



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE ORAL APLICADOS POR
CUIDADORES INSTITUCIONAIS

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

Por:

Kaoane Aparecida Gonzaga Pedro

Viseu, 2023



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE ORAL APLICADOS POR
CUIDADORES INSTITUCIONAIS

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

Por:

Kaoane Aparecida Gonzaga Pedro

Orientador: Professor Doutor Nélio Veiga

Coorientadoras: Professora Doutora Patrícia Couto

Professora Doutora Maria José Correia

Viseu, 2023

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Professora Doutora Vanessa Silva

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

Arguente: Professora Doutora Odete Amaral

Professora Auxiliar, Escola Superior de Saúde de Viseu

Orientador: Professor Doutor Nélio Veiga

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

Data das provas públicas: 26 / 07 / 2023

Classificação: 16,0

"A lagarta disse que iria voar. Todos riram dela, menos as borboletas.
Caminha com quem acredita em ti!"

- Desconhecido

Dedicatória

Em memória dos meus Avôs, desejo que este trabalho seja uma pequena contribuição entre tantas outras que são necessárias para implementar melhorias significativas na prevenção em saúde oral. Que essa dissertação seja como uma gota no oceano, alimentando a busca por um acesso mais amplo a informações e tratamentos de qualidade, para que todos os avôs de nossa sociedade possam desfrutar de uma saúde oral mais adequada. Que essa causa inspire ações contínuas em prol de uma maior consciência e cuidados, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida a todos.

Agradecimentos

Ao meu orientador, o Professor Doutor Nélio Veiga, pela orientação, paciência e conhecimento partilhado ao longo deste processo. A sua orientação foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho, e sou imensamente grata pela sua dedicação e confiança na minha capacidade.

Às minhas coorientadoras, Professora Doutora Patrícia Couto e Professora Doutora Maria José Correia, pela disponibilidade e apoio ao longo da realização desta monografia. Sou imensamente grata por ter contado com a vossa orientação ao longo deste percurso académico.

Agradeço também aos professores e colegas do MIMD pela troca de conhecimentos e aos funcionários da Clínica Dentária Universitária e pré-clínico pelo ambiente colaborativo que proporcionaram ao longo desta jornada académica.

À minha família: os meus pais Cláudio e Sandra e o meu irmão Katriel, pelo apoio incondicional, encorajamento e compreensão ao longo deste percurso. O vosso amor e suporte foram fundamentais para a minha motivação e determinação em alcançar este objetivo.

Ao Pedro, o meu amigo de todas as horas. Nenhuma palavra neste mundo será o suficiente para te agradecer por nunca me deixares desistir e por acreditares em mim mais do que eu mesma.

Ao Ruben: pelo apoio incondicional e constante, por me ajudar a superar todos os momentos difíceis e celebrar as pequenas vitórias. À Mel: obrigado por trazeres leveza e por seres uma presença constante na minha jornada académica. À Lili e à Matilde: obrigada por partilharem os vossos conhecimentos e recursos, e por sempre estarem dispostas a ajudar. Obrigada por todo companheirismo, partilha e amizade. Obrigada por acreditarem em mim e por me incentivarem a dar o meu melhor.

Às minha amigas Marla e Mónica, que contribuíram para o sucesso desta dissertação. Sem o vosso apoio e impulso nesta reta final, esta conquista não seria possível.

Por fim, gostaria de expressar a minha gratidão a todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a minha formação académica e pessoal. O meu agradecimento estende-se também a todos aqueles que, indiretamente, disponibilizaram recursos, artigos e informações relevantes para o desenvolvimento desta dissertação.

Resumo

Introdução: Compreender e abordar as crenças individuais dos idosos é crucial para melhorar a sua saúde oral e qualidade de vida. A *Dental Coping Beliefs Scale* (DCBS) é uma ferramenta importante para avaliar as crenças e atitudes dos cuidadores relativamente a saúde oral dos seus utentes. Ao utilizar a DCBS, os profissionais de saúde podem adaptar a sua atuação e estratégias de apoio de forma a promover a adesão aos cuidados de saúde oral entre os idosos, de modo a fortalecer as crenças positivas e superar as barreiras que possam surgir.

Materiais e Métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal sobre a forma de questionário aplicando o *Dental Coping Beliefs Scale*, numa população composta por 44 cuidadores institucionais. Este estudo contemplou duas instituições que colaboram com a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (FMD UCP), que fazem parte da Santa Casa da Misericórdia de Viseu. Foi realizada sobre a forma de entrevista individual, sendo garantida a confidencialidade de todos os participantes. Foi realizado o processo de tradução para língua portuguesa da escala e determinação da sua consistência interna através do coeficiente de alfa de Cronbach.

Resultados: Os resultados obtidos mostraram que a maioria dos participantes era do sexo feminino (97,72%), residia em aldeias (56,82%) e tinha (%) como habilitações literárias apenas o ensino básico. 59,09% dos participantes possuíam mais de 10 anos de experiência de trabalho como cuidadores e formação na área da saúde. Embora não específica em cuidados de saúde oral, 90,91% reconheceram a importância da mesma para o exercício da sua profissão. Apesar de crenças distintas e variadas relativamente a saúde oral, a maioria enfatizou a importância da prevenção de patologias orais e da visita regular ao médico dentista. Na verificação da consistência interna da escala traduzida para a língua portuguesa, o alfa de Cronbach para os 28 itens foi de 0,510, ou seja, o instrumento apresentou uma moderada confiabilidade interna.

Conclusão: Uma higiene oral adequada é crucial para a saúde de idosos institucionalizados. Os cuidadores desempenham um papel essencial, mas existem lacunas nos cuidados prestados. É necessário investir na formação de cuidadores, promover a comunicação com a equipa de saúde e adaptar os cuidados às necessidades individuais.

Palavras-chave: Idoso, higiene oral, cuidador, idoso institucionalizado

Abstract: Introduction: Understanding and addressing the individual beliefs of the elderly is crucial for improving their oral health and quality of life. The Dental Coping Beliefs Scale (DCBS) is an important tool for assessing caregivers' beliefs and attitudes regarding the oral health of their patients. By using the DCBS, healthcare professionals can tailor their approaches and support strategies to promote adherence to oral care among the elderly, aiming to strengthen positive beliefs and overcome potential barriers.

Materials and Methods: A cross-sectional observational study was conducted using a questionnaire applying the Dental Coping Beliefs Scale (DCBS) in a final population of 44 institutional caregivers. This study included two institutions collaborating with FMD UCP, which are part of the Santa Casa da Misericórdia de Viseu. Individual interviews were conducted, ensuring the confidentiality of all participants. The process of translating the scale into Portuguese was carried out and its internal consistency was determined using Cronbach's alpha coefficient.

Results: The obtained results showed that most participants were female (97.72%), resided in villages (56.82%), had only basic education, had over 10 years of work experience and training in the healthcare field, although not specifically in oral healthcare, despite recognizing its importance for their profession. Despite varied beliefs regarding oral health, the majority emphasized the importance of prevention and regular dental visits. In checking the internal consistency of the scale translated into Portuguese, Cronbach's alpha for the 28 items was 0.510, that is, the instrument showed moderate internal reliability.

Conclusion: This study concludes that proper oral hygiene is crucial for the health of institutionalized elderly individuals. Caregivers play an essential role, but there are gaps in the care provided. It is necessary to invest in caregiver training, promote communication with the healthcare team, and adapt care to individual needs.

Keywords: Elderly, oral hygiene habits, caregiver, institutionalized elderly.

Abreviaturas

VSC: Lar Viscondessa de São Caetano

Acrónimos e Siglas

DCBS: Dental Coping Beliefs Scale

OMD: Ordem dos Médicos Dentistas

OMS: Organização Mundial de Saúde

ADA: American Dental Association

INE: Instituto Nacional de Estatística

SNS: Sistema Nacional de Saúde

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences®

FMD UCP: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

Índice

1. Introdução	1
1.1 Os cuidados de saúde oral.....	2
1.2 O envelhecer e a 3ª idade em Portugal.....	3
1.3 Instituições Residenciais Sénior em Portugal	4
1.4 Os cuidados de saúde oral em idade geriátrica	5
1.5 Os cuidados de saúde oral do Idoso Institucionalizado em Portugal e o papel do Cuidador na sua higiene oral	6
1.6 A higiene oral de residentes dependentes	8
1.7 O fornecimento de produtos de higiene oral adequados.....	9
1.8 A escala “ <i>Dental Coping Belief Scale</i> ” e a sua importância na avaliação da percepção dos cuidados de saúde oral prestados aos idosos.....	10
1.9 Estratégias de literacia em saúde oral aplicáveis no idoso e seus cuidadores	11
1.10 Objetivos deste estudo	11
2. Materiais e Métodos	13
2.1. Tipo de estudo	14
2.2. O questionário.....	14
2.3. Variáveis estudadas.....	15
2.4. População	16
2.5. Instrumentos de recolha de dados:.....	16
3. Resultados	21

3.1. Género e média de idade.....	22
3.2. Área de residência:	22
3.3. Habilitações literárias	23
3.4. Qual a instituição para que trabalha?.....	23
3.5. Há quanto tempo trabalha como cuidador(a) institucional?	24
3.6. Possui alguma formação específica na área da saúde? E qual apresentava?	25
3.7. Possui alguma formação específica em cuidados de saúde oral?	26
3.8. Acha que a formação na área da saúde oral é importante no exercício da sua profissão?	26
3.9. Selecione os métodos de higiene oral aplicado aos seus utentes.	27
3.10. “Dental Coping Beliefs Scale”	28
4. Discussão.....	35
5. Conclusão	47
6. Bibliografia	51
7. Anexos	59
7.1. Consentimento Informado.....	60
7.2. Questionário perceção cuidados prestados aos idosos pelos cuidadores institucionais, <i>Dental Coping Belief Scale</i>	62

Índice de Figuras

Figura 1: Percentagem obtidas relativamente ao género de cada participante.	22
Figura 2: Percentagem obtida relativamente a área de residência	23
Figura 3: Habilitações literárias	23
Figura 4: Quantidade de recolhas realizadas em cada instituição	24
Figura 5: Tempo de trabalho como cuidador institucional de cada participante.	24
Figura 6: Avaliação de formação de cuidados de saúde oral	26
Figura 7: Importância de uma formação na área da saúde oral	26

Índice de Tabelas

Tabela 1: Métodos de higiene utilizados	28
---	----

1. Introdução

1.1 Os cuidados de saúde oral

Os cuidados de saúde oral são comportamentos e rotinas que devemos seguir para manter uma boa saúde oral (1).

Para minimizar o risco de cárie dentária e doença periodontal, é importante praticar bons cuidados higiene oral em casa. Segundo a American Dental Association (ADA), uma pessoa que visita o médico dentista duas vezes ao ano passa, em média, duas horas numa consulta médico-dentária de rotina. Estima-se que a mesma pessoa gaste cerca de 30 horas por ano a realizar a escovagem e utilizando o fio dentário todos os dias (2). Dada a quantidade de tempo que deve ser gasto na higiene oral diária, é importante entender as evidências científicas que sustentam as recomendações de higiene oral domiciliar para cada pacientes (2).

Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e a ADA, os cuidados gerais de higiene oral para uma boa saúde oral são:

- Escovar os dentes duas vezes ao dia: Escovar os dentes duas vezes ao dia com pasta fluoretada é um dos cuidados de saúde oral mais importantes. Ajuda a remover mecanicamente a placa bacteriana e as partículas de alimentos que servem de substrato para as bactérias podendo causar cáries e doenças nas gengivas (2,3).
- Uso diário do fio dentário: O uso do fio dentário ajuda a remover a placa bacteriana e as partículas de alimentos entre os dentes e ao longo da linha da gengiva, onde as cerdas da escova não conseguem alcançar (2,3).
- Uso de colutório: O colutório pode ajudar a matar as bactérias causadoras de cárie e refrescar o hálito. É importante escolher um antisséptico que não contenha álcool, pois o mesmo pode ressecar e irritar a boca (2,3).
- Adotar uma dieta saudável (não cariogénica): uma dieta rica em frutas, vegetais e grãos integrais pode ajudar a promover uma boa saúde oral. Alimentos ricos em açúcar e hidratos de carbono podem contribuir para a cárie dentária e doenças gengivais (2,3).
- Limitar bebidas açucaradas e ácidas: O consumo de bebidas açucaradas e ácidas, como refrigerantes, bebidas desportivas e sucos de frutas,

podem ser prejudiciais aos dentes. É importante limitar o consumo deste tipo de bebidas e enxaguar a boca com água após a sua ingestão (2,3).

- Consultar o seu Médico Dentista a cada seis meses: As consultas de rotina são uma parte importante da higiene oral, permitindo identificar e tratar problemas dentários antes que se tornem mais sérios (2,3).

1.2 O envelhecer e a 3ª idade em Portugal

O envelhecimento é um processo natural e progressivo pelo qual todos os organismos passam ao longo do tempo. Refere-se às mudanças físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem no corpo e na mente à medida que uma pessoa ou organismo envelhece (4). A Organização Mundial da Saúde (OMS), classifica como terceira idade, a fase de vida de um ser humano, quando este ultrapassa os 65 anos de idade.(5).

A geriatria é a especialidade médica que se dedica ao cuidado de pessoas idosas.(6) Esta especialidade centra-se no diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e condições médicas que afetam a população idosa. O objetivo principal da geriatria é promover o envelhecimento saudável e melhorar a qualidade de vida dos idosos, sendo que os especialistas são treinados para desempenharem um cuidado abrangente e holístico nos idosos, focando-se nos aspetos médicos, físicos, mentais, sociais e funcionais da saúde (7). Os especialistas estão familiarizados com as condições médicas comuns que afetam os idosos, como doenças crónicas, demência, fragilidade, quedas e polimedicação (uso de múltiplos medicamentos), o que envolve uma abordagem multidisciplinar, com colaboração entre médicos geriatras, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros profissionais de saúde (8). Essa abordagem promove cuidados coordenados e personalizados para atender às necessidades específicas dos idosos. O envelhecimento é um fator de risco para variadas doenças. Assim sendo, a geriatria para além do tratamento das mesmas também se preocupa com a prevenção de complicações e a promoção do bem-estar na terceira idade (7). Os geriatras trabalham na promoção de estilos de vida saudáveis, na prevenção de quedas, na otimização da função cognitiva e na gestão dos cuidados de longo prazo (9).

Nos seres humanos, o envelhecimento geralmente é acompanhado por um enfraquecimento gradual das funções biológicas, nomeadamente a diminuição da força muscular, perda de flexibilidade, diminuição da acuidade sensorial e diminuição das habilidades cognitivas (10). Essas mudanças provocam um aumento da suscetibilidade a doenças, lesões e incapacidades. É importante salientar que o envelhecimento é um processo altamente individual e pode variar muito de pessoa para pessoa. Fatores genéticos, estilos de vida, exposição a fatores ambientais, histórico de saúde e outros fatores têm um impacto significativo no envelhecimento de cada indivíduo (11).

Envelhecer, faz parte do curso natural da vida do ser humano, e por este motivo, não significa necessariamente que se fica doente. Entretanto devemos ter em consideração que as limitações provenientes do envelhecimento são inevitáveis, ao mesmo tempo que nos desapegamos dos mitos relacionados ao mesmo (12). Os avanços na Medicina, nos cuidados de saúde e nas condições sociais têm contribuído para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

Segundo os dados do INE, em 2021, a população geriátrica em Portugal representava 20% da população, ou seja, havia 184 idosos por cada 100 habitantes jovens (13), o que permite prever que em 2080 haverá aproximadamente 317 idosos por cada 100 jovens. Esta previsão faz com que se deve apostar mais em medidas de prevenção em saúde oral. Por isso, a geração jovem atual deverá saber como prevenir, tratar ou controlar comorbidades que irão acometer esta população extremamente densa (14).

1.3 Instituições Residenciais Sénior em Portugal

As residências seniores em Portugal podem ser classificadas como públicas, semipúblicas e privadas. Existe uma grande diferença entre as mesmas, sejam estas relacionadas aos preços, financiamento e infelizmente, até na qualidade dos serviços prestados (15).

As residências públicas, por norma, são financiadas pelo Estado, através do SNS e acolhem idosos com menos rendimentos, de classe menos favorecida, sem recursos para aceder aos serviços privados (16). O setor público, por norma, fornece cuidados básicos de saúde, higiene pessoal e alimentação, e para além

disso poderá conter uma lista de espera devido à grande procura, uma vez que o valor pago por norma é baixo ou até mesmo gratuito consoante a capacidade financeira do utente (16).

As residências privadas, por outro lado, são administradas por empresas privadas e visam principalmente pessoas idosas que têm poder financeiro suficiente para pagar por serviços de alta qualidade. Normalmente, oferecem uma gama mais ampla de serviços, incluindo atividades recreativas, acomodações mais espaçosas e luxuosas, serviços de limpeza e lavanderia e assistência médica e de enfermagem. Os preços para residentes podem ser significativamente mais altos do que os da habitação pública (17).

Outra diferença importante entre a habitação sénior pública e privada em Portugal é a seleção e gestão dos residentes e respetivas famílias. Em lares de idosos privados, os residentes e suas famílias geralmente têm mais liberdade e autonomia na escolha dos serviços que desejam e como são prestados, enquanto os lares de idosos públicos podem ter escolhas mais limitadas (18).

Em suma, as residências públicas em Portugal prestam serviços básicos como cuidados pessoais e assistência médica a pessoas com recursos limitados. Já no setor privado, por outro lado, é para aqueles que podem pagar por uma gama mais ampla de serviços melhor qualidade. A diferença entre as duas opções é significativa em termos de financiamento, qualidade do serviço prestado, preço e controle sobre a seleção do serviço (19).

1.4 Os cuidados de saúde oral em idade geriátrica

A diminuição da capacidade motora dificulta a higiene oral e quando associadas a alterações do metabolismo e da cavidade oral, dificultam a manutenção das peças dentárias naturais diminuindo a qualidade de vida do idoso (20). Ainda nos dias de hoje, está enraizado na cultura portuguesa a crença de que o edentulismo é uma característica típica do envelhecer, quando na realidade, apenas não temos implementado as medidas de prevenção necessárias para o evitar (21).

A utilização de prótese dentária, por exemplo, não implica uma isenção na higiene oral, e, portanto, para a manutenção da saúde oral no idoso, deve-se utilizar produtos e métodos diferentes dos convencionais. É essencial o

descanso protético noturno para a obtenção de melhores resultados aquando dos processos de higiene e não se devem negligenciar os dentes naturais que estejam presentes, que devem ser sempre higienizados com dentífrico fluoretado (22).

Os idosos muitas vezes lutam para manter bons cuidados de saúde oral devido a vários fatores, como limitações físicas, comprometimento cognitivo e acesso inadequado aos serviços dentários (23). A falta de higiene oral pode levar a vários problemas de saúde, sendo que as mais comuns são:

Cárie dentária não tratada: estima-se que 1 a cada 5 idosos, tenham uma cárie dentária não tratada (24);

Doença gengival: estima-se que 2 em cada 3 idosos tenham gengivite ou doença periodontal (25);

Perda dentária: estima-se que 1 a cada 5 idosos já tenha perdido elementos dentários, sendo esta mais prevalente em idosos acima dos 75 anos em comparação a idosos entre os 65 e os 74 anos de idade (24).

Cancro oral: são diagnosticados maioritariamente no género masculino, em adultos e idosos. É o sexto mais comum em Portugal, sendo que a população portuguesa apresenta elevados fatores de risco como o consumo de álcool e tabaco (26).

Doenças crónicas: idosos com diabetes, artrite, doença cardíaca e DPOC têm uma maior pré-disponibilidade para doença periodontal (27). Uma grande parte destes pacientes estão polimedicados, tanto com medicação prescrita como medicação “*over the counter*” que podem causar xerostomia que reduz o fluxo salivar e pode provocar cáries (28).

1.5 Os cuidados de saúde oral do Idoso Institucionalizado em Portugal e o papel do Cuidador na sua higiene oral

Grande parte da população idosa em Portugal encontra-se institucionalizada e têm como principais responsáveis os seus cuidadores (29). Existe, já identificada, uma grande falha nos cuidados de saúde oral dentro de uma grande maioria das instituições, sejam estas provocadas por falta de cuidadores, falta de tempo e treinamento especializado em saúde oral ou a falta de médicos dentistas e higienistas no organograma das mesmas, existindo uma

grande necessidade de investir na formação dos cuidadores, na motivação dos idosos para a sua própria saúde oral e também existirem protocolos mais simplificados de métodos de higienização para que assim exista uma maior facilidade de acompanhar os cuidados de saúde oral do idoso institucionalizado (30).

Para promover bons cuidados de saúde oral em idosos institucionalizados, é essencial proporcionar-lhes um suporte adequado (31). Os membros da equipa devem lembrar regularmente os residentes sobre a importância de escovar os dentes duas vezes ao dia e usar fio dentário diariamente. Além disso, os membros da “equipa” devem ajudar os residentes que têm dificuldade em realizar essas tarefas devido a limitações físicas ou cognitivas (23).

As consultas médico-dentárias de rotina são fundamentais para manter uma boa higiene oral dos idosos institucionalizados, pois assim, é possível identificar os sinais e sintomas das doenças orais precocemente (32). Os membros da equipa devem garantir que os residentes recebam *check ups* de medicina dentária de rotina e terapia periodontal básica pelo menos uma vez a cada seis meses. Isso ajudará a evitar que a doença periodontal e outros problemas de saúde oral se desenvolvam ou piorem com o tempo. No geral, promover bons cuidados de saúde oral em idosos institucionalizados requer um esforço colaborativo entre profissionais de saúde, funcionários e familiares para garantir resultados de saúde ideais para essa população vulnerável (29).

Promover saúde, prevenir doenças e aderir a estilos de vida saudáveis está, cada vez mais, ligado à polivalência da acessibilidade, sustentabilidade e qualidade dos serviços da saúde (33,34).

É essencial investir significativamente na prevenção e na literacia em saúde, e na proteção do idoso que não está doente, bem como conferir ferramentas que aumentem a capacidade de uma resposta mais eficaz por parte do sistema de saúde e também mais adequada às necessidades e expectativas dos cidadãos, para a renovação, reestruturação e ao mesmo tempo redução das desigualdades através da promoção da acessibilidade, proximidade, igualdade e acesso universal aos cuidados de saúde (35). Para garantir o acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos, este não deve depender de qualquer fator geográfico, de literacia, económico, tecnológico ou social. Melhorar a sustentabilidade e qualidade do sistema de saúde está relacionado com a

necessidade de fortalecer a capacidade de saúde pública, dotar os serviços e os seus especialistas aos diferentes níveis (nacional, regional e local) de ferramentas técnicas, tecnológicas, equipamentos e um sistema de informação adequado (34,36).

O envelhecimento populacional representa um grande desafio para a sociedade atual, pois, o objetivo é aumentar a expectativa de vida e manter uma qualidade de vida satisfatória. A mesma situação enfrenta pessoas com deficiência que precisam de cuidados especiais, particularmente a nível da sua saúde oral (36).

Os cuidadores institucionais têm a responsabilidade primária de cuidar de pessoas idosas a nível institucional e domiciliar. Todos os aspetos relacionados com a saúde e a qualidade de vida dos idosos são da responsabilidade dos cuidadores, que devem possuir competências e conhecimentos adequados para efetuar estes cuidados aos vários níveis. A assistência dentária ao idoso tem se tornado cada vez mais importante e relevante para sua qualidade de vida. Portanto, é fundamental importância que a atualização dos saberes e saberes dos cuidadores esteja na pauta das entidades contratantes (37).

A articulação entre envelhecimento e deficiências mentais e físicas, aumentam a necessidade de *know-how* por parte dos cuidadores, especialmente se trabalham com utentes institucionalizados. Portanto, é importa avaliar os conhecimentos e habilidades dos cuidadores na prestação de cuidados de saúde oral a doentes dependentes. Só assim é possível criar orientações e definir estratégias de educação dos enfermeiros para a literacia em saúde oral (32).

1.6 A higiene oral de residentes dependentes

A higiene oral pode ser um grande desafio para pacientes acamados e dependentes de insulina. Isso ocorre porque muitos pacientes têm mobilidade limitada e requerem cuidados especiais para prevenir problemas dentários (38).

Uma higiene oral inadequada pode levar a uma variedade de problemas, incluindo cárie dentária, gengivite, doença gengival e acumulação de placa bacteriana que causa mau hálito (39). Além disso, problemas dentários em pacientes insulino-dependentes podem comprometer o controle glicémico, o que pode levar a complicações de saúde mais graves (39).

Os cuidadores precisam de estar cientes desses desafios e tomar medidas para garantir que os pacientes acamados e insulino-dependentes recebam higiene oral adequada. Isso inclui o uso de escova de dentes macia, dentífrico com flúor, colutório, fio dentário e muito cuidado para não arranhar a boca e os lábios (31).

Para pacientes que não conseguem escovar os dentes sozinhos, os cuidadores podem usar uma escova elétrica para facilitar o processo (40). Podem também usar compressas húmidas para remover a placa e outros detritos da mucosa oral e dos dentes.

Além disso, é importante que os cuidadores prestem atenção aos hábitos alimentares dos utentes e garantam uma alimentação saudável e com baixo teor de açúcar (não cariogénica) que ajude a prevenir problemas dentários (41).

Em resumo, pacientes acamados e dependentes de insulina requerem cuidados especiais para manter uma boa higiene oral (42)

1.7 O fornecimento de produtos de higiene oral adequados

Como referido inicialmente, existe uma diferenciação nos serviços prestados pelas instituições e esta verifica-se especialmente na área da saúde oral. No sector público, por exemplo, os produtos de higiene oral podem ser fornecidos pelos familiares, o que pode ser problemático, devido ao facto de que nem todas as famílias sabem quais produtos de higiene oral são adequados para ou como usá-los adequadamente (43). Além disso, muitas vezes as famílias podem não ter condições de fornecer produtos de higiene oral de qualidade e adequados; isso pode levar à escolha de produtos de baixa qualidade que podem não ser eficazes na prevenção de problemas dentários ou até ajustados aos idosos (44). Em outros casos, as famílias podem simplesmente esquecer de fornecer os produtos de necessários, resultando em má ou nenhuma higiene oral. Consequentemente, há um aumento do risco de infeções orais e poderá levar a problemas de saúde mais graves (45).

Em suma, em instalações de cuidados para idosos, é importante ter diretrizes claras para o fornecimento de produtos de higiene oral para garantir a higienização adequada dos residentes (46).

1.8 A escala “*Dental Coping Belief Scale*” e a sua importância na avaliação da percepção dos cuidados de saúde oral prestados aos idosos

As escalas de avaliação são ferramentas úteis para medir e quantificar características, atitudes, crenças ou comportamentos em uma determinada área, neste caso na área da Medicina Dentária (47). Elas são projetadas para fornecer uma medida objetiva e padronizada de uma crença específica, permitindo a comparação e a análise de dados quantitativos (48).

No contexto da saúde oral, as escalas podem ser desenvolvidas para avaliar as crenças de enfrentamento relacionadas a situações dentárias, de higiene oral e saúde pública (49). Essas crenças podem estar relacionadas a fatores culturais, educativos e sociais, mas também a sentimentos de ansiedade, medo, confiança, controle, otimismo ou pessimismo relativamente aos procedimentos dentários (50).

As escalas geralmente são desenvolvidas com base em teorias psicológicas relevantes e passam por um processo de validação para garantir que sejam confiáveis e precisas (51).

Os participantes respondem a questionários nos quais são solicitados a expressar os seus níveis de concordância, frequência ou intensidade em relação a determinadas afirmações ou itens (52).

A escala pode fornecer informações importantes para profissionais de saúde oral, pesquisadores e clínicos, permitindo uma compreensão mais aprofundada das crenças de enfrentamento dos cuidadores e irá auxiliar no desenvolvimento de intervenções ou estratégias personalizadas para a inserção de melhores rotinas de higiene oral, nas instituições com as quais estamos a colaborar (53).

A escala *Dental Coping Belief Scale* foi desenvolvida a pensar na realidade da população idosa institucionalizada (54). Baseia-se no princípio da fonte de recolha de dados da população primária (os cuidadores) e tem como vantagens a sua simplicidade, baixo custo, rapidez, objetividade na recolha de dados, e adequação para descrever as características de uma população e para detetar grupos mais vulneráveis (55).

Esta ferramenta, por se tratar de um método de estudo transversal, facilita a classificação da população estudada (56), neste caso, os cuidadores

institucionais e permite-nos ter uma percepção mais adequada do nível de literacia em saúde oral dos mesmos, cuidados de saúde oral já prestados no dia-a-dia e também crenças relacionadas a saúde oral.

1.9 Estratégias de literacia em saúde oral aplicáveis no idoso e seus cuidadores

Através da utilização da escala aplicada, podemos criar estratégias de novos cuidados de saúde oral personalizados para cada instituição com base nos resultados obtidos, uma vez que esta nos permite perceber as necessidades de cada uma (57).

Cada instituição tem a sua rotina e método de funcionamento com base no seu organograma, número de leitos que possui, quantidade de acamados e número de cuidadores e restantes funcionários (58).

A rotina de higiene oral dos utentes deve ser adaptada a realidade e dimensão de cada instituição para facilitar não apenas o trabalho dos cuidadores, mas também para que estas sejam efetivas para todos os idosos, quer este necessite de mais apoio aquando da sua higienização ou não (59).

A falta de profissionais de saúde como médicos dentistas e higienistas orais nos lares, assim como a falta de formação em saúde oral, dificulta a criação de cuidados rotineiros sólidos, o que faz com que muitas vezes os cuidados de saúde oral sejam desatendidos ou até mesmo ignorados (60).

1.10 Objetivos deste estudo

Os objetivos deste estudo consistem em proporcionar resultados que auxiliem na formação de futuras linhas de investigação e literacia em saúde a serem aplicadas à comunidade, mais especificamente, junto das instituições da Santa Casa da Misericórdia, sendo este, desenvolvido em três fases distintas e ao longo de três anos.

Nesta primeira fase, o presente estudo apresenta os seguintes objetivos:

- Avaliação dos cuidados de saúde oral aplicados aos utentes institucionalizados e que se encontram ao cuidado dos participantes do estudo.

- Avaliação da percepção da saúde oral dos utentes institucionalizados, por parte dos cuidadores, através da aplicação do *Dental Coping Beliefs Scale*.
- Tradução para língua portuguesa do *Dental Coping Beliefs Scale* e consequente avaliação da consistência interna através do cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach.

2. Materiais e Métodos

2.1. Tipo de estudo

Realizou-se um estudo observacional transversal (55), numa amostra 44 de cuidadores institucionais, e contemplou duas instituições que colaboram com a FMD UCP: o Lar Viscondessa de São Caetano e o Centro Social Paroquial de Rio de Loba

Foi realizado um questionário onde estava inserida a escala *Dental Coping Beliefs Scale* através da plataforma *Qualtrics*. Foi garantida a participação de todas as pessoas relacionadas acima, que se disponibilizaram a integrar o estudo e obtendo assim o seu consentimento informado assinado.

Foram critérios de exclusão: não aceitar à participação, trabalhar exclusivamente em período noturno, estar de férias aquando da recolha de dados ou não ter capacidade de entender as perguntas que foram realizadas.

Como já referido, este estudo consiste em três fases. Na primeira fase, um questionário será aplicado para avaliar os cuidados de saúde oral prestados aos utentes institucionalizados pelos cuidadores, bem como a perceção da saúde oral desses utentes. Nessa fase, também será realizado o processo de validação do *Dental Coping Beliefs Scale* (61) para a população portuguesa. Na segunda fase, serão realizadas formações sobre literacia em saúde oral para os cuidadores participantes, com foco nos cuidados de saúde oral dos utentes institucionalizados. Na terceira fase, será aplicado um novo questionário para avaliar os cuidados de saúde oral prestados pelos cuidadores e a perceção da saúde oral dos utentes, utilizando novamente a escala *Dental Coping Beliefs Scale* (61). Essa segunda avaliação permitirá analisar o impacto das intervenções realizadas e se houve mudanças nos comportamentos e conhecimentos dos cuidadores em relação à literacia em saúde oral.

Portanto, o foco principal desta etapa, é a recolha primária de dados através da aplicação da escala.

2.2. O questionário

O questionário apresenta questões de respostas curtas, abertas e fechadas, referente a classificação demográfica da população estudada: os cuidadores institucionais quanto ao género, idade, nível de escolaridade, área de residência, tempo de trabalho na área geriátrica, métodos de cuidados de

saúde oral aplicados na instituição e percepção das necessidades de cuidados de saúde oral aos utentes dependentes e não dependentes, tendo como foco a análise dos níveis de literacia em saúde oral dos participantes no estudo (61).

Inicialmente o questionário seria enviado em formato online por e-mail, mas a pedido dos responsáveis de cada instituição, foram realizados em formato de entrevista individual.

2.3. Variáveis estudadas

As variáveis estudadas nesta etapa deste estudo foram os dados sócio-demográficos como a idade e género, descrição dos cuidados de saúde oral prestados na instituição onde desempenham funções e percepção da saúde oral dos utentes institucionalizados, por intermédio do preenchimento *do Dental Coping Beliefs Scale* (61).

Não existiram riscos, incómodos nem potenciais recompensa para os participantes do estudo. Todos os participantes assinaram um consentimento informado (Anexo 1), esclarecido e livre para a participação neste estudo de investigação. O tratamento de dados pessoais foi realizado por forma a que não fosse possível atribuir um titular de dados específico informações pessoais dos participantes no estudo sem recurso a informações suplementares.

Os dados foram recolhidos respeitando a confidencialidade e anonimato, sendo utilizados unicamente pelo investigador principal deste projeto. Todos os participantes foram identificados por um código numérico, não havendo a associação dos dados recolhidos com o respetivo sujeito do estudo. O tratamento de dados pessoais foi realizado de maneira que não seja possível ser atribuídos a um titular de dados específico informações pessoais dos participantes no estudo sem recurso a informações suplementares. Essas informações suplementares serão mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável. Para o tratamento estatístico dos dados, manteve-se o pressuposto de codificação para garantir a continuidade do processo de anonimização dos dados recolhidos.

Assim, existiu apenas um responsável pelo tratamento estatístico dos dados, que é a pessoa que tem acesso à reversão da chave de codificação. No

caso do presente estudo, elegemos o investigador principal o responsável pelo tratamento estatístico.

Os dados foram tratados informaticamente, recorrendo à utilização do programa estatístico SPSS versão 2.7 para Windows.

2.4. População

Composta exclusivamente por cuidadores institucionais que desenvolvam funções nas instituições da Santa Casa da Misericórdia (Centro Social e Paroquial de Rio de Loba e da Santa Casa da Misericórdia e Lar Viscondessa de São Caetano), totalizando um total de 68 funcionários.

No contexto do estudo, ocorreram algumas exclusões de cuidadores nas instituições pesquisadas;

No Lar de Rio de Loba, um total de 4 cuidadores foi eliminado, sendo um deles por estar de férias e os outros três por trabalharem exclusivamente no turno noturno. Da mesma forma, no Lar Viscondessa de São Caetano, também foram eliminados os cuidadores que trabalham no turno noturno, cuja quantidade não pôde ser contabilizada, além de 3 cuidadores que estavam de férias e 1 cuidador que optou por não participar do estudo.

Os participantes deste estudo tiveram a oportunidade de receber esclarecimentos sobre os cuidados de saúde oral e métodos de higiene oral a serem realizados em relação aos seus utentes institucionalizados. Um dos objetivos consiste em proporcionar resultados que auxiliem na formação de futuras linhas de investigação e literacia em saúde a serem aplicadas à comunidade, mais especificamente, junto das instituições da Santa Casa da Misericórdia.

2.5. Instrumentos de recolha de dados:

No estudo, a recolha de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário que abordava a perceção dos cuidados de saúde oral prestados aos utentes institucionalizados, juntamente com a utilização da escala *Dental Coping Beliefs Scale* (61).

Esta escala, devidamente validada em português, desempenha um papel fundamental na análise da perceção dos cuidados de saúde oral fornecidos aos

utentes institucionalizados. A sua utilização torna-se uma mais-valia na avaliação dos cuidados de saúde oral praticados pelos cuidadores institucionais, pois permite compreender quais hábitos devem ser removidos, ajustados, implementados ou aprimorados. Dessa forma, a escala *Dental Coping Beliefs Scale* (61) proporciona *insights* valiosos para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde oral e identificar áreas específicas que necessitam de atenção e aprimoramento por parte dos cuidadores.

2.6. Tradução do Dental Coping Beliefs Scale e análise estatística

Neste estudo a tradução, adaptação e validação do *Dental Coping Beliefs Scale* para a população portuguesa decorreu em duas fases complementares: i) tradução e adaptação cultural do questionário e ii) validação estatística. A tradução e adaptação cultural foram realizadas para obter um questionário equivalente ao desenvolvido no país de origem quanto ao conteúdo e semântica. Para esta adaptação, foi aplicado o método de tradução-retroversão para indivíduos bilíngues. O processo de tradução iniciou-se com duas traduções independentes da escala original por dois tradutores, ambos em português e fluentes em inglês. A versão traduzida foi revisada por um dentista nativo da língua inglesa em Portugal. A retroversão foi realizada por um tradutor independente, que não teve nenhum conhecimento ou contato com a versão original em inglês. A versão original e retraduzida foram comparadas para avaliar o conteúdo dos itens e, por fim, foi realizada a correção dos termos técnicos.

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

Para a validação do questionário aplicado, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach. Um coeficiente superior a 0,6 indica uma consistência aceitável e o coeficiente para cada item é apresentado como uma mediana com intervalo de confiança de 95,0%.

2.7. Procedimento éticos

Todos os procedimentos realizados estavam de acordo com os padrões éticos da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa e com a declaração de Helsinki de 1964. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Parecer número 251). Os pacientes que participaram do estudo assinaram um Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido confirmando sua vontade de participar neste estudo.

3. Resultados

A recolha de dados foi realizada entre os dias 28 de abril de 2023 e 12 de maio de 2023, nas instituições que colaboram com a FMD UCP: o Lar Viscondessa de São Caetano e o Centro Social Paroquial de Rio de Loba, como referido anteriormente. Nos tópicos seguintes serão apresentados os resultados obtidos das recolhas.

3.1. Género e média de idade

A idade média de participantes foi de 48 anos. A figura seguinte (Figura 1) apresenta dados sociodemográficos relativamente ao género dos participantes. Como se pode observar, verifica-se uma maioria predominante no género feminino (97,72%), sendo que apenas 2,27% dos inqueridos era do género masculino. Relativamente ao género “não binário / terceiro género” foi de 0%.

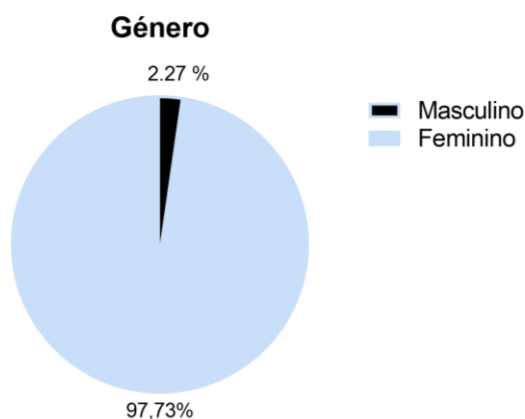


Figura 1: Percentagem obtidas relativamente ao género de cada participante.

3.2. Área de residência:

Continuando a análise dos dados sociodemográficos, também se analisou a área de residência de cada participante (aldeia, vila ou cidade). Como se pode observar pela Figura 2, a maioria dos participantes são residentes em aldeias (56,82%). Verificou-se que 4,55% dos participantes moram numa vila e 38,64% moram em cidades.

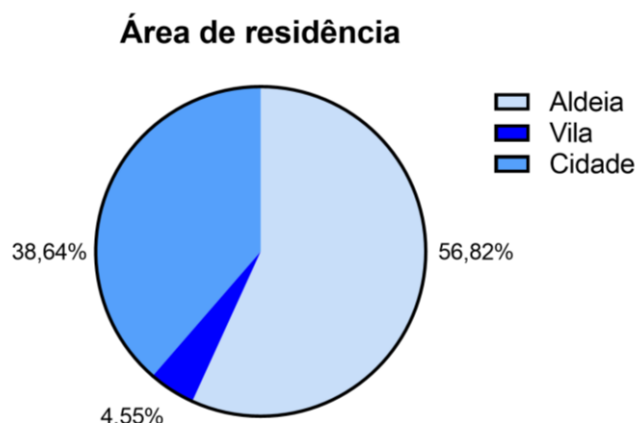


Figura 2: Percentagem obtida relativamente a área de residência.

3.3. Habilitações literárias

Neste estudo, também se analisou as habilitações literárias de cada participante e como se verifica na Figura 3 a maioria dos participantes deste estudo frequentou apenas o ensino básico.

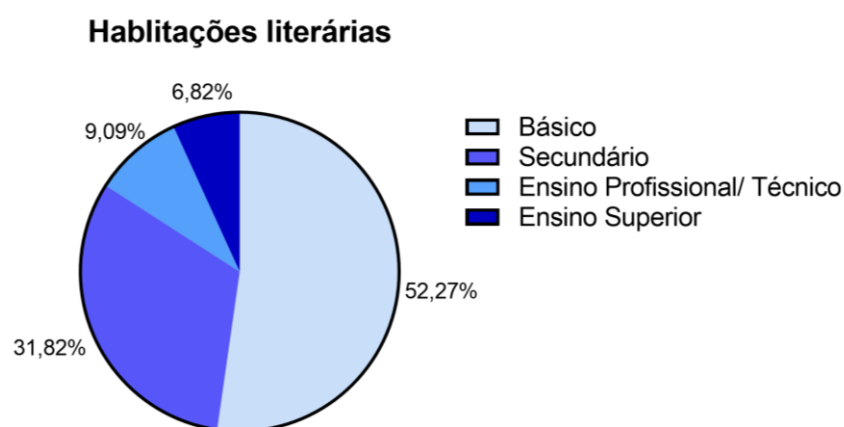


Figura 3: Habilitações literárias.

3.4. Qual a instituição para que trabalha?

Como referido anteriormente, foram realizadas recolhas de informação de duas instituições colaboradoras. Das recolhas realizadas e a serem analisadas o maior número de participantes, nomeadamente 31 recolhas, pertence ao Lar Viscondessa de São Caetano (69,77%), e o Lar de Rio de Loba realizou-se

apenas 13 recolhas apresentando assim uma percentagem de 30,23%, como se pode verificar na figura seguinte (Figura 4).

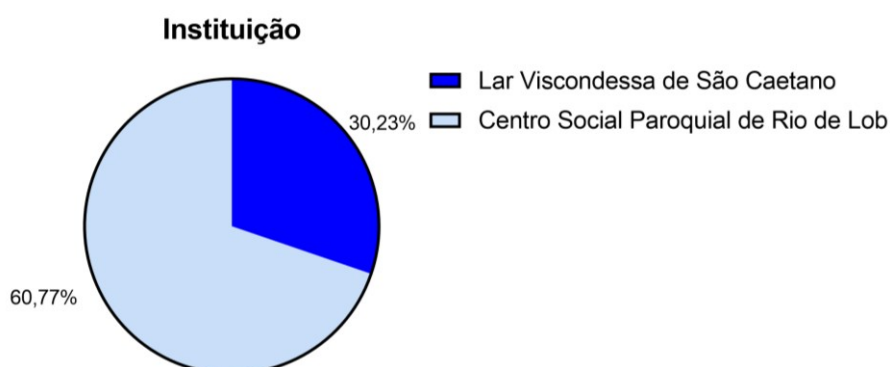


Figura 4: Quantidade de recolhas realizadas em cada instituição.

3.5. Há quanto tempo trabalha como cuidador(a) institucional?

Avaliou-se o tempo de trabalho de cada participante como cuidador institucional, sendo o tempo mais baixo, inferior a 1 ano e um tempo mais alto sendo superior a 10 anos. Como se observa na Figura 5, a maioria dos participantes desempenham a função de cuidador institucional há mais de 10 anos apresentando uma percentagem de 59,09%. A percentagem mais baixa (6,82%) corresponde à variável, inferior a 1 ano.

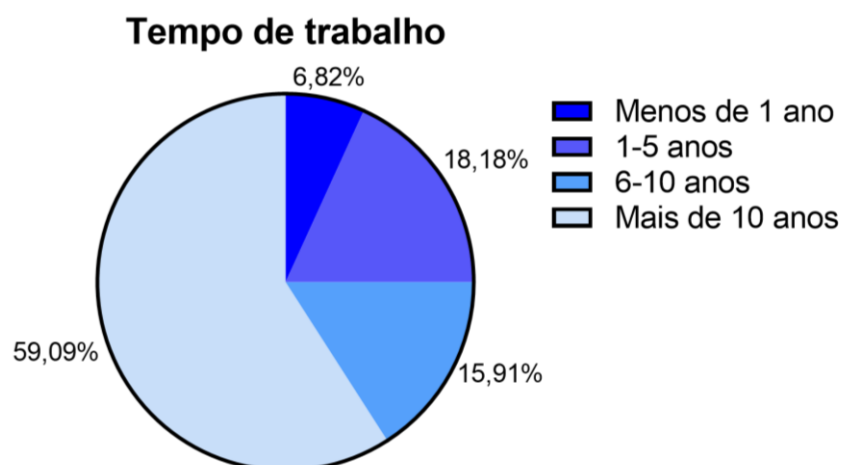


Figura 5: Tempo de trabalho como cuidador institucional de cada participante.

3.6. Possui alguma formação específica na área da saúde? E qual apresentava?

Para além da análise do tempo de trabalho como trabalhador institucional também se avaliou a formação específica na área da saúde. Como se pode observar na Figura 6, a maioria respondeu que apresenta formação específica (70,45%). Dessas 70,45% verificou-se qual era a formação. Como se pode observar na Figura 7, a maior parte dos participantes apresentavam formações na área de cuidador institucional como Geriatria. Também se verificou que uma densa parte respondeu que não sabiam responder qual a formação específica que tinham.

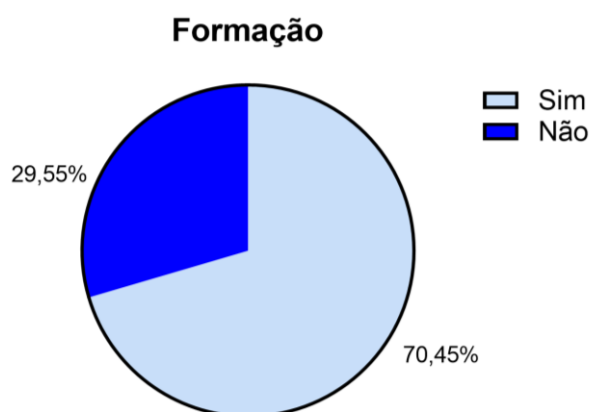


Figura 6: Avaliação de cada participante relativamente à formação.

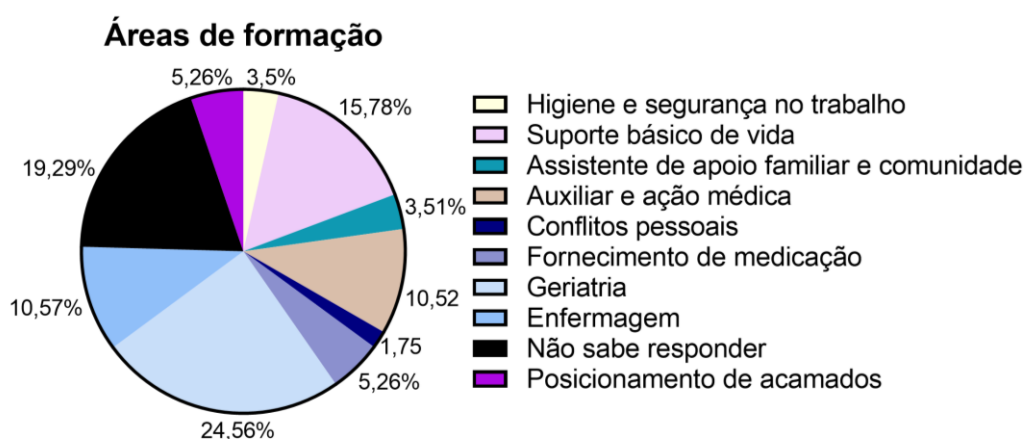


Figura 7: Área de formação de cada cuidador avaliado.

3.7. Possui alguma formação específica em cuidados de saúde oral?

Apesar da quantidade excessiva de formações que cada cuidador institucional, a maioria dos participantes não possui formação em cuidados de saúde oral (70,45%), como se pode observar na figura (Figura 8).

Formação de cuidados de saúde oral

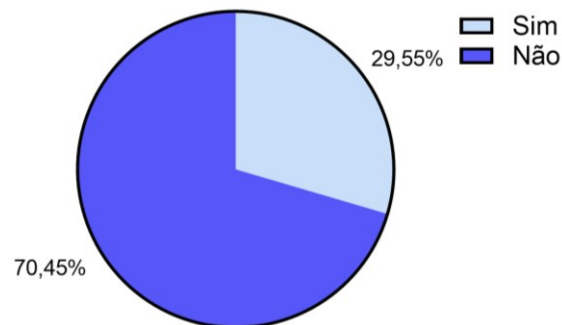


Figura 8: Avaliação de formação de cuidados de saúde oral.

3.8. Acha que a formação na área da saúde oral é importante no exercício da sua profissão?

Relativamente aos cuidados de saúde oral, a maioria dos participantes, 90,91%, como se pode observar na Figura 9, acredita que esta formação é importante no exercício da sua profissão. Como a maioria dos participantes respondia “Aprender não ocupa espaço!”.

Formação de cuidados de saúde oral

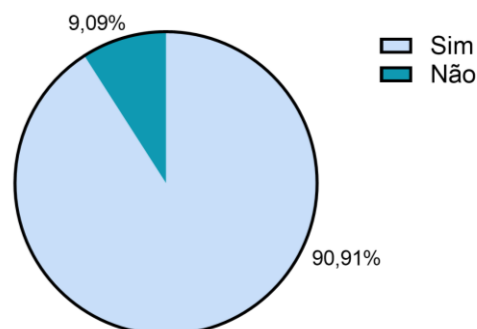


Figura 9: Importância de uma formação na área da saúde oral.

3.9. Selecione os métodos de higiene oral aplicado aos seus utentes.

Relativamente aos cuidados de saúde oral já praticados, os cuidadores tinham opção de escolher mais de uma opção sendo que as respostas mais selecionadas foram:

1. Remoção da prótese durante a noite,
2. Higienização da prótese com recurso a água corrente,
3. Higienização da prótese dentária com recurso a escova,
4. Pasta dentífrica fluoretada,
5. Escova dentária fornecida pelo familiar (independente do tipo),
6. Manter a prótese em água num copo de plástico,
7. Pastilha específica de limpeza de prótese

A figura seguinte (Figura 10) apresenta graficamente as respostas com maior percentagem de cada opção apresentada na Tabela 1.

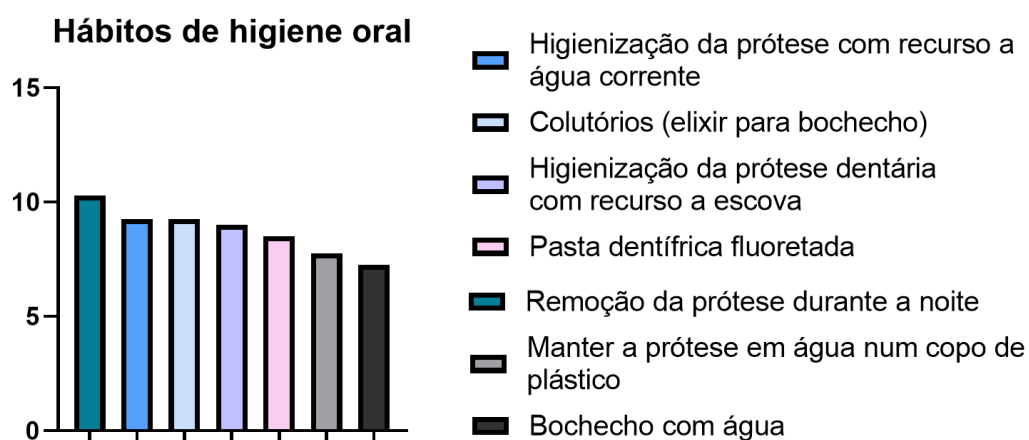


Figura 10: Importância de uma formação na área da saúde oral.

Métodos de higiene oral utilizados	%
Escovagem com escova de cerdas duras	0.50%
Escovagem com escova de cerdas médias	5.26%
Escovagem com escova de cerdas suaves	1.50%

Escovagem com escova elétrica	2.01%
Escovilhão interdentário	0.25%
Fio/fita dentário	0.00%
Pasta dentífrica fluoretada	8.52%
Higienização com compressa/gaze/esponja húmida	6.02%
Colutórios (elixir para bochecho)	9.27%
Bochecho com água	7.27%
Evitar ingerir alimentos ou bebidas depois da última higienização oral noturna	1.50%
Higienização da prótese dentária com recurso a escova	9.02%
Higienização da prótese com recurso a água corrente	9.27%
Remoção da prótese durante a noite	10.28%
Manter a prótese em água num copo de vidro	1.75%
Manter a prótese em água num copo de plástico	7.77%
Pastilha específica de limpeza de prótese	6.02%
Sabão neutro	2.51%
Ingerir alimentos ou bebidas depois da última higienização oral noturna	5.26%
Escova dentária fornecida pelo familiar (independente do tipo)	6.02%

Tabela 1: Métodos de higiene utilizados pelos cuidadores.

3.10. “Dental Coping Beliefs Scale”

A tabela apresenta os resultados da escala *Dental Coping Belief Scale* (61) que é uma escala de crenças relacionadas à saúde oral. A escala consiste em 28 itens, nos quais os participantes indicam seu nível de concordância ou discordância com cada afirmação. Os participantes podem escolher entre cinco

opções de resposta: "Discordo totalmente", "Não concordo", "Nem concordo nem discordo", "Concordo" e "Concordo totalmente".

A escala tem como objetivo avaliar as crenças dos participantes em relação a vários aspetos da saúde oral, como a capacidade de os pacientes reconhecerem quando precisam de ajuda com sua higiene oral, a eficácia da escovagem e uso do fio dental na prevenção de problemas dentários, o papel do dentista na prevenção de cáries e doenças gengivais, a importância do conhecimento sobre doenças orais e cuidados de saúde oral, entre outros temas.

Cada item da escala é apresentado na tabela, juntamente com a distribuição percentual das respostas em cada opção. Por exemplo, no item 1, 6,82% dos participantes discordam totalmente da afirmação, "Acredito que os meus utentes são capazes de reconhecer quando precisam de ajuda com a sua higiene oral", 13,64% não concordam, 22,73% nem concordam nem discordam, 50% concordam e 6,82% concordam totalmente.

A análise dos dados dessa tabela permite identificar as tendências nas crenças dos participantes em relação à saúde oral. Por exemplo, no item 7, 63,64% dos participantes concordam que a cárie dentária pode ser prevenida, indicando uma crença generalizada na prevenção dessa condição. Por outro lado, no item 20, 40,91% dos participantes concordam que apenas devem visitar o dentista quando há dor, revelando uma possível falta de compreensão sobre a importância das visitas regulares ao dentista.

Estes dados podem ser úteis para entender as percepções e crenças dos participantes em relação à saúde oral, fornecendo informações que podem orientar estratégias de educação e promoção da saúde oral. No entanto, é importante considerar que os resultados da escala refletem as respostas específicas dos participantes envolvidos no estudo, e não podem ser generalizados para a população em geral sem uma amostragem adequada.

Dental Coping Belief Scale						
	Discordo totalmente	Não concordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
1. Acredito que os meus utentes são capazes de reconhecer quando precisam de ajuda com a sua higiene oral.	6.82%	13.64%	22.73%	50.00%	6.82%	100%
2. Se escovar e utilizar corretamente o fio dentário, é expectável que os utentes tenham menos problemas dentários.	0.00%	6.82%	13.64%	59,09%	20.45%	100%
3. Acredito que sei como as doenças orais devem ser tratadas.	2.27%	18.18%	18.18%	50.00%	11.36%	100%
4. Acredito que os produtos fluoretados são mais indicados para crianças do que para idosos.	4.45%	43.18%	18.18%	20.45%	13.64%	100%
5. Acredito que os dentes devem durar uma vida inteira.	0.00%	34.09%	13.64%	36.36%	15.91%	100%
6. Apenas o médico dentista consegue prevenir as cáries dentárias e as doenças gengivais.	6.82%	52.27%	4.55%	27.27%	9.09%	100%
7. Acredito que a cárie dentária pode ser prevenida.	0.00%	0.00%	0.00%	63.64%	36.36%	100%
8. Se eu tivesse formação em cuidados de saúde oral, eu seria	0.00%	2.27%	2.27%	50.00%	45.45%	100%

capaz de prestar melhores cuidados aos meus utentes.						
9. Se os meus utentes já possuírem uma má saúde oral, a escovagem e utilização do fio dentário não irá ajudar.	11.36%	50.00%	9.09%	25.00%	4.55%	100%
10. Eu acredito que as próteses dentárias NÃO necessitam de ser removidas durante a noite (a não ser que o utente queira).	25.00%	45.45%	9.09%	13.64%	6.82%	100%
11. Acredito que sei utilizar corretamente o fio dentário.	2.27%	22.73%	15.91%	45.45%	13.64%	100%
12. Acredito que NÃO é possível prever a maneira que certas doenças e medicações podem prejudicar os dentes.	6.82%	52.27%	4.55%	34.09%	2.27%	100%
13. Acredito que o fio dentário pode prevenir doenças gengivais.	0.00%	15.91%	20.45%	38.64%	25.00%	100%
14. Acredito que uma vez que a doença gengival esteja instalada, é impossível de controlar.	13.64%	56.82%	9.09%	15.91%	4.55%	100%
15. Acredito que sei como prevenir candidíase oral.	11.36%	40.91%	11.36%	27.27%	9.09%	100%
16. Acredito que se a gengiva sangra quando utilizamos o fio dentário, devemos parar a sua utilização.	13.64%	36.36%	11.36%	31.82%	6.82%	100%
17. Acredito que a perda dentária é uma consequência	13.63%	25.00%	13.64%	34.09%	13.64%	100%

normal do processo de envelhecimento.						
18. Acredito que mesmo que tenhamos bons hábitos de higiene oral, os nossos dentes irão cair, acompanhando o processo de envelhecimento.	13.64%	20.45%	9.09%	47.73%	9.09%	100%
19. Acredito que os meus utentes requerem a minha ajuda na sua higiene oral.	0.00%	2.27%	0.00%	47.73%	50.00%	100%
20. Acredito que apenas devemos visitar o médico dentista quando há dor.	40.91%	52.27%	0.00%	2.27%	4.55%	100%
21. Se soubesse como cada doença oral se processa, eu seria capaz de praticar melhores cuidados de saúde oral aos meus utentes.	2.27%	0.00%	2.27%	63.64%	31.82%	100%
22. Acredito que uma prótese dentária dá menos trabalho a cuidar comparativamente aos dentes naturais.	6.82%	22.73%	6.82%	45.45%	18.18%	100%
23. Acredito que sou capaz de remover, com sucesso, a maioria da placa bacteriana por forma a ajudar a prevenir a cárie dentária e doença gengival.	2.27%	29.55%	15.91%	43.18%	9.09%	100%
24. Acredito que um método de escovagem seja tão eficaz quanto qualquer outro método	15.91%	38.64%	4.55%	27.27%	13.64%	100%
de higiene oral (como por ex o uso de colutório)						
25. Acredito que a doença gengival pode ser prevenida.	0.00%	2.27%	9.09%	54.55%	34.09%	100%
26. Acredito que se as gengivas sangrarem aquando da escovagem, isso geralmente significa que devemos parar de escovar.	25.00%	50.00%	4.55%	13.64%	6.82%	100%
27. Acredito que os nossos utentes comem melhor se tiverem uma boca saudável e higienizada.	0.00%	4.55%	0.00%	50.00%	45.45%	100%
28. Acredito que a escovagem pode prevenir cáries.	0.00%	0.00%	4.55%	52.27%	43.18%	100%

Tabela 2: Aplicação da escala *Dental Coping Beliefs Scale*.

Um coeficiente alfa de Cronbach variando entre 0,5 e 0,7 é geralmente considerado satisfatório para comparações entre grupos, enquanto valores superiores a 0,85 são suficientemente confiáveis para comparações em nível individual.

O alfa de Cronbach para os 28 itens foi de 0,510, ou seja, o instrumento apresentou uma moderada confiabilidade interna com 28 itens. Por forma a poder confirmar-se uma consistência interna superior, é recomendável o aumento da amostra por forma a que se consiga obter propriedades psicométricas satisfatórias para uso em idosos portugueses, permitindo uma melhor avaliação, a nível individual, dos itens avaliados.

4. Discussão

Os cuidados de saúde oral são os comportamentos da linha de frente quando falamos da prevenção de doenças orais, sendo a remoção mecânica do biofilme oral um dos métodos mais eficazes na nossa atualidade (62).

Os cuidados de saúde oral nos idosos desempenham um papel essencial na manutenção da saúde oral e geral, prevenindo uma série de problemas dentários e sistêmicos (63). Através da escovagem regular escovagem e do uso do fio dentário, é possível prevenir cáries, doenças gengivais como gengivite e doença periodontal, que podem resultar em perda dentária e afetar negativamente a saúde geral, Batista *et al.* (2016), defende que *“A prevenção oral é importante para todas as pessoas e o idoso não pode ficar fora deste cuidado. As principais medidas de higiene são a escovagem, uso de fio dental, visitas com mais frequência ao consultório dentário. Quando necessário, é fundamental solicitar ajuda de familiar ou cuidador no processo de escovagem diária.”* (63). Além disso, uma higiene oral adequada reduz o risco de infecções, como a candidíase oral e infecções bacterianas, que podem causar desconforto e dor nos idosos, requerendo tratamento médico (64), Vicente *et al.* (2018), afirma ainda que: *“A candidíase oral é umas das possíveis formas de aparecimento de lesões orais e descrita por alguns autores com uma das mais comuns na população idosa, incluindo o idoso institucionalizado”* (64). A saúde oral quando negligenciada está associada a uma ampla gama de problemas de saúde em outras áreas do corpo, como doenças cardíacas, diabetes e pneumonia. Ao adotar e manter uma boa higiene oral, os idosos podem diminuir significativamente o risco de desenvolver tais condições, promovendo uma saúde geral mais favorável (65). Pinto *et al.* (2016), afirma ainda que a escovagem diária, oral e lingual e o uso de colutórios visam a redução de microrganismos patogênicos na cavidade oral são métodos preventivos da pneumonia aspirativa (65). Além disso, dentes saudáveis e gengivas livres de inflamação são essenciais para uma mastigação e deglutição adequadas, contribuindo para uma melhor nutrição (57). Por fim, a preservação dos dentes naturais através de uma higiene oral adequada não apenas melhora a autoestima, mas também eleva a qualidade de vida dos idosos, permitindo-lhes exibir um sorriso saudável e aumentando sua confiança em relação à aparência e interação social (66).

Portugal tem registado um aumento significativo da população idosa em instituições nos últimos anos (13). Este fenómeno deve-se a vários fatores, entre os quais o envelhecimento da população, o aumento da expectativa média de vida, as alterações na composição familiar e a necessidade de cuidados mais intensivos para os idosos que necessitam de ajuda no dia-a-dia (54).

No contexto dos idosos institucionalizados, higiene oral adequada é de primordial importância. Muitos idosos nessa situação enfrentam desafios adicionais, como limitações físicas, problemas cognitivos e maior dependência de cuidadores para suas atividades diárias, incluindo a higiene oral (63) Batista *et al.* (2021), refere ainda que “*Muitos idosos têm seus esforços para realizar procedimentos de controle de placa prejudicados por deficiências físicas, que comprometem sua coordenação motora fina ou a amplitude de movimento do punho, cotovelo ou ombro*” (63). Nesse sentido, o papel dos cuidadores é fundamental na garantia da saúde oral do idoso institucionalizado. Os cuidadores devem ser devidamente treinados para realizar a higiene oral adequada, incluindo escovagem, uso do fio dentário e limpeza da língua e mucosas (63). Além disso, os cuidadores devem estar cientes de problemas orais, como gengivite, lesões orais e dentes com mobilidade, e relatar esses problemas imediatamente à equipa de saúde para que sejam tomadas as medidas adequadas. Batista *et al.* (2016) afirma que “*é de ressaltar que formações contínuas e com apoio de especialistas nomeadamente médico dentista, higienista oral ou mesmo estudantes de medicina dentária com bases sobre higiene oral, seriam benéficos para a saúde oral dos idosos e conseqüentemente para uma melhoria da qualidade de vida, com eventual prevenção de algumas doenças.*” (63).

É importante enfatizar que os cuidadores institucionais, desempenham um papel não apenas na higiene oral, mas também na promoção de um ambiente de cuidado e respeito que leva em consideração as preferências e necessidades individuais dos idosos (67). Isso inclui estabelecer cuidados regulares de saúde oral, proporcionar conforto durante o procedimento e incentivar os idosos a serem ativos sempre que possível, Batista *et al.* (2021) defende ainda que “*A execução dos procedimentos dentários deve ser cautelosa, prazerosa e confortável ao paciente principalmente com os odontofóbicos e com os problemas sistémicos.*” (63).

Além disso, os cuidadores devem estar cientes dos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos que os idosos podem estar tomando, idosos polimedicados podem sofrer de xerostomia (boca seca), que pode aumentar o risco de problemas orais (68) Matos *et al.* (2019) afirma que “*Com o envelhecimento surgem alterações nas glândulas salivares, havendo atrofia do tecido acinar, predispondo a xerostomia. Estas alterações podem ser agravadas por algumas doenças e medicamentos*” (68). Nesses casos, medidas adicionais como o uso de colutórios e sprays podem ser necessárias.

Estudos sobre os cuidados de saúde oral praticados por cuidadores institucionais têm sido realizados com o objetivo de avaliar a qualidade e a eficácia dos cuidados orais prestados aos idosos sob sua responsabilidade (31,61). Essas pesquisas visam identificar práticas adequadas e possíveis lacunas na prestação de cuidados de saúde oral, fornecendo informações valiosas para melhorar a assistência aos idosos institucionalizados.

Alguns estudos têm se concentrado na avaliação das práticas de higiene oral dos cuidadores, observando as técnicas utilizadas, a frequência e a consistência dos cuidados orais (61). Essas pesquisas muitas vezes envolvem a observação direta das atividades de higiene oral realizadas pelos cuidadores, bem como a coleta de dados por meio de questionários ou entrevistas (31).

Os resultados desses estudos podem variar, mas em geral têm mostrado uma necessidade de melhoria na qualidade dos cuidados de saúde oral prestados pelos cuidadores institucionais. Algumas das lacunas identificadas incluem falta de conhecimento sobre técnicas adequadas de escovagem dentária, uso inadequado de fio dentário e escovilhões, falta de atenção aos sinais de problemas orais e falta de tempo dedicado à higiene oral dos idosos. Junges *et al.* (2017) explica que a maioria da sua população estudada, afirmou que receberam formação específica em higiene oral o que representa o oposto da população estudada neste estudo (61).

Além disso, a comunicação entre os cuidadores e a equipa de saúde oral também pode ser identificada como um desafio em alguns estudos (69). A falta de comunicação adequada pode resultar em uma falta de coordenação dos cuidados e dificultar a identificação e o tratamento oportuno de problemas orais nos idosos institucionalizados.

No entanto, é importante ressaltar que esses estudos também têm identificado cuidadores com práticas adequadas de higiene oral, que, dentro dos possíveis, seguem as recomendações e demonstram compromisso em garantir uma boa saúde oral para os idosos sob seus cuidados (70). Esses cuidadores servem como modelos positivos e exemplos a serem seguidos.

Em geral, este estudo ajuda a destacar a importância da formação e capacitação dos cuidadores institucionais (71). Göstemeyer *et al.* (2019) reflete sobre o facto de que a falta de *skills* e experiência foi identificada como a barreira mais frequente aquando do fornecimento de higiene oral e que este problema seria, teoricamente, facilmente solucionado através do fornecimento de treinamento apropriado e educação em saúde oral (71). É, portanto, essencial fornecer aos cuidadores treinamento adequado, *skills and know-how*, através de orientação contínua e acesso a recursos e suporte adequados, para assim, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde oral e promover uma melhor saúde oral para os idosos que estão sob a sua alçada (64).

Relativamente aos resultados sociodemográficos deste estudo, no que se refere à formação específica na área da saúde, a maioria dos participantes (70,45%) afirmou possuir formação nesse campo. Entre aqueles com formação, a área de cuidador institucional, como Geriatria, foi a mais comum. No entanto, também foi observado que alguns cuidadores não possuíam uma formação específica claramente definida. Esses resultados, destacam a importância de promover programas de formação abrangentes e contínuos para os cuidadores, a fim de melhorar suas competências e conhecimentos na área da saúde (72). Segundo Wang *et al.* (2015), quando os cuidadores possuem formações em saúde e saúde oral, os idosos beneficiam de melhores cuidados de higiene pessoal (72).

No que diz respeito aos cuidados de saúde oral, constatou-se que a maioria dos participantes (70,45%) não possuía formação em cuidados de saúde oral. Junges *et al.* (2017) e Urrutia *et al.* (2012) afirmam que a maioria, na população que estudaram, receberam formações em saúde oral (31,61). Isso ressalta uma lacuna na preparação dos cuidadores estudados na população portuguesa, para lidar adequadamente com a saúde oral dos indivíduos sob seus cuidados. No entanto, é encorajador notar que a grande maioria (90,91%) dos participantes reconheceu a importância da formação em saúde oral para o

exercício de sua profissão. Essa conscientização destaca a necessidade de investir em programas de capacitação nessa área específica (64).

Ao analisar os métodos de higiene oral já utilizados pelos cuidadores, vários pontos importantes foram identificados. Em concordância com outros estudos, a remoção da prótese durante a noite, a higienização da prótese com água corrente e o uso de escova para a higienização foram os três métodos mais frequentemente praticados (31,61). Isso indica uma preocupação adequada com a limpeza das próteses dentárias e a adoção de boas práticas nessa área. No entanto, é necessário ressaltar a importância de outros métodos, como o uso de pasta dentífrica fluoretada na dentição natural remanescente e a disponibilização de escovas dentárias adequadas, independentemente do tipo fornecido pelo familiar (63).

Com os presentes resultados, foi possível registrar, uma visão geral do perfil dos participantes do estudo, revelando uma maioria feminina, com média de idade de 48 anos, predominantemente residentes em aldeias e com habilitações literárias no nível básico. Junges *et al.* (2017) e Urrutia *et al.* (2012) também apresentaram uma maioria feminina esmagadora, mas a média de idade rondou os 36 anos (31,61). Além disso, observa-se uma disparidade na distribuição das recolhidas entre as duas instituições participantes, mas isso deve-se ao número de leitos disponíveis em cada instituição. O tempo de trabalho como cuidador institucional varia, com a maioria dos participantes tendo experiência de mais de 10 anos nessa função. Essas informações são relevantes para compreender o contexto e as características dos cuidadores institucionais envolvidos no estudo. Essas descobertas destacam a necessidade de investimento em formação específica na área da saúde oral, bem como a importância de programas de capacitação contínua para melhorar as competências e conhecimentos dos cuidadores (64). Além disso, ressaltam a importância de promover boas práticas de higiene oral, garantindo o acesso adequado a produtos e recursos necessários (61). Essas medidas podem contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde oral prestados aos idosos institucionalizados.

A análise dos resultados da escala *Dental Coping Beliefs Scale*, revela diferentes perspectivas e opiniões dos participantes sobre questões relacionadas à higiene oral e cuidados dentários. A maioria dos participantes acreditam que

os utentes são capazes de reconhecer a necessidade de ajuda com a higiene oral, em concordância com outros estudos já mencionados (31,61). No entanto, é importante observar que uma parcela significativa discorda ou possui dúvidas sobre essa afirmação, indicando divergências nessa percepção.

Por outro lado, os participantes demonstraram uma compreensão geral da importância da escovagem adequada e do uso do fio dentário na redução de problemas dentários. A maioria concorda que seguir corretamente essas práticas pode contribuir para uma melhor saúde oral. Isso reflete uma consciência compartilhada sobre a eficácia desses métodos na prevenção de problemas dentários. Neste caso, a literatura também demonstra estar em concordância (31,61).

Quanto ao conhecimento sobre o tratamento de doenças orais, a maioria dos participantes acredita possuir esse conhecimento. No entanto, uma proporção significativa mostra algum nível de incerteza ou discordância em relação a essa afirmação. Isso pode indicar a existência de lacunas no conhecimento ou inseguranças relacionadas ao tratamento de doenças orais. Gaszynska *et al.* (2014) revela uma falta de envolvimento, de enfermeiros e cuidadores para ajudar os residentes de lares de idosos nas suas atividades de cuidados de saúde oral como parte das tarefas diárias (73).

No que diz respeito ao uso de produtos fluoretados, os resultados revelam uma preferência mais equilibrada entre os participantes. A maioria discorda da ideia de que esses produtos são mais adequados para crianças do que para idosos, reconhecendo que o flúor pode ser benéfico para todas as faixas etárias. Martins *et al.* (2022) instrui que *“A escovagem dos dentes deve ser realizada durante dois a três minutos com um dentífrico fluoretado (1000-1500ppm), pelo menos duas vezes por dia, principalmente à noite antes de dormir.”*(5).

Em relação à duração dos dentes, em concordância com a literatura, a maioria dos participantes concordam que eles devem durar uma vida inteira (21). No entanto, é importante notar que uma proporção considerável discorda ou permanece neutra em relação a essa afirmação. Isso sugere que os participantes reconhecem que fatores individuais e circunstâncias específicas podem influenciar a saúde dentária ao longo do tempo assim como Unfer *et al.* (2000) defende (21).

Essas descrições resumem as percepções e crenças dos participantes sobre questões relacionadas à higiene oral, cuidados dentários e conhecimento sobre doenças orais. Os resultados destacam tanto áreas de concordância quanto de divergência, fornecendo *insights* valiosos para a compreensão do contexto e das opiniões dos participantes nesse estudo.

Os resultados obtidos neste estudo têm implicações significativas para a área da saúde oral e para a qualidade de vida dos utentes sob seus cuidados (58).

Eles sugerem que alguns cuidadores institucionais podem ter conhecimentos limitados sobre higiene oral e tratamento de doenças orais. Isso indica, que como já referido, existe a necessidade de investir em programas de capacitação e treinamento contínuo para os cuidadores, a fim de melhorar seus conhecimentos e habilidades nessa área. Ao promover a capacitação, é possível aumentar a conscientização sobre a importância da higiene oral adequada e fornecer aos cuidadores as ferramentas necessárias para oferecer cuidados orais de qualidade aos utentes. Costa *et al.* (2022) afirma que a literacia em saúde é essencial para capacitar a comunidade a melhorar a sua própria saúde e níveis de qualidade de vida, permitindo que os indivíduos tenham uma maior capacidade de envolvimento e participação em ações coletivas de promoção da saúde (35).

Além disso, os resultados ressaltam a importância de promover práticas de higiene oral adequadas entre os cuidadores institucionais. Segundo Vicente *et al.* (2018) “*Existem inúmeras técnicas (de higiene oral), ainda assim o importante é que independentemente da técnica, esta seja meticulosamente executada*” (64). Estratégias educacionais devem ser implementadas para incentivar a escovagem regular, o uso correto do fio dental e a adoção de cuidados saudáveis de saúde oral. Isso pode incluir o fornecimento de informações claras e acessíveis sobre técnicas de escovagem, importância do fio dental e medidas preventivas para a saúde oral. Através dessas práticas, os cuidadores podem desempenhar um papel fundamental na prevenção de problemas dentários e no bem-estar geral dos utentes. Mas segundo Pinto *et al.* (2016) “*Na decisão da elaboração de atividades preventivas educacionais de saúde oral geriátricas, o profissional deve consciencializar-se de que o conhecimento por si só não é capaz de modificar cuidados*” (65).

Além disso, os resultados indicam a necessidade de aprimorar a comunicação entre os cuidadores e os utentes. Ribeiro *et al.* (2021) defende que *“problemas podem ser impedidos ou minimizados se algumas orientações e estratégias de comunicação forem observadas pelo cuidador, modificando seu comportamento com o idoso”* (74). É essencial que os cuidadores possam reconhecer e responder adequadamente às necessidades individuais de cada utente em relação à higiene oral. Uma comunicação eficaz pode envolver o estabelecimento de uma relação de confiança entre cuidadores e utentes, encorajando a expressão de preocupações e dúvidas relacionadas à saúde oral. Isso garantirá que os cuidados sejam personalizados e adaptados às necessidades específicas de cada utente (53).

Por fim, os resultados têm implicações diretas na saúde oral dos utentes. Teixeira *et al.* (2016) relata que cuidados de saúde oral inadequados podem levar ao desenvolvimento de cáries, doenças periodontais e outras condições orais prejudiciais *“causando aparência e funções distintamente diferente da encontrada em jovens e adultos”* (63). Portanto, é crucial melhorar os cuidados de saúde oral prestados pelos cuidadores para garantir a saúde oral adequada dos utentes e, assim, contribuir para seu bem-estar geral. Isso pode ser alcançado por meio de intervenções educacionais, apoio contínuo e supervisão adequada dos cuidadores institucionais (53).

Em resumo, os resultados deste estudo destacam a importância de abordar as lacunas de conhecimento, promover práticas de higiene oral adequadas e fortalecer a formação e a comunicação dos cuidadores institucionais (74). Ao fazer isso, espera-se melhorar a saúde oral dos utentes e proporcionar um cuidado mais abrangente e efetivo nas instituições de cuidados.

Este estudo proporcionou valiosas contribuições para o entendimento da relação entre os cuidadores institucionais e a saúde oral dos utentes. Os resultados oferecem uma visão abrangente do perfil demográfico desses profissionais, incluindo idade, género, área de residência e nível de escolaridade. Essas informações são relevantes para compreender o contexto em que os cuidadores atuam e podem orientar ações direcionadas às suas necessidades específicas. Pinto *et al.* (2016) defende que além dos cuidadores *“Os futuros Médicos Dentistas devem perceber as necessidades específicas que os idosos requerem e devem efetuar, no âmbito das disciplinas de Geriatria, visitas às*

instituições com objetivo de efetuar rastreios e de promover a saúde oral junto da população idosa” (65).

No entanto, é necessário considerar algumas limitações deste estudo: tamanho da amostra foi relativamente pequeno, uma vez que o estudo foi conduzido em apenas duas instituições colaboradoras. Isso pode limitar a generalização dos resultados para outros contextos e populações de cuidadores institucionais. Além disso, pode existir um viés de seleção, uma vez que os participantes que optaram por participar podem diferir de outros cuidadores em termos de motivação, interesse na saúde oral ou outras características relevantes.

É importante mencionar que os dados coletados foram baseados em relatos subjetivos dos participantes, o que pode introduzir erros de relato ou interpretação. Portanto, é necessário considerar a possibilidade de viés nessas informações. Junges *et al.* (2017) refere o efeito o efeito *Haw-thorne*, também conhecido como efeito de reatividade, pode ser definido como uma forma de modificação do comportamento dos sujeitos sendo experimentalmente medido, simplesmente em resposta ao fato de estarem sendo estudados (61). Nesse efeito, os sujeitos tendem a melhorar ou modificar algum aspeto do seu comportamento apenas por estarem cientes de que estão a ser observados. Além disso, a ausência de um grupo de comparação limita a capacidade de realizar comparações significativas entre os cuidadores e identificar diferenças importantes em suas crenças e práticas.

Dessa forma, para fortalecer os resultados e obter uma compreensão mais abrangente da relação entre cuidadores institucionais e saúde oral, futuras pesquisas devem considerar um tamanho de amostra maior, incluir uma variedade de contextos institucionais e incorporar grupos de comparação adequados. Isso permitirá uma análise mais robusta e a generalização mais confiável dos resultados obtidos.

5. Conclusão

Através deste estudo, podemos concluir que os cuidados de saúde oral são fundamentais para a prevenção de doenças orais e a promoção da saúde geral, especialmente em idosos. A remoção do biofilme oral por meio da escovagem regular e uso do fio dentário é considerado um método altamente eficaz nos dias de hoje. Esses cuidados de saúde oral ajudam a prevenir cáries, doenças gengivais, infecções orais e outras condições que podem afetar negativamente a saúde oral e geral dos idosos.

Em Portugal, o aumento da população idosa em instituições é um fenómeno relevante, impulsionado pelo envelhecimento da população, aumento da expectativa de vida, mudanças na composição familiar e necessidade de cuidados intensivos para idosos dependentes. No contexto dos idosos institucionalizados, a higiene oral adequada desempenha um papel crucial. No entanto, esses idosos enfrentam desafios adicionais, como limitações físicas, problemas cognitivos e dependência de cuidadores para suas atividades diárias, incluindo a higiene oral.

Nesse sentido, os cuidadores desempenham um papel essencial na garantia da saúde oral dos idosos institucionalizados. Eles devem receber treinamento adequado para realizar a higiene oral corretamente, incluindo escovagem, uso do fio dental e limpeza da língua e mucosas. Além disso, os cuidadores devem estar atentos a problemas orais, como gengivite, lesões orais e dentes com mobilidade, e relatar esses problemas à equipa de saúde para que sejam tratados adequadamente.

Os cuidadores também são responsáveis por criar um ambiente de cuidado e respeito, levando em consideração as preferências e necessidades individuais dos idosos. Isso envolve estabelecer rotinas regulares de higiene oral, garantir conforto durante o processo e incentivar os idosos a serem ativos sempre que possível.

Além disso, os cuidadores devem estar cientes dos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos que os idosos podem estar tomando, como a xerostomia (boca seca), que aumenta o risco de problemas orais. Nesses casos, podem ser necessárias medidas adicionais, como o uso de colutórios e sprays.

Estudos têm sido realizados para avaliar a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde oral prestados pelos cuidadores institucionais aos idosos sob seus cuidados. Essas pesquisas visam identificar práticas adequadas e lacunas

na prestação de cuidados de saúde oral, fornecendo informações valiosas para melhorar a assistência aos idosos institucionalizados.

Alguns estudos têm se concentrado na avaliação das práticas de higiene oral dos cuidadores, observando as técnicas utilizadas, a frequência e a consistência dos cuidados orais. Essas pesquisas muitas vezes envolvem observação direta das atividades de higiene oral realizadas pelos cuidadores, além da coleta de dados por meio de questionários ou entrevistas.

Os resultados desses estudos mostram a necessidade de melhoria na qualidade dos cuidados de saúde oral prestados pelos cuidadores institucionais. Algumas lacunas identificadas incluem falta de conhecimento sobre técnicas adequadas de higiene oral, falta de atenção aos sinais de problemas orais, como inflamação gengival ou hemorragia, e falta de comunicação efetiva com a equipa de saúde oral.

Diante dessas lacunas, é crucial investir na formação e capacitação dos cuidadores institucionais, fornecendo-lhes as habilidades e conhecimentos necessários para garantir uma boa saúde oral nos idosos sob seus cuidados. Os programas de capacitação devem abordar aspetos teóricos e práticos da higiene oral, fornecer orientações claras sobre técnicas de escovagem e uso do fio dental, além de abordar a importância da comunicação e relato de problemas orais à equipa de saúde.

Além disso, é necessário promover uma abordagem personalizada e centrada nas necessidades individuais dos idosos. Cada idoso pode ter condições orais e de saúde únicas, exigindo cuidados específicos. Portanto, os cuidadores devem estar preparados para adaptar suas práticas de higiene oral de acordo com as necessidades de cada idoso.

Em suma, esta dissertação de mestrado aborda a importância dos cuidados de saúde oral na prevenção de doenças orais em idosos, com ênfase nos cuidadores institucionais e sua responsabilidade em garantir uma boa saúde oral dos idosos sob seus cuidados. Destaca-se a necessidade de investir na formação e capacitação dos cuidadores, melhorar a comunicação entre cuidadores e equipa de saúde, e promover práticas de higiene oral adequadas e personalizadas.

6. Bibliografia

1. Soldani FA, Lamont T, Jones K, Young L, Walsh T, Lala R, et al. One-to-one oral hygiene advice provided in a dental setting for oral health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2018(10).
2. Home Oral Care. American Dental Association. 2014. Available from: <https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/home-care>
3. Ordem dos Médicos Dentistas. Como viver com uma boca saudável ao longo da vida. 2017;
4. Chagas AM, Rocha ED. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. *Rev bras odontol.* 2012;69(1):94–6.
5. S M. Caracterização da saúde oral e qualidade de vida em idosos institucionalizados de Viseu. 2022.
6. Jorge V, Brasil W, Batista NA. Teaching of Geriatrics and Gerontology at Medical School. 39(3):344–51.
7. Veras R. From the myth of cure to the preservation of functions: the contemporaneity of the young Geriatrics. 1960;8(1):303–6.
8. Guedes SL. A concepção sobre a família na geriatria e na gerontologia brasileiras: ecos dos dilemas da multidisciplinaridade. *RBCS.* 2000;15(43):14.
9. Lojudice DC, Laprega MR. Falls of institutionalized elderly: occurrence and associated factors. *Rev Bras Enferm.* 2006;403–12.
10. Marinho PS, Lucio M, Filho M, Matos DG. Human aging process. *Rev Bras Fisiol do Exerc.* 2010;9:100–6.
11. Gabriela M, Gottlieb V. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. *Rev bras geriatr gerontol.* 2006;8(1):273–84.
12. Miguel, I. Envelhecimento e desenvolvimento psicológico: Entre mitos e factos. In H. R. Amaro da Luz & I. Miguel (Eds.), *Gerontologia social: Perspetivas de análise e intervenção* (pp. 53-67). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional - Instituto Superior Bissaya Barreto. 2014.
13. INE. Estimativas de população residente em portugal 2021. 2022;1–5.
14. Gonçalves G. Quality Indicators for home care that contribute to the

- functional capacity of elderly , *Journal of Aging & Innovation*. 2019;8 (1):49-67.
15. Costa, M.C.N.S. & Mercadante, E.F. (2013, março). O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. *Revista Kairós Gerontologia*,16(2), 209-222. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP
 16. Gov.pt. Lares residenciais em Portugal para idosos e pessoas codeficiência - ePortugal [Internet]. 2023. Available from: <https://eportugal.gov.pt/cidadãos-europeus-viajar-viver-e-fazer-negocios-em-portugal/cuidados-de-saude-em-portugal/lares-residenciais-em-portugal-para-idosos-e-pessoas-com-deficiencia>
 17. Savills Research. Os Novos “Millennials” - A oportunidade do mercado de residências sénior em portugal. 2020;
 18. Alexandra CIA, Esteves F. Avaliação da satisfação dos cuidados prestados à pessoa idosa no lar e centro de dia maria ribeiro vicente dos balurcos, alcoutim. 2018.
 19. Serrão C. A sexualidade na terceira idade: olhar, mudar e agir. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. 2016.
 20. Caldas Jr E. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. 2005;14(3):229–38.
 21. Unfer B. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. 2000;34(2).
 22. Rosendo D, Silva DA, Carlo HL, Ulisses A, Batista D. Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis Complete and Partial Removable Dentures Cleansing Methods. 2011.
 23. Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FAC, Carter KD. The Oral Health Assessment Tool – Validity and reliability. 2005;(3):191–9.
 24. Dye BA, Thornton-Evans G, Li X, Iafolla TJ. Dental Caries and Tooth Loss in Adults in the. 2015;(197):2011–2.
 25. Huang Q, Dong X. Prevalence of periodontal disease in middle-aged and elderly patients and its influencing factors. 2022;14(8):5677–84.
 26. Monteiro LS, Warnakulasuriya S, Cadilhe S, Sousa D, Trancoso PF, Antunes L, et al. Oral cancer awareness and knowledge among residents

- in the Oporto city, Portugal. *J Investig Clin Dent*. 2016;7(3):294–303.
27. Patel N, Fils-Aime R, Li CH, Lin M, Robison V. Prevalence of Past-Year Dental Visit Among US Adults Aged 50 Years or Older, With Selected Chronic Diseases, 2018. *Prev Chronic Dis*. 2021;18:1–7.
 28. Health NI of. Dry Mouth questions and answers. *US Pharm*. 1991;16(8):60.
 29. Coutinho T. *Novos Velhos Olhares: Residência Sênior*. 2016.
 30. Castillo LO, Seehaber KA, Botega DM, Frasca LCF, Rivaldo EG. Influência da qualificação de cuidadores na saúde bucal de idosos dependentes de Santa Maria / RS , Brasil. 24.
 31. Iris ES, Constanza GU, Ormaza R. Oral health practices and beliefs among caregivers of the dependent elderly. 2012;742–7.
 32. Khanagar S, Naganandini S, Tuteja JS, Naik S, Satish G, Divya KT. Improving oral hygiene in institutionalised elderly by educating their caretakers in Bangalore city, India: A randomised control trial. *Can Geriatr J*. 2015;18(3):136–43.
 33. Kumar S, Kroon J, Laloo R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children’s oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12(1):1–15.
 34. Borges TS, Vargas-Ferreira F, Kramer PF, Feldens CA. Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: A systematic review and metaanalysis. *PLoS One*. 2017;12(2):1–13.
 35. Costa H, López-marcos JF. Validity and Reliability of the Portuguese Version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry - REALD-29 PT. 2022;
 36. António Costa e Silva. Visão estratégica para o Plano de Recuperação Económica de Portugal 2020-2030. *Rev Port Farmacoter [Internet]*. 2020;12(3):137–8.
 37. Godoy J, Rosales E, Garrido-Urrutia C, Godoy J, Rosales E, Garrido-Urrutia C. Creencias relacionadas al cuidado de la salud oral en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Antofagasta, Chile, 2019. *Odontoestomatologia*. 2021;38(38).
 38. Scannapieco FA, Cantos A. Oral inflammation and infection, and chronic medical diseases: implications for the elderly. *Periodontol* 2000.

- 2016;72(1):153–75.
39. El-Hadary MS, el-Kashlan KM, Younan AE, Ghanem MH. Oral manifestations in diabetic patients. *Egypt Dent J.* 1972;18(3):291–302.
 40. Piva RM, Werneck RI. Controle mecânico do biofilme dental. :1–6.
 41. Edman K, Wårdh I. Oral health care beliefs among care personnel working with older people – follow-up of oral care education provided by dental hygienists. *Int J Dent Hyg.* 2022;20(2):241–8.
 42. Xavier IP, Silveira LM, Stabile AM. Higiene oral : atuação da equipa de enfermagem em ambiente hospitalar. 2020;5:1–8.
 43. Catarina S, Vieira C, Catarina S, Vieira C. “Promoção de saúde oral em pacientes “ p promoção de saúde oral em pacientes. 2016;
 44. Brasileira R, Najib F, Sistema M, Blind T, Idiomas R. Comportamento de Consumo e Características do Uso de Produtos de Higiene Bucal: Estudo Exploratório com Alunos de Graduação de Maceió. 2015;9456.
 45. Saldanha C et al. A odontologia hospitalar : revisão. *Arch Heal Invest.* 2015;4:58–68.
 46. Melo B, Neves S. Cuidados de saúde oral prestados a idosos institucionalizados. 2011.
 47. Friedman HH. Rating the rating scales. *J Mark Manag.* 1999;
 48. Wright BD, Masters GN. Rating scale analysis. 1982.
 49. McGrath C, Bedi R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. *Qual Life Res.* 2004;13(4):813–8.
 50. Smith TA, Heatom LJ. Fear of dental care: Are we making any progress? *J Am Dent Assoc.* 2003;134(8):1101–8.
 51. Fears D, Washington W. A cross-cultural cross validation of the dental fear survey in South East Asia. 1990;28(3):227–33.
 52. Assaf AV, Zanin L, Meneghim M de C, Pereira AC, Ambrosano GMB. Comparação entre medidas de reprodutibilidade para a calibração em levantamentos epidemiológicos da cárie dentária. *Cad Saude Publica.* 2006;22(9):1901–7.
 53. Graça SMFR. A saúde Oral De Idosos Residentes Em Lares No Concelho De Vila Franca De Xira [Internet]. PQDT - Global. 2014.
 54. Mário D, Bandeira L, Botelho A, Cristina A, Gomes S, Patrícia L, dinâmicas

- demográficas e envelhecimento da população portuguesa estudos da fundação. 2014.
55. Vieira M de T, Claro RM, Assunção AA. Sample design and participation in the educatel study. *Cad Saude Publica*. 2019;35:1–9.
 56. Bastos JLD, Duquia RP. Erratum para: Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: Estudo transversal. *Sci Med*. 2013;23(2):229–32.
 57. Ramos OAM. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral de idosos institucionalizados. 2020.
 58. Rovida T, Peruchini L, Moimaz S, Garbin C. O conceito de saúde geral e bucal na visão dos cuidadores de idosos The meaning of general and oral health on the elderly caregiver ' s view. *Rev Odontol Clin*. 2013;12(1):43–6.
 59. Oliveira BS de, Delgado SE, Brescovici SM. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2014;17(3):575–87.
 60. Ordem dos Médicos Dentistas. Plano Nacional De Saúde 2011-2016. Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar. Direcção-Geral da Saúde. 2010;28.
 61. Junges R, Portella FF, Hugo FN, Pereira DM, Maria S, Samuel W. Caregivers ' attitudes regarding oral health in a long-term care institution in Brazil.
 62. Eduardo J, Lima DO. Programa preventivo da cárie dentária baseado no controle mecânico da placa bacteriana em crianças , por meio da profilaxia profissional periódica . Resultados após 25 anos de acompanhamento. 2009;44–51.
 63. Batista A, Teixeira O, Vale F, Francisco S, Vale F, Vale F, Preventive dentistry in the third age : narrative review of the Literature. 2021;2:77–93.
 64. Vicente Coelho A. Impacto da formação dos cuidadores para a higiene oral no estado de saúde oral de idosos institucionalizados. 2018.
 65. Pinto N. Promoção da saúde oral no idoso não autónomo e institucionalizado Promoção da saúde oral no idoso não autónomo e institucionalizado. 2016.
 66. Pinto P. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos : Um Estudo Exploratório. 2009;155.

67. Sónia Alexandra Barros Cruz. A Dignidade em Lares de Idosos. 2014;58.
68. Maria T, Queir MDE. Avaliação da percepção da saúde oral no idoso. 2019.
69. 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(2):81–92.
70. Passos SSS, Carvalho ES de S, Sadigursky D, Nobre VPCC, Leite GA dos S. Oral hygiene to a hospitalized dependent patient: perceptions of a nursing team. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2014;6(4):1396–408.
71. Göstemeyer G, Baker SR, Schwendicke F. Barriers and facilitators for provision of oral health care in dependent older people: a systematic review. *Clin Oral Investig.* 2019;23(3):979–93.
72. Wang TF, Huang CM, Chou C, Yu S. Effect of oral health education programs for caregivers on oral hygiene of the elderly: A systemic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(6):1090–6.
73. Gaszynska E, Szatko F, Godala M, Gaszynski T. Oral health status, Dental treatment needs, And barriers to dental care of elderly care home residents in Lodz, Poland. *Clin Interv Aging.* 2014;9:1637–44.
74. Ribeiro AB, Fortes CV, Ribeiro AB, Ribeiro AB. Contribuição Do Cuidador , Familiar E Profissional Da Saúde Na Saúde Oral De Idosos Dependentes , Antes E Na Covid-19 : Uma Revisão De Literatura . 2021;45–54.

7. Anexos

7.1. Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia ¹ e a Convenção de Oviedo ²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Caracterização dos cuidados de saúde oral aplicados por cuidadores institucionais.

Enquadramento: O envelhecimento da população tem vindo a ser um grande desafio para a sociedade, pois estabelece-se o objetivo do indivíduo ter uma esperança média de vida superior, mas mantendo níveis satisfatórios de qualidade de vida. A mesma situação é colocada perante indivíduos com deficiência e que necessitam de cuidados especiais a todos os níveis, nomeadamente, da sua saúde oral. A combinação do envelhecimento e a deficiência física e mental, cria a necessidade de uma maior especialização dos seus cuidadores, nomeadamente os que se encontram institucionalizados. Assim, é fundamental avaliar os conhecimentos e as capacidades que os cuidadores apresentam na prestação de cuidados de saúde oral junto dos seus pacientes dependentes. Apenas assim será possível desenvolver *guidelines* e definir estratégias no sentido de capacitação dos cuidadores ao nível da literacia em saúde oral.

Explicação do estudo: Com este estudo pretende-se caracterizar a perceção da saúde oral dos utentes institucionalizados que os cuidadores institucionais tratam no seu dia-a-dia através da aplicação de um questionário sobre questões relacionados com o tema proposto e que inclui uma escala denominada “*Dental Coping Beliefs Scale*”, que será validado para a população portuguesa através do presente estudo. Este estudo também apresenta como objetivo definir as estratégias mais indicadas para resolução dos problemas orais dessa população. A participação neste estudo é voluntária, ou seja, só participa no estudo se quiser, e não há nenhum prejuízo se não tiver interesse em participar. Mesmo tendo consentido em participar no presente estudo e tendo respondido às questões feitas, pode sempre e a qualquer momento, pedir para ser retirado do estudo, e que os seus dados não sejam usados. Para tal deve contactar o investigador através do número de telefone ou email no fim deste documento. Deve ainda perguntar e esclarecer qualquer assunto que não tenha ficado claro com o observador.

Condições e financiamento: O presente estudo não beneficia de qualquer tipo de financiamento ou conflitos de interesse.

Confidencialidade e anonimato: Os dados são recolhidos garantindo a confidencialidade e anonimato e utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto. Todos os participantes serão identificados por um código numérico apenas, não havendo a associação dos dados recolhidos com o respetivo sujeito do estudo. Para o tratamento estatístico dos dados, irá manter-se o pressuposto de codificação por forma a garantir a continuidade do processo de anonimização dos dados recolhidos. O participante no estudo poderá retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar e podendo ter acesso e correção aos dados recolhidos pelo participante. O período de recolha de dados será de 1 ano, sendo o período para a guarda da informação recolhida de 5 anos. A análise dos dados será efetuada em ambiente que garanta a total privacidade dos mesmos.

Contato: nveiga@ucp.pt, +351 966454933

Viseu, 16 de dezembro de 2022

Nélcio Jorge Veiga (Investigador Principal)

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

Data Protection Officer – UCP:

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

E-mail: compliance.rgpd@ucp.pt

Consentimento informado

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

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

Nome do participante no estudo.

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____

Nome do investigador responsável.

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____

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

7.2. Questionário percepção cuidados prestados aos idosos pelos cuidadores institucionais, *Dental Coping Belief Scale*

Caracterização dos cuidados de saúde oral aplicados por cuidadores institucionais

A Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa encontra-se a desenvolver um estudo para a caracterização dos cuidados de saúde oral aplicados aos utentes e idosos institucionalizados. Este estudo ajudará a estabelecer estratégias para a promoção da saúde oral junto dos cuidadores institucionais, permitindo potenciar os cuidados de saúde oral prestados aos seus utentes/idosos.

Para tal, solicitamos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário. O questionário deve ser preenchido individualmente. As respostas são confidenciais, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar o questionário. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que responda a todas as questões.

1. Género: Feminino Masculino
2. Data de Nascimento: ___/___/____, ____ anos.
3. Área de residência: Aldeia Vila Cidade
4. Habilitações literárias:

Básico	<input type="checkbox"/>
Secundário	<input type="checkbox"/>
Ensino Profissional/Técnico	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior	<input type="checkbox"/>

5. Qual a instituição para que trabalha?

6. Há quanto tempo trabalha como cuidador(a) institucional?
 Menos de 1 ano 1-5 anos 6-10 anos Mais de 10 anos
7. Possui alguma formação específica na área da saúde?
 Sim Não
- 7.1. Se sim, qual a área de formação em saúde que apresenta? _____
8. Possui alguma formação específica em cuidados de saúde oral?
 Sim Não

9. Acha que a formação na área da saúde oral é importante no exercício da sua profissão?

- Sim Não

10. Selecione os métodos de higiene oral aplicado aos seus utentes.

- Escovagem com escova de cerdas duras
- Escovagem com escova de cerdas médias
- Escovagem com escova de cerdas suaves
- Escovagem com escova elétrica
- Escovilhão interdentário
- Fio/fita dentária
- Pasta dentífrica fluoretada
- Higienização com compressa/gaze húmida
- Colutórios (elixir para bochecho)
- Bochecho com água
- Evitar ingerir alimentos ou bebidas depois da última higienização oral noturna
- Higienização da prótese dentária com recurso a escova
- Higienização da prótese com recurso a água corrente
- Remoção da prótese durante a noite
- Manter a prótese em água num copo de vidro

Dental Coping Beliefs Scale - PT

Responder com:

- (a) Concordo totalmente
- (b) Concordo
- (c) Às vezes
- (d) Não concordo
- (e) Discordo totalmente

1. Acredito que os meus utentes são capazes de reconhecer quando precisam de ajuda com a sua higiene oral.

Concordo totalmente Concordo Às vezes Não concordo Discordo totalmente

2. Se escovar e utilizar corretamente o fio dentário, é expectável que tenha menos problemas dentários.

Concordo totalmente Concordo Às vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às vezes Não concordo Discordo totalmente

7. Acredito que a cárie dentária pode ser prevenida.

Concordo totalmente Concordo Às vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às vezes Não concordo Discordo totalmente

9. Se os pais tiverem má saúde oral, a escovagem e utilização do fio dentário não irá ajudar.

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

11. Acredito que sei utilizar corretamente o fio dentário.

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

12. É impossível prever e prevenir a maneira que certas doenças e medicações podem prejudicar os dentes.

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

15. Acredito que sei como prevenir candidíase oral.

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

21. Se soubesse os fatos sobre doenças orais, eu seria capaz de praticar melhores cuidados de saúde oral.

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

24. Acredito que um método de escovagem seja tão eficaz quanto qualquer outro.

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

25. Acredito que a doença gengival pode ser prevenida.

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

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

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

28. Acredito que a escovagem pode prevenir cáries.

Concordo totalmente Concordo Às Vezes Não concordo Discordo totalmente

Constanza GU, Fernando RO, Iris ES, Darinka MS. Oral health practices and beliefs among caregivers of the dependent elderly. *Gerodontology*. 2012;29:e742-7.

Godoy J, Rosales E, Garrido-Urrutia C, Godoy J, Rosales E, Garrido-Urrutia C. Creencias relacionadas al cuidado de la salud oral en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Antofagasta, Chile, 2019. *Odontoestomatologia* [Internet]. 2021 Nov 26 [cited 2022 Oct 12];38(38). Available from: <https://odon.edu.uy/ojs/index.php/ode/article/view/366>.

7.3. Parecer da Comissão de Ética

Parecer sobre o projeto nº251
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2019/2023

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

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

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

O presente estudo irá ser dividido em 3 fases.

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

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

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

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

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

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

Não se incluem grupos vulneráveis no estudo.

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

Anexado questionário.

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

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

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

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

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

Potenciais riscos/incómodos para os participantes: Não existem.

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

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

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

Cronograma compatível com datas possíveis.

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

Estiveram presentes na reunião nº 46 da CES-UCP

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas

Vice-Presidente: Doutora Teresa Marques

Doutor Jerónimo Santos Trigo

Doutor Pedro Garcia Marques

Dr. Eugénio Fonseca

Doutora Ana Mineiro

Doutora Marta Brites (por Zoom)

Mestre Ivone Gaspar

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



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

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

A Presidente,

Mara de Sousa Freitas

Mara de Sousa Freitas

09/02/2023