev Port Saude Publica*. 2012;30(1):35–46.
63. Triantos D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. *J Oral Pathol Med*. 2005;34(10):577–82.
64. Glazar I *et al*. Salivary flow rate, oral yeast colonization and dental status in institutionalized and non-institutionalized elderly. *Acta Clin Croat*. 2016;55(3):390–5.
65. Cunha J. Avaliação da Reabilitação Protética numa amostra de idosos institucionalizados [Tese de Mestrado]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2018.
66. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo PR de. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Direção-Geral da Saúde. 2015.
67. Cardoso C. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. 2008.
68. Brunello DL, Mandikos MN. Construction faults, age, gender and relative medical health: factors associated with complaints in complete denture patients. *J Prosthet Dent*. 1998;79:545-54.
69. Pedersen AML, Nauntofte B, Smidt D, Torpet LA. Oral mucosal lesions in older people: relation to salivary secretion, systemic diseases and medications. *Oral Diseases*. 2015;(21):721–729.
70. Loureiro JMVC. Estudo dos distúrbios temporomandibulares numa população idosa institucionalizada [Tese de Mestrado]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.
71. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Annual do Observatório Nacional da Diabetes. 2016;(8):67-81.

72. Direção Geral da Saúde (DGS). Saúde Oral das Pessoas Idosas. 2013;
73. Costa EHM da, Saintrain MV de L, Vieira APGF. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados TT - Self-perception of oral health condition of the institutionalized and non institutionalized elders. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(6):2925–30.
74. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional Para a Diabetes 2017. 2017; p.19.
75. Silva M *et al*. Prevalence of oral mucosal lesions among patients with diabetes mellitus types 1 and 2*, Evaluating All Potential Oral Complications of Diabetes Mellitus. *An Bras Dermatol*. 2015;90(1):49-53.
76. Tobias B, Smith DM. Dental screening of long stay geriatric patients in West Essex and recommendations for their care. *Swiss Dental Journal SSO*. 2015;125(4):417-426.
77. De Rossi SS, Slaughter YA. Oral changes in older patients:a clinician's guide. *Quintessence Int*. 2007;38:773–80.
78. Locker D. Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of an elderly institutionalized population. *Special Care in Dentistry*. 2003;23(3):86-93.
79. Siqueira AF, Almeida-Pititto B, Ferreira SRG. Doença cardiovascular no diabetes mellitus: análise dos fatores de risco clássicos e não-clássicos. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2007;51(2):257–67.
80. Gorska R *et al*. Correlation between the state of periodontal tissues and selected risk factors for periodontitis and myocardial infarction. *Adv Clin Exp Med*. 2017;26(3):505–14.
81. Kikutani T *et al*. Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. *Geriatr Gerontol Int*. 2013;13(1):50–4.
82. Dahl *et al*. Perceived oral health and its association with symptoms of psychological distress, oral status and socio-demographic characteristics among elderly in Norway. *BMC Oral Health*. 2018;18:93.
83. Bernabe E, Suominen AL, Nordblad A, Vehkalahti MM, Hausen H, Knuuttila M, *et al*. Education level and oral health in Finnish adults:

- evidence from different lifecourse models. *J Clin Periodontol*. 2011;38(1):25–32.
84. Pollitt RA, Rose KM, Kaufman JS. Evaluating the evidence for models of life course socioeconomic factors and cardiovascular outcomes: a systematic review. *BMC Public Health*. 2005;5:7.
85. Pearce MS, Steele JG, Mason J, Walls AW, Parker L. Do circumstances in early life contribute to tooth retention in middle age? *J Dent Res*. 2004;83(7):562–6.
86. Krustrup U, Holm-Pedersen P, Petersen PE, Lund R, Avlund K. The overtime effect of social position on dental caries experience in a group of old-aged Danes born in 1914. *J Public Health Dent*. 2008;68(1):46–52.
87. Marcenes W *et al*. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92:592-7.
88. Batista MJ, Lawrence HP, de Sousa ML. Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:165.
89. Lamy M, Mojon PH, Kalykakis G, Legrand R, Butz-Jorgensen E. Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *Journal of Dentistry*. 1999;27:443–448.
90. Hildebrandt *et al*. Comparison of the number and type of dental functional units in geriatric populations with diverse medical backgrounds. *The journal of prosthetic dentistry*. 1995: p.253-261.
91. McMillan AS, Wong MCM, Lo ECM, Allen PF. The impact of oral disease among the institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. *J Oral Rehabil*. 2003;30(1):46–54.
92. Zentofher A, Rammelsberg P, Cabrera T, Hassel A. Prosthetic Rehabilitation Prevents Malnutrition in Nursing Home Residents. *The International Journal of Prosthodontics*. 2015;28(2):198-200.
93. Furuta M *et al*. Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41:173-181.

94. Ferreira, Z. Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada [Tese de Mestrado]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. 2011.
95. Murariu A, Hanganu C. The relationship between denture-wearing and the Geriatric Oral Health Assessment Index in a group of institutionalised Romanian 65-74 year olds. *Oral Health Dent Manag.* 2011;10(2):64-69.
96. Meng X, Gilbert GH. Predictors of change in satisfaction with chewing ability: a 24-month study of dentate adults. *J Oral Rehabil.* 2007;34(10):745–758.
97. Van der Bilt A. Assessment of mastication with implications for oral rehabilitation: a review. *J Oral Rehabil.* 2011;38(10):754–780.
98. Elmoula H, Khalifa N, Nasser M. Comparison between masticatory index and mixing index among complete denture wearers and associated factors: A multivariate analysis. *J Prosthet Dent.* 2017;20(1):35-42.
99. Koshino H, Hirai T, Ishijima T, Ikeda Y. Tongue motor skills and masticatory performance in adult dentates, elderly dentates, and complete denture wearers. *J Prosthet Dent.* 1997;77:147-52.
100. Hamed NS. Factors influencing patient's satisfaction following complete denture treatment in Khartoum State [Tese de Mestrado]. Khartoum, Sudão: University of Khartoum. 2012.
101. Willy Baumgartner W, Schimmel M, Müller F. Oral health and dental care of elderly adults dependent on care. *Swiss Dental Journal SSO.* 2015;125(4):417-426.
102. Souza JGS, Souza SE, Sampaio AA, Silveira MF, Ferreira EF, Martins AMEBL. Autopercepção da necessidade de prótese dentária total entre idosos brasileiros desdentados. *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(11):3407-3415.
103. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SB Brasil 2003 – Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
104. Fenlon MR, Sherriff M. Investigation of new complete denture quality and patients' satisfaction with and use of dentures after two year. *J Dent.* 2004;32:327-33.

105. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand.* 2008;66:368–373.
106. Silveira EJD *et al.* Potentially malignant oral lesions: clinical and morphological analysis of 205 cases. *J Bras Patol Med Lab.* 2009;45:233-8.
107. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Self-perception of oral health in older adults from an urban population in Lisbon, Portugal. *Rev Saude Publica.* 2016;50(0):1–8.
108. Mozafari PM *et al.* Health Related Quality of Life in a Group of Geriatrics. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2015;9(11):52-55.
109. Rosli T, Mun CY, Kadir RA, Hamid TAA. Oral Status And Its Association With Oral Health-Related Quality Of Life In Community-Dwelling Older Adults. *Malaysian Journal of Public Health Medicine.* 2018;(1):107-114.
110. Yoshioka M *et al.* Relationship between subjective oral health status and lifestyle in elderly people: a cross-sectional study in Japan. *ISRN dentistry.* 2013.
111. Queiroz E. Oral health of institutionalized and non-institutionalized Elders. 2014;2(4):160–5.
112. Müller F, Schimmel M. Tooth loss and dental prostheses in the oldest old. *EGM.* 2010;1(4):239–43.
113. Glick M *et al.* Conduzir o Mundo a uma Ótima Saúde Oral FDI Visão 2020 – Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral. 2012.

CAPÍTULO VIII

ANEXOS

8. ANEXOS

Anexo 1: Consentimento informado



Consentimento esclarecido

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo que tem como parceiro estratégico o SalivaTec da Universidade Católica Portuguesa. A sua participação contribuirá para melhorar o conhecimento da saúde oral da população da região de Viseu e contribuir para o desenvolvimento de estudo de validação da saliva como fluido de diagnóstico.

A informação e as amostras de saliva recolhidas serão utilizadas na investigação dos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, e dos investigadores do laboratório SalivaTec.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não implicará qualquer encargo para si, não será feito nenhum tratamento nem será testado nenhum novo produto ou medicamento, apenas será feita observação e registo de dados e recolha de uma amostra de saliva.

Todos os dados recolhidos são estritamente confidenciais e serão exclusivamente utilizados pelos investigadores de forma anonimizada.

Obrigado pela colaboração.

-----CORTAR POR AQUI-----

Eu, _____ portador do Cartão de cidadão/Bilhete de Identidade _____, fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) e autorizo a utilização da informação, amostra de saliva e exame clínico, para análise deste trabalho de investigação.

Sei que em qualquer momento posso solicitar a destruição da amostra de saliva e/ou dados recolhidos.

Para qualquer esclarecimento adicional deve contactar o SalivaTec, Instituto de Ciências da Saúde-Viseu, Estrada da Circunvalação, 3504-505, Viseu. Telefone +351232419500 ou salivatec@viseu.ucp.pt

Viseu, _____ (dia) de _____ (mês) de _____ (ano).
Assinatura do dador: _____

Anexo 2: Questionário aplicado

Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)

Género

- Feminino
- Masculino

Nível de Escolaridade

- Básico (até ao 9º ano)
- Médio (até ao 12º ano)
- Licenciatura, Mestrado e/ou Doutoramento
- Outra
- Não respondeu

O grupo de questões que se segue pretende avaliar os seus hábitos tabágicos.

Fuma ou já fumou?

- Sim
- Não
- Ex-fumador

Se fuma/fumou:

- Com que idade começou a fumar?

Quantos cigarros fuma/fumava:

- Até 10
- Mais do que 10
- Não sabe

Se é ex-fumador há quantos anos deixou de fumar?

- Sabe _____
- Não sabe

O grupo de questões que se segue destina-se a recolher informação geral acerca da sua saúde

Tem hipertensão?

- Sim
- Não
- Não sabe

Problemas cardíacos:

- Angina
- Arritmias
- Insuficiência cardíaca
- Ataque cardíaco
- Outra
- Outra (não sabe)
- Não tem

Tem Diabetes?

- Tipo 1
- Tipo 2
- Não sabe (qual o tipo)
- Não sabe (se tem)
- Não tem

Tem alguma doença de sangue?

- Anemia
- Hemofilia
- Outra
- Outra (não sabe)
- Não tem

Doenças de fígado:

- Fígado gordo
- Hepatite B
- Outra
- Outra (não sabe)
- Não tem

Doenças de estômago:

- Gastrite
- Úlcera péptica
- Refluxo
- Outra
- Outra (não sabe)
- Não tem

Doenças renais:

- Pedras no rim
 - Quisto
 - Outra
 - Outra (não sabe)
 - Não tem
-

Outras doenças:

Epilepsia

Asma

Urticária

Sinusite

Acne

Outra

Não tem

Tem alergias?

Medicamentos

Dispositivos médicos

Alimentos

Picadas de insectos

Ácaros

Pólen

Outra

Não tem

Foi sujeito a algum tratamento de radioterapia ou quimioterapia?

Sim

Não

Se sim, há quanto tempo? (anos)

História Familiar - Existem doenças na família como?

- Doenças Cardíacas
- Diabetes
- Cancro
- Outra
- Outra (não sabe)
- Não tem
- Não sabe

O grupo de questões que se segue pretende recolher informações relevantes relativas à sua medicação.

Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade?

- Sim
- Não
- Não sabe

Se sim, refira-o:

Fez algum tipo de tratamento médico ou medicação nos últimos 30 dias?

- Sim
- Não

Se sim, refira-o:

- Procedimento cirúrgico
- Bifosfanatos
- Corticoesteróides
- Outra

Tomou algum antibiótico nos últimos 3 meses?

- Sim
- Não

Nos últimos 12 meses foi consultado por um médico?

- Sim
- Não

Se sim, em que especialidade(s)?

- Médico de consulta geral e familiar
- Especialidade

O grupo de questões que se segue pretende avaliar o seu nível de auto percepção relativamente à sua saúde oral (Questionário GOHAI).

Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca

O grupo de questões que se segue pretende avaliar os seus hábitos e comportamentos de higiene oral.

Costuma escovar os dentes diariamente?

- Sim
- Não

Costuma usar fio dentário?

- Não
- Sim, às vezes
- Sim, diariamente
- Não sei o que é o fio dentário.

Quando foi a última vez que visitou um dentista?

- Durante o ano passado
- Há 2 anos
- Há 5 anos
- Há mais de 5 anos
- Nunca

Sente que a sua boca esta "seca"?

- Sim
- Não

Sente alteração no paladar?

- Sim
- Não

As próximas questões que se seguem relacionam-se com o uso de prótese. Estas deverão ser respondidas com a ajuda de um médico dentista.

Utiliza prótese?

- Sim
- Não

Que prótese utiliza?

- Superior
- Inferior
- Ambas

A que tipo de classificação de Kennedy corresponde a prótese que utiliza?

- Classe I
- Classe II
- Classe III
- Classe IV

Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
_____ Superior	_____ Superior	_____ Superior	_____ Superior
_____ Inferior	_____ Inferior	_____ Inferior	_____ Inferior

Que tipo de prótese utiliza?

- Total
- Parcial acrílica
- Parcial esquelética
- Fixa

Quando utiliza prótese?

- Sempre
- Às vezes
- Só durante as refeições
- Nunca

Como faz a higienização da sua prótese?

- Só com água
 - Com água e escova
 - Pastilhas de limpeza
 - Produto dentário (qual?)
-

Quantas vezes por dia é feita essa higienização?

Costuma retirar a prótese para dormir?

- Sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

Há quanto tempo utiliza uma prótese dentária? (anos)

Há quanto tempo tem a atual prótese dentária? (anos)

Qual a frequência de consultas de manutenção protética?

- 3 em 3 meses
- 6 em 6 meses
- 1 vez por ano
- Nenhuma das hipóteses

Índice CPO

- C:
- P:
- O:

Necessidade de tratamento médico-dentário?

- Sim
- Não

Necessidade de reabilitação protética?

- Sim
- Não

Anexo III – Formulário para recolha de dados protéticos e Independência Alimentar

Como classifica a estabilidade e retenção da sua prótese?

- Boa (1)
- Satisfatória (2)
- Insatisfatória (3)

Índice de Leake

	Não consigo (1)	Consigo com dificuldade (2)	Consigo sem dificuldade (3)
Legumes cozidos (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carnes (bife/costeleta) (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cenoura crua (inteira) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salada crua (alface, pepino, tomate) (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maçã inteira com casca (sem cortar) (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Presença de vestígios alimentares na prótese?

- Sim (1)
- Não (2)

Presença de lesões orais provocadas ou não por prótese?

Descrição (1) _____

Estomatite Protética (2)

Epulide Fissurada (3)

Queilite Angular (4)

Úlcera Traumática (5)

Alergia de Contacto (6)

Necessidade de reabilitação protética?

- **Sim** (pacientes desdentados)
- **Não** (paciente com prótese e esta está em condições adequadas)
- **Substituição da prótese atual** (prótese sem retenção, estabilidade, estética e função inadequadas ou com necessidade de rebasamento/conserto)