



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**SAÚDE ORAL E PREVENÇÃO DE DOENÇAS ORAIS NO IDOSO  
INSTITUCIONALIZADO**

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

Por:

Liliany Lisbel Diniz de Rocha

Viseu, 2016





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**SAÚDE ORAL E PREVENÇÃO DE DOENÇAS ORAIS NO IDOSO  
INSTITUCIONALIZADO**

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

Por:

Liliany Lisbel Diniz de Rocha

Orientador: Prof. Doutor Nélio Jorge Veiga

Coorientador: Prof. Doutor Paulo Ribeiro de Melo

Viseu, 2016



“Seja comum, seja simples, seja você quem for. Não há necessidade de ser importante, a única necessidade é de ser real. Ser real é existencial. Ser importante é viagem do ego.”

**OSHO**



## **DEDICATÓRIA**

Quero dedicar este percurso académico à minha mãe, pai e irmão, que nunca deixaram de acreditar em mim, que me deram força, que me apoiaram nos momentos mais difíceis e que me ensinaram que nunca é tarde para se concretizar um sonho.

Amo-vos, obrigado por tudo.



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, por tudo o que fizeram e fazem por mim. Por me terem ensinado a nunca desistir e a lutar pelos meus sonhos.

Ao meu irmão, o melhor irmão do mundo, que está sempre ao meu lado quando preciso, que chora e sorri comigo.

Ao meu namorado, pela paciência, compreensão e por toda a força e amor demonstrado neste meu percurso.

Ao Balto que me fez companhia no meu percurso académico.

Ao meu orientador Doutor Nélio Veiga, por toda a disponibilidade apoio e atenção. Sem a sua ajuda este trabalho não teria sido realizado.

Ao meu coorientador Doutor Paulo Melo pela disponibilidade. Obrigado por fazer parte integrante deste trabalho.

À Professora Carina Coelho pela disponibilidade e apoio durante este percurso académico. A todas as pessoas que fazem parte da minha vida, obrigado por tudo, por acreditarem em mim e por fazerem de mim uma pessoa melhor.

Às minhas amigas Ana, Mónica e Joana por me apoiarem, por acreditarem em mim, por me fazerem sorrir quando me sinto com menos força, por todo o apoio e amizade sem fronteiras.

Às minhas amigas e colegas Ana e Beatriz (Bel`s) por todos os momentos que nunca esquecerei, por toda a ajuda, pela companhia pelas lágrimas e sorrisos e pela amizade que levarei sempre comigo.

Às minhas amigas e colegas Inês e Carina por toda a disponibilidade, pela vossa amizade, nunca esquecerei o que fizeram por mim.

À minha amiga Rebotim que me ajudou muito neste meu percurso, não sei como agradecer, é inexplicável toda a força e apoio que me deu.

Às estrelinhas que estão no céu a olharem por mim e a protegerem-me.

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional é a grande conquista e, ao mesmo tempo, o grande desafio do século. A terceira idade acarreta muitas vezes alguma limitação ou dependência, com perda de algumas capacidades e ganho de condições ou patologias inerentes à idade. Esta faixa etária é caracterizada, na generalidade, por graves deficiências ao nível da higiene e/ou cuidado oral seja por falta de conhecimento ou perceção da necessidade, ou pela existência de obstáculos financeiros, físicos, entre outros que impedem o idoso de aceder a um especialista de saúde oral. **Objetivos:** Este estudo pretende caracterizar os comportamentos de saúde oral numa amostra de idosos institucionalizados bem como avaliar o grau de edentulismo e necessidade de reabilitação protética. **Metodologia:** A amostra em análise foi constituída por 118 indivíduos institucionalizados com idades compreendidas entre os 50 e os 96 anos, residentes em Viseu, Porto e Arganil nas quatro instituições abrangidas. Realizou-se um estudo epidemiológico observacional transversal em que a recolha de dados foi realizada através de um questionário que infere acerca da saúde oral e através de uma observação e análise intraoral. **Resultados:** Da amostra de 118 indivíduos (76,3% mulheres; 23,7% homens) a faixa etária predominante foi dos 81 aos 90 anos (39,50%). Verificou-se que os auxiliares do centro de dia ou lar são o principal prestador de cuidados (59,6%). Através da avaliação clínica foi possível verificar que os pacientes eram maioritariamente desdentados totais (50% maxila; 41,4% mandíbula) bem como que a sua própria saúde oral e estado das próteses eram insatisfatórias. **Conclusão:** É importante prestar uma maior atenção à saúde oral dos idosos institucionalizados e ter uma ponderação acrescida para uma melhor prevenção. Assim, para combater a saúde oral precária associada aos idosos institucionalizados é necessária a implementação de diretivas e estratégias adequadas às falhas ainda existentes na saúde oral direcionada ao idoso.

**Palavras-chave:** Idoso, institucionalização, prevenção, saúde oral, manifestações orais



## ABSTRACT

**Introduction:** Population aging is a big conquer and, at the same time, a great challenge of our century. The elderly is associated with some sort of limitation or dependency, with some loss of capacities and the gain of conditions or age-associated pathologies. This age group is characterized, in general, by a lack of oral healthcare thanks to the decrease of knowledge needing perception or by the presence of obstacles (financial, physical, among others) that creates difficulties among the senior citizen's access to an oral health specialist.

**Objectives:** This study aims to characterize the oral health behavior in a sample of institutionalized elderly and to assess the degree of tooth loss and the need of prosthetic rehabilitation. **Methodology:** The sample analysis consisted of 118 individuals aged between 50 and 96 years old living in Viseu, Porto and Arganil. This epidemiological observational cross-sectional study collected data by carrying out a questionnaire that inferred about the oral health of institutionalized elderly in four institutions and through intraoral examination.

**Results:** In the sample of 118 individuals (76.3% - women; 23,7% - men) the predominant age range was 81-90 years (39,5%). It was found that the home and institution caregivers are the primary care providers (59.6 %). Through clinical evaluation it was possible to verify that the patients were mostly edentulous (50% upper jaw; 41,4% lower jaw) and that the oral health and prosthetic rehabilitation of the sample was unsatisfactory.

**Conclusion:** It is important to pay more attention to the oral health of institutionalized elderly and have an increased care in order to obtain better prevention. Thus, to decrease poor oral health associated with institutionalized elderly it is necessary to implemente appropriate policies and strategies to decrease the remaining gaps among the oral health.of the elder.

**Keywords:** Elder, institutionalized, prevention, oral health, oral manifestations



# ÍNDICE

---

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVOS.....	9
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	13
3.1. O ENVELHECIMENTO .....	13
3.1.1. O envelhecimento a nível global e em Portugal: .....	13
3.1.2. A terceira idade.....	16
3.1.3. A institucionalização .....	19
3.2. SAÚDE NA TERCEIRA IDADE.....	20
3.2.1. Patologias sistémicas e crónicas com maior prevalência no idoso: 21	
3.2.2. A relação entre saúde sistémica e saúde oral .....	22
3.3. SAÚDE ORAL .....	22
3.3.1.1. Cárie Dentária .....	27
3.3.1.2. Doença periodontal .....	29
3.3.1.3. Edentulismo e o uso de prótese;.....	30
3.3.1.4. Lesões dos tecidos moles e língua .....	32
3.3.1.5. Xerostomia .....	34
3.3.1.6. Síndrome da boca ardente.....	35
3.4. TRATAMENTO DA CAVIDADE ORAL.....	37
3.4.1. A prevenção:.....	38
3.4.2. O diagnóstico das necessidades de tratamento da cavidade oral	39
4. METODOLOGIA .....	45
5. RESULTADOS .....	51
6. DISCUSSÃO.....	69
7. CONCLUSÃO .....	77

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	83
-------------------------------------	----

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

<b>Figura 1-</b> Critérios de qualidade de vida relacionados com a saúde oral, adaptado de Sischo et al. (2011).....	39
--	----



## ÍNDICE DE TABELAS

---

<b>Tabela 1</b> - Condições sistêmicas e a sua relação com a saúde oral e respetivo tratamento, adaptado de Ghezzi <i>et al.</i> (2000). .....	25
<b>Tabela 2</b> - Critérios fundamentais e adicionais no diagnóstico do Síndrome da boca ardente, adaptado de Scala <i>et al.</i> (2003).....	36
<b>Tabela 3</b> - Género, idade, localidade, residência, habilitações e estado civil da amostra. ....	52
<b>Tabela 4</b> - Principal prestador de cuidados e pessoas com quem coabita da amostra. ....	53
<b>Tabela 5</b> - Atividade física, fumar, álcool, tomar mais de 3 medicamentos e stress da amostra.....	53
<b>Tabela 6</b> - Hábitos de higiene oral e alterações das estruturas orais da amostra. ....	54
<b>Tabela 7</b> - Relação da prótese dentária com a amostra. ....	55
<b>Tabela 8</b> - Perfil de impacto na saúde oral da amostra.....	57
<b>Tabela 9</b> - Classificação de Kennedy da amostra.....	58
<b>Tabela 10</b> - Tipo de prótese e suas consultas da amostra. ....	59
<b>Tabela 11</b> - Estado da saúde oral da amostra. ....	60
<b>Tabela 12</b> - Análise descritiva da correlação dos dados do Índice de CPOD com a toma de mais de três medicamentos.....	61
<b>Tabela 13</b> - Análise descritiva da correlação dos dados do Índice de CPOD com as habilitações.....	61

<b>Tabela 14-</b> Análise descritiva da correlação dos dados do Índice de CPOD com escovagem diária. ....	62
<b>Tabela 15-</b> Análise descritiva da correlação da utilização do uso de prótese com habilitações literárias. ....	62
<b>Tabela 16-</b> Análise descritiva da correlação do género com a escovagem diária. ....	63
<b>Tabela 17-</b> Análise descritiva da correlação do género com o número de escovagens .....	64
<b>Tabela 18-</b> Análise descritiva da correlação do tipo de prótese inferior e satisfação com a prótese.....	64
<b>Tabela 19-</b> Análise descritiva da correlação do tipo de prótese superior e satisfação com a prótese.....	65
<b>Tabela 20-</b> Análise descritiva da correlação da satisfação e consultas de prótese. ....	66
<b>Tabela 21-</b> Análise descritiva da correlação higiene oral e escovagem diária. ....	66

## **Índice de Abreviaturas**

---

OMS- Organização Mundial de Saúde

WHO- World Health Organization

INE- Instituto Nacional de Estatística

UE- União Europeia

SBA- Síndrome da Boca Ardente

ICDAS- Sistema Internacional para a Detecção e Evolução de Cárie

Índice CPOD- Dentes Cariados Obturados Perdidos



# **1.INTRODUÇÃO**

---



# 1. INTRODUÇÃO

---

No século passado, o Mundo presenciou a um declínio sem igual nas taxas de mortalidade, causando um aumento considerável da população humana. No presente século, lado a lado com este fenómeno assistimos à queda nas taxas de natalidade que lhe dará a marca de século do envelhecimento. O aumento da esperança média de vida é uma das maiores conquistas da Humanidade. As comunidades médica e científica têm como objetivo primordial a manutenção da qualidade de vida para que o cidadão idoso possa realmente usufruir dos anos “extra” que a evolução lhe proporcionou.<sup>(1-3)</sup>

Com o envelhecimento da população, verifica-se um aumento da incidência de patologias que perduram por anos, com necessidade de cuidados, tratamento e medicação constantes. Este quadro é uma consequência direta e inerente ao envelhecimento e um desafio tanto para o cidadão idoso como para a família, refletindo-se num aumento da carga sobre os sistemas de saúde e das unidades especializadas no cuidado integral destes doentes.<sup>(3)</sup>

O cidadão envelhecido sofre, usualmente, de alguma limitação, seja ao nível da capacidade de suprimento das necessidades pessoais ou na realização das atividades diárias comuns de vivência. Considera-se que uma limitação está presente quando o indivíduo carece do auxílio de terceiros para executar estas atividades, tendo de existir uma retaguarda de apoio adequada às suas carências, seja a família, um cuidador ou uma instituição ou lar de idosos que atualmente são a principal e a primeira opção à assistência do idoso dependente.<sup>(4)</sup>

A *Organização Mundial de Saúde* (OMS) assinala a população sénior como um alvo importante dos cuidados de saúde oral. O processo de envelhecimento acarreta, direta ou indiretamente, o aumento do risco de doença oral e a presença de problemas a nível da saúde geral, de doença crónica ou de terapia medicamentosa que podem estar na origem de diversas manifestações orais, bem como, agravar problemas orais já existentes.<sup>(5,6)</sup>

São diversas as condições orais prevalentes no doente geriátrico: alterações do estado da dentição, cáries radiculares, perda de suporte periodontal e edentulismo com repercussões a nível funcional e estético. Condições relacionadas com o uso de prótese, lesões da mucosa oral, patologia maligna oral, xerostomia ou dor e desconforto craniofacial são, também, consideradas complicações frequentes no idoso que diminuem a qualidade de vida do paciente e que devem ser eficientemente diagnosticadas e tratadas.<sup>(7-11)</sup>

A degeneração geral da saúde e estado físico e psicológico do idoso remetem-nos para a necessidade de manutenção da sua qualidade de vida. A preservação da capacidade mastigatória e do paladar, expressão verbal e estética são fatores importantes para o desempenho pessoal e social destes doentes e devem ser valorizados e alcançados através de uma higiene e cuidado oral regular e de um acompanhamento da saúde e necessidades orais.<sup>(12)</sup>

São diversos os obstáculos que se interpõem entre o doente idoso institucionalizado e o acesso aos cuidados de saúde oral, necessários nomeadamente: 1) o custo monetário dos tratamentos; 2) a falta de perceção das necessidades; 3) as dificuldades de deslocamento; 4) a ausência de educação para a saúde oral; e 5) a própria negligência ou falta de preparação dos profissionais de saúde presentes nos lares. Concomitantemente, a fragilidade física ou a limitação funcional são fatores de risco que impedem o doente de executar uma correta higiene oral ou de poder deslocar-se até uma unidade de cuidados médico-dentários.<sup>(5,13)</sup>

Dentro da população sénior, os indivíduos das camadas socioeconómicas mais desfavorecidas ou institucionalizados apresentam maior risco de doença oral pelo facto de existir uma associação com a presença de uma fraca saúde geral ou algum grau de limitação funcional.<sup>(10,14)</sup>

O grande desafio consiste em ultrapassar os obstáculos ainda existentes entre o doente geriátrico e os cuidados de saúde oral adequados e criar estratégias e

diretivas que possam educar os profissionais e cuidadores geriátricos e médicos dentistas para a saúde oral desta população.<sup>(5)</sup>

Acredita-se que um acesso regular e adequado a cuidados de saúde oral pode reduzir níveis de morbidade prematuros, ou mesmo de mortalidade. Os profissionais de saúde oral perante um doente idoso devem adaptar o plano de tratamento às exigências próprias da faixa etária, priorizando a manutenção da função, tanto ao nível da mastigação como da fala, essenciais na manutenção da qualidade de vida do paciente. É importante fazer uma monitorização regular das condições de saúde, oral e sistémica, e atuar dando especial atenção à prevenção e à educação para a saúde oral.<sup>(3,15)</sup>

A OMS, num programa apresentado com o intuito de melhorar a saúde oral no século XXI, referiu que a saúde oral não se deve cingir à existência de dentes saudáveis, mas também envolver a ausência de dor crónica oro-facial; de cancro oral ou faríngeo; de lesões nos tecidos orais; de defeitos orais congénitos; ou de outros problemas ou complicações que afetem os tecidos dentários, orais ou craniofaciais (complexo craniofacial).<sup>(16)</sup>

Embora a saúde oral deva ser vista como um todo que envolve o complexo craniofacial, não podem ser desvalorizadas as duas patologias mais prevalentes a nível mundial, e muito comuns no idoso – a cárie dentária e a doença periodontal. O edentulismo, por sua vez, continua bastante presente em adultos com mais de 65 anos, em muitos dos países industrializados.<sup>(16)</sup>



## **2.OBJETIVOS**

---



## **2. OBJETIVOS**

---

1. Caracterizar os comportamentos de saúde oral numa amostra de idosos institucionalizados, que pretendam participar e estabelecer estratégias para o melhoramento dos mesmos.
2. Avaliar o grau de edentulismo e necessidade de reabilitação protética.
3. Determinar a prevalência de doenças orais em idosos institucionalizados e avaliação da reabilitação oral realizadas.
4. Determinar métodos de prevenção das doenças orais e de educação para a saúde oral adequados à população geriátrica, a implementar em instituições e a transmitir aos cuidadores e profissionais responsáveis pelo auxílio, acompanhamento e tratamento do idoso nas mesmas.



### **3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

---



### **3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

---

#### **3.1. O ENVELHECIMENTO**

##### **3.1.1. O envelhecimento a nível global e em Portugal**

O Fundo de população das Nações Unidas referiu no relatório de 2012 sobre o Envelhecimento no séc. XXI, que “*O envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI (...)*”, reforçando esta ideia com o relato de que, a nível mundial a cada segundo, duas pessoas celebram o seu sexagésimo aniversário. O aumento da camada sénior é um fenómeno global, embora esteja a ocorrer mais rapidamente e significativamente nos países desenvolvidos.<sup>(17,18)</sup>

Atualmente, os cidadãos com 80 anos ou mais representam apenas 2% da população mundial e espera-se que nos próximos 40 anos este valor quadruplique, prevendo-se um total estimado de 400 milhões de indivíduos idosos, em 2050. Se alargarmos o limite da idade, tendo em conta indivíduos com 60 anos ou mais, estes correspondem a 810 milhões da população mundial atual, estimando-se que em 2050 sejam 2 biliões. Na Europa, aproximadamente 15% da população são cidadãos com mais de 65 anos, e seguindo a tendência atual pressupõe-se que esta faixa etária, em 2050, ocupe uma proporção superior na ordem dos 27,9% da população total europeia.<sup>(17,19,20)</sup>

Existem quatro fatores importantes na determinação do crescimento e envelhecimento populacional - a taxa de fertilidade, a esperança média de vida, a migração e a emigração. A diminuição da fertilidade e o aumento da esperança média de vida são os fatores de maior peso no envelhecimento das populações.<sup>(1,19,21)</sup>

Em relação às taxas de fertilidade, o decréscimo das mesmas está diretamente relacionado com o desenvolvimento social e económico. Mais especificamente, a alteração do papel da mulher na sociedade. O sexo feminino abandonou o lar para lutar por um lugar no mundo do trabalho, o que implica que muitas vezes

não seja possível conciliar o acompanhamento e cuidado da criança com o emprego, refletindo-se numa diminuição da capacidade ou disponibilidade das famílias para terem filhos. A educação para o planeamento familiar, com a utilização efetiva de meios de controlo de natalidade contribuiu também fortemente para a diminuição dos nascimentos. Cumulativamente, o aumento dos custos da educação e do desenvolvimento social e pessoal das crianças, e mesmo dos custos inerentes ao suporte de outro membro familiar, levou à decisão dos pais terem menos filhos.<sup>(1,22,23)</sup>

A esperança média de vida, estima o número de anos que é expectável uma pessoa viver e o seu aumento está intimamente relacionado com a evolução dos cuidados de saúde. Nos dias de hoje, nos países desenvolvidos, mais de 75% dos indivíduos morre após os 75 anos de idade.<sup>(1)</sup>

Inicialmente, as taxas de mortalidade começaram o seu decréscimo devido à implementação de novos hábitos de higiene, estruturas sanitárias e sistemas de esgotos e melhoria das condições habitacionais e de trabalho. Não só estas medidas de saúde pública permitiram que o ser humano vivesse mais e melhor, mas também novas descobertas científicas e médicas foram os alicerces para este grande passo. Nesta área, a vacinação, a compreensão do contágio e da infeção, a antibioterapia e a educação sexual prevenindo a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis potencialmente fatais constituíram marcos evolutivos importantes no aumento da esperança média de vida.<sup>(1)</sup>

Entre 2010 e 2015, a expectativa de vida ao nascer era de aproximadamente 78 anos de idade nos países desenvolvidos e de 68 anos nos países em desenvolvimento. Dentro de 35 anos, em 2050, um recém-nascido deverá esperar uma maior longevidade, estimando-se que viva até aos 83 anos nos países desenvolvidos e até aos 74 nas regiões em desenvolvimento.<sup>(17)</sup>

Embora se considerem menos significativas, a emigração e imigração vão afetar diretamente a caracterização demográfica de uma população. Como a maioria dos indivíduos que migram são parte integrante da população mais jovem de um país ou região, isto causará o seu envelhecimento. Em países

onde ocorre uma quebra populacional acentuada, lado a lado com um envelhecimento marcado, a imigração pode ser uma solução para esta problemática, ao trazer para o país jovens ativos, representantes da força trabalhadora e fértil, que poderão contrariar a tendência do envelhecimento.<sup>(1)</sup>

Em Portugal, observamos a mesma tendência. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), publicação de 2007 referente ao Dia Internacional do Idoso, o número de idosos tem aumentado, especialmente na faixa dos 80 anos ou mais, esperando-se que, nos próximos 25 anos, o número de cidadãos sénior duplique o número de jovens (0 aos 14 anos). O índice que estima o grau de envelhecimento populacional, baseando-se no ratio entre a população idosa e a população jovem, revela que em 1990, por cada 100 jovens tínhamos 68 idosos. O envelhecimento populacional é então confirmado pelo mesmo cálculo para o ano de 2006, em que existiam 112 idosos por cada 100 jovens.<sup>(24)</sup>

Em 2015, no Dia Mundial da População, o INE relata em Portugal a mesma condição demográfica existente em 2007 – a existência de uma população envelhecida. Fazendo uma comparação com os restantes 28 países membros da União Europeia (UE), Portugal encontra-se em 5.º lugar no que se refere ao índice de envelhecimento e sendo o 3.º país com valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa.<sup>(25)</sup>

Em 2013 a EUROSTAT, referiu que Portugal apresentava uma das pirâmides etárias mais envelhecidas em relação a todos os 28 estados membro da UE. Estes valores indicam que o valor global de percentagem de jovens na UE correspondia a 15.6%, enquanto que Portugal apresentava um valor inferior de 14.6%. A proporção de idosos, na UE, seria de 119 idosos para 100 jovens. Este índice de envelhecimento apresenta valores mais elevados em países como a Alemanha, Itália, Bulgária, Grécia e Portugal, onde residiam em 2013, 136 idosos por cada 100 cidadãos jovens.<sup>(25,26)</sup>

Fazendo uma análise dos dados demográficos, nomeadamente, alterações na população residente em Portugal, tendo em conta a queda da natalidade, o aumento da longevidade e, cumulativamente, o impacto das taxas de

emigração, prevê-se, a par com o cenário mundial estimado, a continuação do envelhecimento demográfico, nos próximos anos.<sup>(27)</sup>

### **3.1.2. A terceira idade**

Segundo a OMS, é considerado idoso um indivíduo com idade a partir dos 60, nos países em vias de desenvolvimento, e 65 anos, nos países desenvolvidos. Não obstante, o processo de envelhecimento não se rege apenas pela idade mas por uma complexidade de mecanismos biológicos, psíquicos e sociais. Assim, devemos considerar a idade social (papel, estatuto e hábitos da pessoa no meio social em que se insere), idade psicológica (competências comportamentais, como a memória, a motivação e a inteligência, face a estímulos do ambiente) e a idade biológica (envelhecimento orgânico e diminuição da capacidade funcional).<sup>(6,28)</sup>

O paciente idoso é definido pelo *Bureau of Health Professions* como aquele que apresenta necessidades e requer cuidados relativos à saúde que diferem significativamente daqueles que são característicos da população jovem, e que são complicados pelas alterações físicas, comportamentais e sociais associados ao envelhecimento. A idade é um parâmetro que não deve ser tido em conta isoladamente.<sup>(5)</sup>

Em 1980, Glascock realizou uma análise da terceira idade, criando uma base para a definição desta faixa etária, que ainda hoje é aplicável ao idoso. Assim, é necessário ter em conta: a idade cronológica, mudanças ao nível do papel social do indivíduo e mudanças ao nível das suas capacidades (invalidez, senilidade e alteração das características físicas). Este estudo concluiu também que o papel social do indivíduo é o parâmetro que apresenta maior peso na inclusão do indivíduo nesta faixa etária. Glascock considerava a alteração do papel social como a transição entre o indivíduo trabalhador e produtor ativo do país para o cidadão reformado, contudo, hoje em dia e devido ao aumento da esperança média de vida, as pessoas vivem até mais tarde e com saúde, sendo que os idosos continuam ativos e capazes mesmo depois da idade da reforma (65 anos em Portugal), mantendo o emprego até mais tarde.<sup>(29)</sup>

O aumento da esperança média de vida só pode ser visto como uma conquista benéfica se vier acompanhada pela existência de qualidade de vida para os idosos. O envelhecimento populacional ocorreu rapidamente e a sociedade ainda não se adaptou completamente e eficazmente a este novo padrão demográfico. Devem ser instituídas medidas que valorizem e contribuam para a capacidade funcional, a autonomia, a participação e a autossatisfação dos cidadãos sénior. Estes devem manter um papel social ativo, cultivando novos significados para a vida na idade avançada. Os Sistemas de Saúde e as suas unidades e estruturas devem basear-se numa política de prevenção, educação para a saúde, cuidado e atenção integral à saúde do idoso.<sup>(3,21)</sup>

Torna-se necessário estabelecer que estamos perante um estado de saúde deteriorado devido à idade, sendo o idoso mais vulnerável. Também a existência de fatores de risco poderá afetar a saúde do cidadão mais velho, ao originar doenças e condições que, por sua vez, acarretam a perda ou comprometimento funcional e a dependência. Traduz-se por uma transição de uma vida saudável para uma condição de incapacidade, fragilidade e, conseqüentemente, a mortalidade.<sup>(1,18,30)</sup>

A Direcção-Geral de Saúde, no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, realça que “*o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida (...)*”. As diretivas aqui divulgadas visam o alcance de uma vida saudável, com autonomia durante o máximo de tempo possível, para os cidadãos da terceira idade, através de mudanças nos comportamentos e atitudes não só dos idosos, mas também dos serviços de saúde e de apoio social.<sup>(31)</sup>

O envelhecimento é determinado por vários fatores intrínsecos e extrínsecos. A individualidade, a biologia, a genética e a própria psicologia de cada um influencia este processo, do mesmo modo que o ambiente em que cada um se insere e os seus hábitos, comportamentos e estilo de vida afetarão a chegada à idade mais avançada.<sup>(18,31)</sup>

Cancela (2008) define o envelhecimento como “*um processo de degradação progressiva e diferencial*”. O ser humano, como qualquer organismo multicelular, vive durante um intervalo limitado de tempo nasce, vive e morre. A última fase da vida destes organismos é denominada de senescência, correspondendo à fase do envelhecimento, e traduz-se pela diminuição da capacidade funcional.<sup>(28)</sup>

Quando se fala em qualidade de vida na terceira idade, são a autonomia e a independência que devem prevalecer. Contudo, diversas são as alterações inerentes à idade que devem ser geridas e colmatadas para que este objetivo se atinja, entre elas a patologia crónica múltipla, os acidentes domésticos e de viação, os frequentes internamentos (hospitalares ou institucionais), o isolamento social, a fragilidade económica, a alteração da estrutura familiar aliada ao luto, a polimedicação e a inadaptação a todo o dinamismo e consequências diretas do envelhecimento.<sup>(31)</sup>

Uma vida mais longa significa também uma maior probabilidade de doenças derivadas de fatores ambientais, como a neoplasia. O aumento da esperança média de vida trouxe-nos vidas mais longas, muitas vezes livres de doenças fatais, mas carregadas de outras condições que requerem cuidados regulares e que se estenderão até ao fim da vida dos doentes, como a demência, doença de Alzheimer ou doenças crónicas como a patologia cardiovascular. Os países em desenvolvimento ultrapassaram as doenças infecciosas e parasitárias para sofrerem agora com a ação de condições crónicas e degenerativas.<sup>(10,21,22)</sup>

Lunenfeld *et al.* (2013) ao analisar as consequências clínicas do envelhecimento evidenciou o papel da pobreza, considerando-a como um dos maiores obstáculos a uma velhice saudável. Existem muitas diferenças nos problemas inerentes ao envelhecimento entre um país desenvolvido e um país em vias de desenvolvimento. No último, a terceira idade está associada a uma dieta pobre e desequilibrada, saúde instável e fraca e condições habitacionais inadequadas, sendo todos estes fatores agravados pela pobreza acentuada. Por outro lado, nas regiões desenvolvidas é a doença crónica o principal problema, a par com as doenças degenerativas.<sup>(1)</sup>

### 3.1.3. A institucionalização

A desagregação familiar, associada aos estilos de vida atuais e à emigração, obriga os idosos a viverem sozinhos sem qualquer tipo de apoio. Durante anos, a família era a base de apoio e acompanhamento dos familiares envelhecidos. A introdução da mulher no mercado de trabalho, a alteração do padrão familiar com famílias menos numerosas, a urbanização, a industrialização e a migração de áreas rurais para áreas urbanas são alterações sociais com efeito negativo nos cuidados do idoso. O cuidado do familiar mais velho é transferido para o Estado ou para Instituições particulares.<sup>(1,4)</sup>

O idoso, quando num estado de limitação de algumas capacidades, necessita de apoio constante que colmate as suas necessidades. Assim podemos ter um apoio informal – assegurado essencialmente pela família, amigos ou vizinhos – ou uma base de apoio formal – que consiste em serviços, associados ao Estado, Segurança Social ou ao poder local. Estes serviços de apoio social formal podem constituir lares para a terceira idade, serviços de apoio ao domicílio, centros de dia e centros de convívio.<sup>(4)</sup>

Um lar de idosos é definido como “*o estabelecimento em que são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes*”.<sup>(4,32)</sup>

Pynnönen *et al.* (2012) refere que as atividades sociais coletivas podem estar fortemente associadas com uma redução no risco de mortalidade ou de necessidade de institucionalização do idoso. A manutenção de um papel social ativo “fortalece” a saúde da terceira idade, contudo o cidadão idoso experiencia, muitas vezes, a solidão. A morte do cônjuge, o isolamento em zonas rurais com migração das camadas familiares mais jovens, a transição de uma posição ativa no mercado de trabalho para o aposentamento contribui

para este sentimento de inutilidade e isolamento e uma influência negativa na sua saúde.<sup>(33)</sup>

A inatividade física é também um grave problema e fator de risco importante na institucionalização e mesmo morte do idoso. A idade avançada causa, inevitavelmente, algum decréscimo nas capacidades físicas e mentais, não obstante, um estilo de vida sedentário adotado comumente por esta faixa etária contribui fortemente para o declínio da saúde no idoso e necessidade de institucionalização, estando relacionado também com a ocorrência de diversas patologias crônicas como a diabetes *mellitus* ou a obesidade.<sup>(34)</sup>

A perda da capacidade funcional é referida como a principal razão para a institucionalização do indivíduo idoso, e está relacionada com a perda de autonomia na realização de tarefas do cotidiano e, conseqüentemente, a instalação de algum grau de dependência. Outros fatores que desencadeiam a institucionalização do cidadão sênior são a perda do cônjuge já mencionada, que simboliza a perda de apoio/auxílio, condições precárias de saúde, distúrbios comportamentais, falta de condições/espço físico para a atuação de uma retaguarda familiar ou social, falta de recursos financeiros, solidão, necessidade de reabilitação de alguma condição patológica ou intervenção e o abandono pela família.<sup>(35,36)</sup>

Quando há necessidade de institucionalização do idoso é importante ter a clara noção das suas carências específicas, diferenciando aqueles que precisam de apoio especializado daqueles que possuem ainda independência e autonomia. Torna-se necessário traçar o perfil do idoso, diferenciando aqueles que vivenciam um envelhecimento bem-sucedido daqueles que demandam atenção profissional especializada guiando a escolha da instituição adequada.<sup>(35)</sup>

### **3.2. SAÚDE NA TERCEIRA IDADE**

O envelhecimento, como já mencionado, conduz a uma série de alterações fisiológicas em que o organismo tem dificuldade em manter a homeostasia e perde capacidade funcional, principalmente quando submetido a situações de *stress* físico ou emocional que desencadeiam o surgimento de condições ou

patologias crônicas. A terapia medicamentosa regular, em regime de polimedicação, é outro fator de extrema importância no padrão de saúde do cidadão idoso.<sup>(19,28)</sup>

### **3.2.1. Patologias sistêmicas e crônicas com maior prevalência no idoso**

Frequentemente a ocorrência de patologias crônicas no idoso apresenta combinações em tríade, em que mais do que uma condição afeta estes doentes. O padrão mais comum consiste na incidência de hipertensão, juntamente com desordens do metabolismo dos lípidos (aterosclerose, por exemplo) e dor crônica lombar. Estas três condições, a par com a diabetes *mellitus*, a osteoartrite e a doença cardíaca isquêmica crônica são as principais patologias a acometer o cidadão sénior. Outras condições crônicas acarretam um grande risco de morbidade para o idoso, aumentando a probabilidade de necessidade de institucionalização, como a obesidade e a insuficiência renal (mais comum no sexo masculino), cálculos no trato urinário e desordens ao nível do metabolismo da purina e pirimidina como a hiperuricemia e a gota (afeta mais as mulheres).<sup>(37)</sup>

Diederichs *et al.* (2010), numa revisão sistemática sobre a coexistência de condições crônicas que afetam o mesmo indivíduo, refere que as principais patologias que atingem os idosos e que são mencionadas em variados índices que analisam e categorizam a ocorrência de multimorbidades são: a diabetes *mellitus*, a hipertensão e a doença cerebrovascular/enfarte do miocárdio.<sup>(37)</sup>

A Organização Mundial de Saúde em “*Health Report 2002*” analisa quais as patologias com maior prevalência global, os fatores de risco associados, e as suas consequências como a incapacidade ou a morte. Esta investigação demonstra que a prevalência de doença crônica não transmissível como doença cardiovascular, doença respiratória crônica, doença cancerígena e diabetes aumenta exponencialmente com a idade. Assim, percebe-se porque estas doenças são as principais causadoras de incapacidade e mortalidade global.<sup>(20)</sup>

### 3.2.2. A relação entre saúde sistémica e saúde oral

A saúde oral é um importante componente da saúde geral do paciente. Num paciente idoso, as doenças orais podem não ser consequência direta da idade, mas derivadas de patologias sistémicas e dos seus tratamentos que comprometem a saúde oral e, deste modo, a qualidade de vida do paciente.<sup>(7,10)</sup>

Muitas das doenças crónicas, tal como a doença oral, são devidas a alguns fatores de risco modificáveis por serem de carácter comportamental, tal como dieta desequilibrada e pouco saudável, tabaco, álcool em excesso e *stress*.<sup>(16)</sup>

Kandelman *et al.* (2008) analisou o impacto da saúde oral no estado geral de saúde do idoso, através de uma revisão de literatura científica relativa ao tema, tendo verificado uma forte associação entre diabetes doença periodontal, edentulismo e pobre nutrição.<sup>(38)</sup>

Tonetti *et al.* (2013) analisaram a relação entre doença periodontal e doença cardiovascular aterosclerótica. A patologia oral constitui um dos principais problemas de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento. Os dados existentes demonstram uma grande discrepância na prevalência de patologia oral de país para país, e dentro do mesmo país, devido às diferenças sociais e económicas, com desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre áreas urbanas e rurais.<sup>(39)</sup>

### 3.3. SAÚDE ORAL

A saúde oral não recebe a devida atenção e importância por parte da população em geral, sendo que, o mesmo se verifica e intensifica nas camadas mais velhas que raramente recorrem ao tratamento oral. Muitos são os obstáculos que impedem que a população idosa tenha acesso aos cuidados de saúde oral. Uma das principais causas é uma pobre condição socioeconómica. Por outro lado, é comum os profissionais de saúde ou cuidadores do idoso das instituições responsáveis pelo cuidado parcial ou integral do idoso concederem

pouca prioridade ou importância a problemas de saúde oral, não estando suficientemente consciencializados da necessidade de monitorização da condição oral ou dos cuidados orais regulares.<sup>(20,40)</sup>

O profissional de saúde oral que acompanha o idoso deve prestar especial atenção ao estado geral de saúde do doente, tendo em conta as patologias sistémicas específicas de que sofre e os tratamentos medicamentosos a que é sujeito. O planeamento de tratamento oral deve basear-se no estado de saúde do idoso, tendo em conta a fragilidade do mesmo e o comprometimento das suas capacidades físicas, mentais e sociais.<sup>(19)</sup>

Na população idosa, as queixas orais mais comuns estão relacionadas com algias, dificuldades na fala, na mastigação e na deglutição. Cumulativamente, desencadeiam-se outros aspetos negativos como constrição da escolha alimentar, perda de peso, dificuldades de comunicação e baixa autoestima. Embora estas condições não acarretam a morte ou um quadro clínico grave, bem como a maioria dos problemas de saúde oral, implicam por outro lado um comprometimento do bem-estar do idoso, afetando diretamente a sua qualidade de vida.<sup>(10,20,38,41)</sup>

Não obstante, o cancro oral causa cerca de 8000 mortes por ano, sendo as suas vítimas na maioria idosos (indivíduos com mais de 65 anos de idade).<sup>(10)</sup>

Relativamente às doenças cardiovasculares estas são consideradas a maior causa de morte do idoso e a terceira condição crónica mais comum nesta população. Embora sejam necessários mais estudos e mais provas médicas e científicas, é relatada uma íntima relação entre estas patologias, problemas periodontais e dentários. De modo a clarificar a interação entre a saúde sistémica no idoso e as suas consequências orais pode referir-se que a angina apresenta sinais e sintomas orofaciais como algias ao nível do pescoço e mandíbula podendo estender-se à área dentária. Cumulativamente, o tratamento das patologias cardiovasculares apresenta manifestações orais, sendo que, a farmacoterapia com agentes hipertensores causa disfunção salivar (diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio e beta bloqueadores),

aumento do volume gengival com inflamação (bloqueadores dos canais de cálcio), distúrbios no paladar e reações liquenóides (diuréticos tiazídicos).<sup>(7)</sup>

A Tabela 1, adaptada de Ghezzi *et al.* (2000), demonstra as considerações orais derivadas de algumas patologias e condições sistêmicas, bem como o tratamento ou cuidado oral necessário e adequado a cada caso, comprovando a íntima relação entre saúde geral e saúde oral.<sup>(7)</sup>

**Tabela 1** - Condições sistêmicas e a sua relação com a saúde oral e respetivo tratamento, adaptado de Ghezzi *et al.* (2000). <sup>(7)</sup>

Condição Sistémica	Causa	Considerações orais	Considerações de tratamento
Distúrbios de coagulação	Terapia anticoagulante; Quimioterapia; Cirrose hepática; Doença renal	Aumento do risco de sangramento	Alterar terapia anticoagulante; Limitar a cirurgia dento-alveolar: Utilizar métodos de anticoagulantes tópica
Imunossupressão	Cirrose alcoólica; Quimioterapia; Diabetes; Medicação; Terapia de transplante de órgãos; Doença renal	Infeção microbiana	Medicamentos antimicrobianos apropriados
Substituição da articulação	Acidentes; Osteoartrite; Artrite Reumatoide	Aumento do risco de infeções de próteses articulares tardias	Profilaxia antibiótica
Sequelas de radiação	Radiação cabeça e pescoço;	Hipofunção salivar; Mucosite; Osteoradionecrose; Aumento do risco de cárie; Disfagia; Disgeusia; Dificuldade com a mastigação; Infeção microbiana; Retenção da prótese debilitada	Regular o uso de flúor; Substitutos e estimulantes salivares; Higiene oral agressiva Manipulação da dor
Terapia com esteroides	Doença autoimune; Terapia de transplante de órgãos	Infeção Microbiana; Aumento do risco de insuficiência adrenal	Medicação antimicrobiana apropriada; suplementação de esteroides para procedimentos odontológicos
Dano valvular/ sopro cardíaco	Cardiopatia adquirida; Defeito congénito do coração; Transplante valvular	Aumento do risco de desenvolver endocardite bacteriana subaguda	Profilaxia antibiótica

A diminuição da acuidade gustativa ou perda desta capacidade está bastante associada à velhice acometendo principalmente indivíduos com idade acima

dos 50 anos. Contudo, é também referido que este fenómeno pode ocorrer como consequência de uma higiene oral pobre, comum nesta faixa etária.<sup>(40)</sup>

### **3.3.1. Patologias orais no idoso**

Com o avançar da idade a mucosa oral fica cada vez mais permeável pois a capacidade do epitélio de se renovar vai diminuindo. Assim, a ação de estímulos externos agressores é mais eficaz e notória entre eles podemos destacar: o álcool, o fumo, os agentes farmacológicos, as doenças crónicas, as deficiências nutricionais, os agentes infecciosos e as próteses. A identificação do idoso como um indivíduo saudável tem como critérios: 1) a manutenção da dentição natural bem como da funcionalidade e da eficiência no cumprimento de funções como a mastigação e a fala; 2) a conservação do paladar; e 3) a manutenção do desempenho social e biológico, ao nível da estética e do conforto.<sup>(12)</sup>

Ao longo do decorrer da vida, as peças dentárias estão, gradualmente, mais sujeitas a dois tipos de problemas orais distintos, mas cumulativos: cárie dentária e doença periodontal. Estes são as principais causas do edentulismo (perda dentária parcial ou total) que corresponde a um padrão oral comum no paciente idoso.<sup>(42)</sup>

Várias são as manifestações da idade na cavidade oral e, de um modo mais generalista, ocorre atresia dos canais radiculares devido à deposição de dentina nas paredes canales internas, retração dos tecidos periodontais por redução do número de células bem como das suas capacidades. A perda dentária ou abrasão das peças dentárias existentes na cavidade oral causam uma diminuição da dimensão vertical de oclusão originando queilite angular. Também um comprometimento do desempenho das glândulas salivares, pela redução do seu tamanho e função ou pela redução do volume e concentração dos seus constituintes, pode causar queixas de xerostomia. Com o avançar da idade ocorre perda das papilas filiformes e circunvaladas, e também o aparecimento de fissuras e varicosidades na superfície ventral lingual. Todas estas alterações terão consequências negativas ao nível do paladar. Relativamente às peças dentárias estas estão mais suscetíveis à fratura pelo

aumento da rigidez no alvéolo, devido ao desaparecimento ou diminuição do ligamento periodontal e do cimento.<sup>(12)</sup>

Os estudos realizados demonstram que o idoso institucionalizado apresenta uma pior condição oral, associado a hábitos de higiene oral fracos, sendo que o recurso aos cuidados e tratamentos dentários é realizado apenas em situações de emergência.<sup>(39)</sup>

Embora a idade se faça sentir através de alterações orais, funcionais ou tecidulares as que realmente apresentam relevância são aquelas cujas etiologias são fatores extrínsecos. Sendo que a idade está também associada a um maior grau de degradação da cavidade oral pois também o tempo de exposição a agentes agressores orais foi maior. Assim, quando há preservação da saúde oral e se aumentam as medidas preventivas e se diminuem as agressões, a idade pouco afeta o estado oral. As alterações orais padrão do idoso são maioritariamente devidas ao escasso recurso a cuidados médico-dentários.<sup>(39,43)</sup>

Kavita *et al.* (2009) referiu algumas estatísticas que revelam que 57% dos indivíduos com idade superior a 65 anos não recorreu ao Médico dentista no ano antecedente. Estes dados são referentes aos Estados Unidos da América, contudo este padrão verifica-se também em Portugal.<sup>(44)</sup>

### **3.3.1.1. Cárie Dentária**

O paciente sénior apresenta um risco aumentado de desenvolver cárie dentária radicular. Como etiologia direta temos a ocorrência de recessão gengival derivada maioritariamente da diminuição em altura e espessura dos rebordos alveolares, comum em idades tardias, e que leva à exposição da raiz dentária que fica mais suscetível a qualquer tipo de lesão ou agressão. Outra causa a mencionar é a presença de xerostomia, sendo que, com a alteração das propriedades salivares há comprometimento da sua função de tampão com diminuição do pH e aumento da predisposição para a ocorrência de cárie dentária. Cumulativamente, uma higiene oral fraca associada a uma diminuição

da função motora predispõe igualmente para a ocorrência deste tipo de lesão.<sup>(12,39,42,45)</sup>

É importante referir que a prevalência de lesões de cárie inespecíficas ou coronárias assemelha-se àquela que acomete as outras faixas etárias. Contudo, a cárie radicular apresenta uma maior prevalência no indivíduo sénior. Northridge *et al.* (2012) referiu que aproximadamente 50% dos indivíduos cuja idade ultrapassa os 75 anos de idade possuem cáries radiculares em pelo menos uma peça dentária. O mecanismo de desenvolvimento da lesão de cárie é igual independentemente da idade, contudo, na população idosa existe uma maior gama de fatores de risco, aumentando a sua predisposição.<sup>(39,42)</sup>

A incapacidade física ou mental com limitação motora, sensorial e funcional, a par com a baixa frequência de hábitos de higiene oral ou de cuidados médico-dentários, comuns à população idosa institucionalizada são considerados fortes agentes na origem de cárie dentária deste subgrupo.<sup>(46)</sup>

Assim, a prevalência de cárie dentária no idoso está intimamente relacionada com diversos fatores - sociais, comportamentais e de risco locais – a referenciar a capacidade cognitiva diminuída/afetada, a institucionalização já mencionada e a residência em área rural.<sup>(39)</sup>

Acredita-se que o aumento da permanência da dentição natural na população idosa se deve a uma diminuição na prevalência de cárie dentária, pelo aumento da consciencialização da população e melhoria da qualidade de vida, com maior implementação real do tratamento preventivo de rotina e restaurador. Não obstante, os valores de perda dentária por cárie dentária ou mesmo da ocorrência de lesão de cárie são ainda elevados e preocupantes, sendo necessária uma intervenção adequada, com principal preocupação no subgrupo sénior e institucionalizado.<sup>(39)</sup>

Philip *et al.* (2011) estudou o estado da cavidade oral em idosos institucionalizados, correlacionando a presença de lesões cariosas e o

diagnóstico de demência ou de limitação funcional. Através do estudo concluíram que as incapacidades motoras e funcionais influenciam diretamente o aparecimento de cárie dentária. Deste modo, cáries ativas e raízes retidas destruídas por cárie são achados comuns em idosos com algum tipo de limitação funcional. Verificaram ainda a falta de cuidados orais por parte dos idosos institucionalizados, dados coincidentes com os resultados de outros estudos.<sup>(46)</sup>

### **3.3.1.2. Doença periodontal**

Estima-se que, aproximadamente, 25% dos idosos têm perda das estruturas de suporte do osso devido a doença periodontal avançada. A solução passa por uma prevenção precoce e intervenções de controlo regulares sendo que a reabilitação destes casos exige tratamentos extensos e complexos de modo a restaurar a função e controlar a infeção.<sup>(3)</sup>

Nos países desenvolvidos o uso de tabaco é o maior fator de risco para o aparecimento de doença periodontal no adulto, sendo o responsável por mais de 50% dos casos de periodontite. O risco diminui quando o indivíduo deixa de fumar o que comprova que uma alteração dos hábitos de risco durante a vida irá ajudar a diminuir a prevalência de doença periodontal no idoso.<sup>(35)</sup>

Demonstrou-se uma íntima associação entre doença periodontal com perda dentária e a presença de diabetes *mellitus*, sendo que 9% dos adultos com idade acima dos 65 anos sofre desta condição. A presença de diabetes *mellitus* ou a severidade da patologia influencia o aparecimento de doenças orais específicas, nomeadamente e já referida, a doença periodontal. Estudos demonstram que diabéticos não controlados possuem maiores níveis de incidência e de progressão de periodontite.<sup>(7,19)</sup>

O objetivo primordial no combate à doença periodontal consiste na preservação das peças dentárias e no impedimento da atuação dos fatores de risco de periodontite. O Médico dentista deve ter conhecimento dos fatores de risco associados a cada paciente que sofra de periodontite, isto é, pacientes com hábitos tabágicos devem ser consciencializados que o tratamento da

periodontite de que sofrem passa pela cessação tabágica. O ideal será a colaboração entre o profissional de saúde oral e outros especialistas para que a pessoa tenha um acompanhamento e possa alterar o seu estilo de vida e hábitos.<sup>(47)</sup>

Um baixo nível educacional, a ausência de acompanhamento médico-dentário, a presença de um número reduzido de dentes, hábitos tabágicos e alcoólicos e a presença de doenças sistêmicas são fatores que intervêm na progressão de doença periodontal, principalmente em idades avançadas. Diversas são as consequências na cavidade oral desta condição, como perda dentária, halitose, comprometimento da capacidade mastigatória, dificuldades na deglutição e alterações gustativas, com ocorrência de subnutrição.<sup>(39)</sup>

### **3.3.1.3. Edentulismo e o uso de prótese**

A perda dentária ou edentulismo (parcial ou total), associada frequentemente ao paciente idoso, conduz a dificuldades na alimentação, algias e isolamento social. Acredita-se que um idoso que possua mais de vinte peças dentárias apresenta uma saúde física melhor do que aqueles com um maior grau de edentulismo. O edentulismo está diretamente relacionado com uma diminuição na qualidade de vida do idoso, ou seja, as condições de vida do idoso dependem do número de peças dentárias em falta, da sua localização e do sucesso e satisfação do paciente com o tratamento reabilitador realizado ou a inexistência do mesmo.<sup>(43,48)</sup>

O edentulismo implica que o doente faça alterações na sua alimentação, optando por alimentos de fácil mastigação e muitas vezes de consistência pastosa rica em hidratos de carbono com consequente aumento da massa corporal ou obesidade. Deste modo, podem desenvolver-se uma enorme gama de doenças sistêmicas associadas à obesidade, como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, depressão entre outras. Este tipo de dieta acarreta também consequências a nível dentário devido à sua acumulação nas superfícies dentárias com formação de cárie dentária, alteração do tónus

muscular dos músculos da mastigação, com comprometimento estético e funcional.<sup>(12)</sup>

Tramini *et al.* (2007) realizou um estudo em 321 idosos institucionalizados com o intuito de analisar os fatores associados à perda dentária em indivíduos dependentes e a cargo de instituições ou serviços hospitalares. Foi concluído que uma saúde geral comprometida, a necessidade de assistência devido a algum tipo de limitação bem como uma perda dentária prévia influenciam negativamente o estado de saúde oral, levando à progressão do edentulismo. Para além disso, a falta de contactos oclusais causa dificuldades ao nível da deglutição, queixa esta também comum ao paciente edêntulo.<sup>(49)</sup>

Embora a prevalência do edentulismo tenha diminuído pelo aumento da eficiência e recurso a tratamentos dentários e medidas preventivas, são ainda preocupantes as taxas de perda dentária nos idosos.<sup>(49)</sup>

Um estudo realizado por Shenoy *et al.* (2010) analisou o edentulismo de idosos residentes em lares e as suas necessidades protéticas. Este estudo revelou que 88% da população em estudo não possuía nenhum dispositivo protético. Pensa-se que estes resultados possam estar relacionados com a falta de capacidade para financiar qualquer tipo de reabilitação oral, falta de consciência da necessidade de reabilitação, desvalorização da estética, mobilidade reduzida ou preconceitos em relação à necessidade de ajuste ou readaptação de próteses antigas e mal adaptadas à situação oral presente.<sup>(50)</sup>

Este estudo demonstrou também que o estado protético ou a situação oral eram mais favoráveis nos indivíduos do sexo masculino. Acredita-se que estes resultados podem derivar de uma ainda existente dependência da mulher em relação aos membros familiares masculinos, associada à falta de acesso ao tratamento, baixo nível educacional e desemprego ou falta de ocupação profissional, o que justificaria esta discrepância entre os dois sexos. Não obstante, a perda dentária gradual origina uma inevitável perda de equilíbrio alimentar que cria condições teciduais, especialmente nas mulheres, desfavorável a uma mastigação correta e balanceada que favorece a perda de

outras peças dentárias, fazendo com que as mulheres alcancem o edentulismo antes dos homens.<sup>(12,50)</sup>

A perda dentária pode ser derivada de doença periodontal, cárie dentária, fatores socioeconômicos ligados ao medo de ir ao médico dentista, condição de saúde geral comprometida, falta de consciência da necessidade de cuidado e tratamento oral e dentário, custo elevado dos tratamentos dentários, dificuldades no acesso a serviços dentários, baixo nível educacional e estrato social pobre. O edentulismo não é inerente ao envelhecimento e pode ser evitado com os cuidados preventivos e tratamentos adequados e regulares. A capacidade mastigatória do idoso portador de uma prótese dentária é diferente daquela que caracteriza o idoso dentado. Sendo que os primeiros apresentam menor força mastigatória, necessitam de mais tempo de mastigação e a velocidade do movimento mandibular é reduzida, culminando com uma eficiência mastigatória diminuída.<sup>(43)</sup>

Como é frequente nesta faixa etária, estes pacientes costumam ser portadores de aparelhos de reabilitação protética. O uso de próteses insatisfatórias e desadaptadas pode provocar trauma e conseqüentemente lesões nos tecidos moles e duros orais nessas áreas se o agente traumático não for eliminado. Outras condições como a hiperplasia fibrosa e a estomatite protética são frequentes e estão diretamente associadas ao uso de prótese removível e serão abordadas posteriormente.<sup>(51)</sup>

O edentulismo é frequentemente visto como uma condição inerente e inevitável da velhice, estando associado, muitas vezes, a um sentimento negativo e depressivo, em que o idoso tem baixa autoestima e sente uma desadaptação social, nunca sorrindo pelo embaraço que sente em relação á falta de peças dentárias.<sup>(52,53)</sup>

#### **3.3.1.4. Lesões dos tecidos moles e língua**

Os pacientes idosos portadores de prótese dentária apresentam uma maior probabilidade de sofrerem de alterações da mucosa oral, exibindo condições

como estomatite protética e hiperplasia protética. As lesões dos tecidos moles e língua não induzidas pelo uso de prótese e mais prevalentes são a ocorrência de varicosidades linguais e de língua saburrosa.<sup>(54)</sup>

*Candida albicans* é um fungo comensal na cavidade oral humana, contudo, pode tornar-se virulento e originar candidíase. A estomatite protética associada a cândida é uma condição inflamatória que afeta, aproximadamente, 60% dos indivíduos portadores de prótese dentária. A estomatite protética por cândida pode desenvolver-se quando as condições do microambiente oral são favoráveis e quando há comprometimento dos mecanismos de defesa do hospedeiro. No que se refere aos fatores sistémicos e locais que favorecem o desenvolvimento e crescimento de *Candida albicans* a mencionar a presença de diabetes *mellitus*, xerostomia, trauma, uso de prótese dentária e afeções ao nível dos rins. A patogénese da estomatite protética tem como etiologia não só a presença do fungo, mas também o trauma causado pelo uso de prótese.<sup>(55)</sup>

Clinicamente, a estomatite protética caracteriza-se por eritema crónico e edema na mucosa do palato situada sob a prótese maxilar. A acumulação de placa é também um fator determinante para o desenvolvimento desta patologia. O hábito do tabaco tem também um grande peso pelo facto de predispor ao desenvolvimento de *Candida albicans*, pelas alterações causadas na superfície da mucosa e interferindo na defesa local e imunitária.<sup>(56)</sup>

A língua saburrosa origina-se pela acumulação de restos alimentares, bactérias e células mortas no dorso da língua e está intimamente relacionada com alterações do paladar e mau hálito. As varicosidades linguais são um processo inerente ao envelhecimento e consistem em múltiplas bolhas papulares ou elevadas, purpúreo-azuladas no bordo ventral e lateral da língua, assintomáticas, adquiridas e benignas.<sup>(40,54)</sup>

Embora a prevalência de lesões orais seja maior na população idosa, a idade por si só não atua como agente etiológico, necessitando da presença de outros fatores como trauma, doença sistémica, medicação e a falta de cuidados de higiene com a prótese dentária.<sup>(54)</sup>

Outra das condições com manifestações na mucosa oral comum no idoso é a hiperplasia protética que corresponde a uma reação indolor e benigna ao uso crônico de uma prótese desadaptada. Ao diagnóstico clínico esta lesão apresenta-se como um aumento gengival localizado, sendo uma lesão reativa que está associada a situações em que não é feito o rebasamento da prótese ou novo dispositivo protético adaptado à morfologia maxilar edêntula que se vai gradualmente alterando com a idade. É mais comum afetar a zona anterior maxilar.<sup>(57)</sup>

### **3.3.1.5. Xerostomia**

A xerostomia consiste na sensação subjetiva de “secura” oral (“boca seca”). A denominação de hipossalivação refere-se à diminuição objetiva do fluxo salivar. Existe uma correlação positiva entre a queixa de xerostomia e o achado objetivo da diminuição salivar ou de alterações das suas propriedades. A idade é um prevalente agente etiológico, a par com algumas patologias e terapêuticas. O idoso que sofre de xerostomia vê a sua qualidade de vida afetada bem como a sua saúde oral, apresentando a par com a sensação de boca seca, queixas de alterações do paladar e dificuldades ao nível da mastigação, da deglutição e da fala.<sup>(58,59)</sup>

Aquando do diagnóstico de saúde oral, o profissional de saúde deve ter em conta que haverá maior predisposição para outras problemáticas ao nível da cavidade oral, pois uma diminuição do fluxo salivar poderá significar uma quebra na função protetora da saliva. Assim, estes indivíduos estão mais predispostos à ocorrência de cáries dentárias, infeções fúngicas, síndrome da boca ardente e todas aquelas mencionas anteriormente relacionadas com a alteração do paladar e com as dificuldades na fala, mastigação e deglutição.<sup>(58)</sup>

Esta é uma das queixas orais padrão do idoso não edêntulo, sendo que pode derivar de uma terapêutica com fármacos que interferem com a produção de saliva e com as vias responsáveis pela secreção salivar, causando redução do fluxo salivar. Muitos são os agentes farmacológicos com potencial xerostômico, a mencionar: antidepressivos, anticolinérgicos, anti-hipertensores ou digitálicos,

sedativos e broncodilatadores. Muitos destes são extremamente comuns no tratamento ao paciente sénior. Não obstante, a ansiedade e o *stress* são causa, muitas vezes, de uma sensação de “secura” oral, sem que a produção de saliva esteja afetada.<sup>(40,58,59)</sup>

Embora a idade por si só possa não ser causa para o aparecimento de xerostomia, diversos artigos demonstram que o idoso vulnerável está mais predisposto a sofrer de xerostomia e a idade influencia diretamente a severidade desta condição. Hahnel *et al.* (2014) afirma que embora esta condição afete indivíduos de todas as idades, a sua prevalência aumenta consideravelmente com a idade. O aumento da prevalência de xerostomia com a idade pode relacionar-se com o facto do consumo de fármacos aumentar (passíveis de causar xerostomia), bem como a predisposição a patologias sistémicas que possuam esta manifestação oral.<sup>(39,45,58,59)</sup>

Alguma controvérsia rodeia a relação estabelecida entre xerostomia e a idade pelo fato de se considerar que uma diminuição na produção salivar pelas glândulas salivares é inerente à idade avançada, podendo a queixa de boca seca ou de diminuição da quantidade salivar ser uma consequência biológica.<sup>(45)</sup>

Acredita-se que quando estes pacientes possuem poucas peças dentárias na cavidade oral e possuem um dispositivo protético removível, a prótese necessita de transferir as forças mastigatórias para as áreas edêntulas. Nestes casos em que o suporte dentário é mínimo, a saliva tem um papel primordial para a retenção, lubrificação e conforto nas áreas abrangidas pela prótese. Em situações de xerostomia esta função salivar está comprometida, levando ao insucesso da reabilitação oral destes pacientes pelo desconforto e desadaptação. Um plano de tratamento através de implantes dentários será a melhor alternativa aquando desta condição.<sup>(45)</sup>

### **3.3.1.6. Síndrome da boca ardente**

A síndrome da boca ardente (SBA), de origem multifatorial é caracterizado pela presença de algias e/ou sensação de ardor localizada ao nível dos bordos

laterais da língua, lábios e mucosa (mais raro na gengiva e palato) com ausência de qualquer alteração morfológica na cavidade oral. A Associação Internacional para o estudo da dor define a SBA como a condição cuja dor permanece durante pelo menos 4/6 meses, na língua, denominando-se glossodinia à sensação de dor na língua generalizada e glossopirose à sensação de ardor no mesmo local, ou outras membranas mucosas orais, na ausência de achados etiológicos clínicos ou laboratoriais. O diagnóstico desta condição é bastante difícil pois implica a realização de uma anamnese completa de modo a discernir qual a possível causa, instituindo o tratamento adequado e específico.<sup>(40,60)</sup>

É imprescindível que o profissional de saúde oral faça uma avaliação psicológica do doente, tentando perceber se a causa é psicogénica. Diversos estudos confirmaram que estes pacientes apresentam uma elevada prevalência de problemas psicológicos como ansiedade, depressão, irritabilidade e uma grande necessidade de isolamento da sociedade. Embora a vertente psicológica tenha um grande peso na etiologia desta condição, o seu papel ainda não está bem esclarecido nem comprovado cientificamente. Não obstante, muitos pacientes acometidos pela SBA são idosos que não demonstram qualquer padrão de alteração psicológica, reiterando a existência de outras causas. A tabela abaixo sistematiza os sinais e sintomas que o médico dentista deverá ter em conta no diagnóstico do SBA.<sup>(40,61,62)</sup>

**Tabela 2** - Critérios fundamentais e adicionais no diagnóstico do Síndrome da boca ardente, adaptado de Scala *et al.* (2003).<sup>(62)</sup>

<b>Critério de inclusão fundamental</b>
Sensação de queimadura diária e profunda da mucosa oral
Sensação de queimadura, pelo menos, 4-6 meses
Intensidade constante, ou o aumento da intensidade durante o dia
Ausência de agravamento no comer ou beber. Os sintomas podem melhorar
Nenhuma interferência com o sono
<b>Critérios de inclusão adicionais</b>
Disgeusia e / ou xerostomia

Alterações sensoriais ou químicas
Alterações de humor ou psicopatológico

A prevalência do SBA é maior entre mulheres, especialmente em idade pós-menopausa, ente os 45 e os 60 anos de idade. A redução de estrogénio e progesterona, derivada do avanço na idade favorece a diminuição da hidratação das membranas mucosas. Os estudos realizados indicam uma forte relação entre a menopausa e o aparecimento de SBA. Outra hipótese que fortemente sustenta esta conexão é o facto de uma terapia hormonal oral para o restabelecimento dos níveis de estrogénio leva a uma melhoria nos sintomas de xerostomia.<sup>(47)</sup>

O profissional de saúde oral deve ter em conta que perante um quadro sintomatológico típico de SBA, a sensação de queimadura/ardor na cavidade oral poderá ser secundária à existência de condições objetivas e detetáveis locais ou sistémicas como a existência de xerostomia, infeções orais fúngicas ou orais, desordens autoimunes da cavidade oral como líquen plano, deficiências nutricionais, alergias a algum material dentário ou protético, irritação causada por refluxo gastro esofágico, algumas desordens endócrinas, como efeito secundário de certos fármacos ou causado pelo uso de próteses antigas e mal adaptadas. A nível sistémico, patologias como a anemia perniciosa, deficiências de vitaminas do complexo B, deficiência de ferro, diabetes e o climatério atuam como agentes etiológicos da SBA secundária.<sup>(40,61)</sup>

Por outro lado, o SBA de origem primária consiste numa condição dolorosa que envolve mecanismos neuropáticos, cuja etiologia multifatorial se baseia numa complexa associação entre mecanismos biológicos e psicológicos ainda não esclarecidos. Alterações do paladar e xerostomia estão, frequentemente, associadas a esta síndrome.<sup>(60,61)</sup>

### **3.4. TRATAMENTO DA CAVIDADE ORAL**

### 3.4.1. A prevenção

Para que se melhore o cuidado e tratamento médico-dentário do paciente idoso é impreterível que se adotem medidas urgentes e apropriadas de prevenção e reabilitadoras, principalmente no que se refere à subpopulação de idosos institucionalizados. Denota-se uma falha nos cuidados orais pelos cuidadores das instituições de apoio ou cuidado ao idoso, o que agrava a situação oral destes pacientes. Iniciativas de educação para a saúde oral adequadas aos profissionais de saúde e cuidadores destas instituições são de extrema importância para que se consiga implementar, nos lares, hábitos de higiene oral bem como de apoio e incentivo ao idoso relativamente à saúde oral.<sup>(46)</sup>

Não obstante, é necessária também uma comunicação e troca de informação entre o médico dentista e o médico especialista que acompanham o idoso. O profissional de saúde oral deve conhecer as condições que mais afetam o paciente em idade avançada e as suas repercussões ao nível da cavidade oral, através de um diagnóstico detalhado e aplicado a nível sistémico também. Ainda está patente uma desvalorização da importância da saúde oral, sendo necessário uma consciencialização da relevância de uma cavidade oral saudável para a saúde geral e para o bem-estar do idoso, pois embora a idade possa, a par com outros fatores já discutidos, prejudicar a função e o estado oral, podem tomar-se medidas reabilitadoras e realizar-se tratamentos que restabeleçam a saúde e função oral.<sup>(7,43)</sup>

O principal objetivo do Médico dentista que tem a seu cuidado o paciente idoso deve ser o restabelecimento da qualidade de vida. O alcance desta meta passa não só pelo bem-estar geral do paciente, a nível emocional, funcional e sistémico mas também da recuperação da saúde e funcionalidade da cavidade oral. A Fig. 1 **Figura 1**, elucida os principais parâmetros que afetam a qualidade de vida do paciente, relativamente à saúde oral.



**Figura 1** - Critérios de qualidade de vida relacionados com a saúde oral, adaptado de Sischo *et al.* (2011).<sup>(63)</sup>

Para que se obtenham melhores resultados futuros relativamente ao padrão de saúde oral do paciente sénior devem ser tomadas iniciativas que priorizem a prevenção das problemáticas que mais frequentemente afetam o idoso, cumulativamente, devem ser feitas investigações e estudos que melhor estabeleçam os determinantes sociais, funcionais, económicos e médicos no seu estado pobre e disfuncional de saúde oral.<sup>(44)</sup>

### **3.4.2. O diagnóstico das necessidades de tratamento da cavidade oral**

Como já foi exposto, os problemas orais que mais afetam o idoso institucionalizado consistem na perda dentária, cárie dentária mais especificamente cárie radicular, doença periodontal e a xerostomia, bem como algumas lesões dos tecidos moles. Todas estas condições orais vão afetar a qualidade de vida do idoso, acarretando problemas e queixas a nível funcional, estético e fonético, restringindo as escolhas alimentares e dificultando a comunicação e as relações em sociedade.<sup>(64)</sup>

O paciente idoso institucionalizado, muitas vezes, não tem poder económico para suprir as necessidades de tratamento dentário, sendo que o recurso a serviços especializados na saúde oral é baixo. Nos países desenvolvidos, onde existe uma maior consciencialização das necessidades de cuidados de saúde oral, melhores oportunidades de acesso ao Médico dentista e maiores possibilidades de financiar este tipo de tratamentos, há ainda uma priorização do tratamento dentário tradicional com desvalorização e baixa implementação da prevenção que é a base fundamental para a melhoria do padrão de saúde oral neste grupo etário.<sup>(20)</sup>

Especificamente em relação à problemática da xerostomia, o acompanhamento e plano de tratamento destes pacientes deve incidir na monitorização e da medicação regular do paciente, substituição da farmacoterapia indutora de xerostomia por medicação alternativa com menor efeito xerostómico, possível prescrição de fármacos estimulantes colinérgicos como a pilocarpina (se não contraindicados) pela estimulação salivar, recomendações como uma frequente ingestão de água ou leite ou estimulantes salivares como pastilhas, prescrição de substitutos salivares, cessação tabágica, melhorias nos cuidados de higiene oral e a readaptação dos dispositivos protéticos.<sup>(43)</sup>

É de extrema importância que se faça a reabilitação protética do edentulismo ou a correção dos problemas que possam existir numa prótese antiga e desadaptada, pois o desequilíbrio oclusal com falta de peças dentárias gera um grave comprometimento da funcionalidade. Desta forma garantir-se-á o restabelecimento do equilíbrio nutricional, com garantia funcional e estética e o aumento da qualidade de vida do paciente. A dentisteria a par com a reabilitação protética vão desempenhar um papel essencial ao permitir o restabelecimento da funcionalidade, da mastigação, deglutição e fonação e, também, da estética influenciando o seu bem-estar geral.<sup>(20,65,66)</sup>

Relativamente ao síndrome da boca ardente, esta condição não tem a sua etiologia ainda estabelecida, contudo acredita-se que pode ter a sua origem em alterações neurológicas, sendo que a terapia com clonazepam é considerada de eleição e a mais eficiente no tratamento destes pacientes. Contudo mais estudos são necessários para que se possa clarificar a causa do SBA e para

que seja possível adotarem-se medidas terapêuticas específicas e adequadas.<sup>(61)</sup>

Acredita-se que o aumento da permanência da dentição natural na população idosa se deve a uma diminuição na prevalência de cárie dentária, pelo aumento da consciencialização da população e melhoria da qualidade de vida, com maior implementação real do tratamento preventivo de rotina e restaurador. Não obstante, os valores de perda dentária por cárie dentária ou mesmo da ocorrência de lesão de cárie são ainda elevados e preocupantes, sendo necessária uma intervenção adequada, com principal preocupação no subgrupo sénior e institucionalizado.<sup>(39)</sup>

A anamnese é indispensável no diagnóstico do paciente idoso. O Médico dentista deve fazer um historial clínico detalhado e completo, tomando conhecimento das patologias que afetam o idoso, da medicação regular, podendo planear quais os tratamentos mais adequados e possíveis a cada caso. Há que ter em conta que muitas vezes é de extrema dificuldade a recolha dos dados da história clínica do idoso pelo facto deste sofrer muitas vezes de algum grau de deterioração mental. Esta situação remete-nos para a importância dos cuidadores formais dos lares que poderão facultar ao Médico dentista as informações necessárias sendo a ponte entre o Médico e o idoso. Não obstante, exames complementares são também importantes como exames radiográficos, palpação, auscultação coronária e pulmonar e a medição da tensão arterial.<sup>(19,67)</sup>

Aquando do acompanhamento e tratamento do paciente sénior, o Médico deve efetuar uma avaliação funcional por observação e colocando questões ao idoso que ajudem a estabelecer se existe algum grau de limitação, deve também tentar perceber qual a condição física, psicológica e socioeconómica do doente. Por fim é essencial que se faça uma apreciação do contexto que o indivíduo se insere.<sup>(39)</sup>

Para tornar o atendimento ao idoso mais eficiente e adequado deve priorizar-se a manhã como horário de atendimento, pelo melhor estado físico ou psicológico nessa altura, e a consulta não deve prolongar-se por muito tempo. Os pacientes idosos diabéticos não devem ser atendidos em horário de

refeições a fim de se evitar a indução de uma hipoglicemia. Todo o consultório deve ter boas condições de acessibilidade e modo a facilitar o deslocamento do idoso com limitação funcional. Cumulativamente é importante que se faça o registo de informações relativamente aos hábitos de higiene oral do idoso, se este é capaz de os realizar sozinho ou se necessita de auxílio de terceiros, se possui prótese e o grau de satisfação em relação às mesmas, se existem queixas orais e se o indivíduo tem perceção e consciência das necessidades orais, e de tratamento e acompanhamento oral regular.<sup>(53,68,69)</sup>

## **4. METODOLOGIA**

---



## **4. METODOLOGIA**

---

- **Tipo de estudo**

O presente estudo é definido como sendo epidemiológico observacional transversal que pretende identificar as condições orais mais prevalentes em idosos institucionalizados, o que nos direcionará para as medidas preventivas e políticas adequadas a adotar com o intuito de melhorar a saúde oral dos idosos nestas circunstâncias.

- **População e amostra**

Neste estudo recorreu-se ao método de amostragem não probabilística, por conveniência, obtendo assim o maior número possível de pacientes, sendo que a população alvo tem como principal atributo serem utentes de uma organização residencial para idosos. Deste modo, este estudo baseia-se numa amostra de idosos institucionalizados dos lares Viscondessa S. Caetano e D. Leonor, Fundação Mariana Seixas em Viseu Fundação Mário da Cunha Brito em Arganil e Centro de dia da Pasteleira no Porto.

Como critérios de inclusão no estudo foram estabelecidos os parâmetros: ser um idoso institucionalizado num dos lares abrangidos pelo estudo, pacientes de ambos os géneros, faixa etária a partir dos 65 anos e a aceitação da participação no estudo. A amostra integrou todos os residentes que cumprissem estes requisitos, independentemente do nível de autonomia do idoso, de modo a que a fiabilidade do estudo se aproximasse o máximo possível da realidade existente em qualquer instituição residencial para idosos.

A recolha de dados dos idosos cingiu-se a um rastreio oral para a obtenção de dados pela observação clínica, não implicando a realização de qualquer tratamento dentário.

Embora não se tenham criado critérios de exclusão, os indivíduos excluídos corresponderão àqueles que recusaram participar no estudo.

#### ▪ **Dimensão da amostra**

A amostra é constituída por 118 idosos (Centro de dia da Pasteleira (Porto) n=25; Fundação Mário da Cunha Brito (Arganil) n=25; Lares de Viseu n=68) e corresponde à quantidade de utentes dos lares abrangidos pelo estudo que cumpriram os critérios de inclusão do estudo.

O estudo deve conter uma amostra que corresponde a 70% da população total (total de idosos residentes nos lares estipulados), podendo admitir-se uma margem de erro de 5% e sendo necessário que se obtenha um intervalo de confiança de 95%, conseguiu-se uma amostra de 118 idosos.

#### ▪ **Instrumentos de recolha de dados**

Para a recolha de dados foi aplicado um questionário em cada entrevista efetuada com variáveis sociodemográficas, saúde geral, saúde oral e hábitos nutricionais. Complementou-se a recolha através de uma observação intraoral para avaliação da saúde oral e nível de reabilitação oral dos idosos, com recurso a material descartável como luvas, máscaras e espelho de observação intraoral.

Em anexo encontra-se um exemplar do questionário utilizado, onde constam também as guias orientadoras na avaliação clínica oral.

#### ▪ **Variáveis em estudo**

- Variáveis sociodemográficas: género, idade, residência, estado civil, habilitações literárias, quem possui o papel de prestador de cuidados e indicação da relação com as pessoas com quem coabita;
- Variáveis relativas aos hábitos tabágicos (não fumador/fumador/ex-fumador), alcoólicos (sim/não) e de atividade física (sim/não);

- Variáveis relativas á terapêutica medicamentosa, contabilizada pelo número de medicamentos tomados por dia (menos ou mais de 3 medicamentos);
- Variáveis relativas à saúde oral (CPOD), hábitos de higiene e condições/queixas orais presentes;
- Variáveis relativas ao uso ou não de prótese dentária, à higienização da mesma;
- Variáveis relativas à saúde oral e o seu impacto no bem-estar e qualidade de vida (*Oral Health Impact Profile- OHIP-14*);
- Variáveis relativas à avaliação protética através das Classes de Kennedy;
- Variáveis clínicas relativas à saúde e condição oral, nomeadamente aos lábios, língua, gengivas e saliva.

#### ▪ **Tratamento estatístico dos dados**

A análise estatística dos resultados foi efetuada com o software IBM SPSS versão 22.0 (IBM Corporation, New York, USA).

Na caracterização da amostra recorreu-se a análise das variáveis qualitativas através das frequências absolutas e relativas. Nos casos em que existiam dados em falta calculou-se as frequências relativas apenas para os casos válidos.

Para analisar as associações foram utilizados os testes de independência do Qui-Quadrado e o Teste Exato de *Fisher*, em que o nível de significância utilizado, nas diferentes hipóteses, foi de  $p=0.05$ .



## **5.RESULTADOS**

---



## 5. RESULTADOS

---

### ▪ Caracterização da amostra

A amostra em análise foi constituída por 118 indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 96 anos, residentes em Viseu (57,6%), Porto (18,6%) e Arganil (23,7%). Desta amostra 76,3% eram mulheres enquanto 23,7% eram homens. A faixa etária predominante da amostra, com uma percentagem de 39,50%, encontra-se compreendida entre os 81 e 90 anos. Quanto ao estado civil dos indivíduos verificou-se que a grande maioria é viúvo, (58,9%) que a percentagem de divorciados é mínima com 3,6%, e que a percentagem de solteiros e casados é bastante próxima uma da outra, 17,9% e 19,6%, respetivamente.

Estando a analisar uma amostra envelhecida é expectável que a maioria não possua elevadas habilitações literárias 18,85% não sabe ler; 35,7% fez o exame da quarta classe; e 32,1% nem sequer chegou a realizar este (Tabela 3).

**Tabela 3-** Género, idade, localidade, residência, habilitações e estado civil da amostra.

		n	%
<b>Género</b>	Feminino	90	76,3
	Masculino	28	23,7
<b>Idade</b>	50-60	10	9
	61-70	10	8,9
	71-80	24	21
	81-90	52	45,6
	91-96	18	15,8
<b>Localidade</b>	Viseu	68	57,6
	Porto	22	18,6
	Arganil	28	23,7
<b>Residência</b>	Rural	51	44
	Urbano	65	56
<b>Habilitações</b>	Não sabe ler	21	18,8
	Sabe ler	2	1,8
	Não completou a 4ª classe	36	32,1
	Fez exame da 4ª classe	40	35,7
	Completou antigo 5º ano	3	2,7
	Curso complementar de liceu	2	1,8
	Ensino superior	2	1,8
Ensino completado na idade adulta	6	5,4	
<b>Estado civil</b>	Solteiro	20	17,9
	Casado	22	19,6
	Divorciado	4	3,6
	Viúvo	66	58,9

Na Tabela 4 são apresentadas as percentagens em relação ao principal prestador de cuidados do indivíduo e as pessoas com quem este coabita. Verificamos que os auxiliares do centro de dia ou lar são o principal prestador de cuidados com 59,6%, seguido dos filhos com 27,5%. A maioria da amostra vive em instituições, 61,4%, enquanto 16,7% vive com os filhos e 13,2% vive sozinho, o que está de acordo com os valores relativos ao principal prestador de cuidados.

**Tabela 4-** Principal prestador de cuidados e pessoas com quem coabita da amostra.

		n	%
<b>Principal prestador de cuidados</b>	Cônjuge	6	5,5
	Filhos	30	27,5
	Outros familiares	8	7,3
	Cuidadores do centro de dia ou lar	65	59,6
<b>Pessoas com quem coabita</b>	Filhos	19	16,7
	Netos	1	0,9
	Cônjuge/companheiro	3	2,6
	Sozinho	15	13,2
	Instituição	70	61,4
	Outro	6	5,3

▪ **Hábitos da amostra**

Às questões “costuma fumar” e “costuma ingerir bebidas alcoólicas” a maioria dos participantes respondeu negativamente. Relativamente aos hábitos de atividade física as respostas afirmativas e negativas foram muito semelhantes (49,1% e 50,9% respetivamente), verificando-se o mesmo com a questão “toma mais de 3 medicamentos” (Tabela 5).

**Tabela 5-** Atividade física, fumar, álcool, tomar mais de 3 medicamentos e stress da amostra.

		n	%
<b>Atividade física</b>	Não	58	50,9
	Sim	56	49,1
<b>Fumar</b>	Não	97	85,1
	Sim	3	2,6
	Ex-fumador	14	12,3
<b>Álcool</b>	Não	102	86,4
	Sim	12	10,2
<b>Mais de 3 medicamentos</b>	Não	50	44,6
	Sim	62	55,4
<b>Stress</b>	Não	96	85,7
	Sim	16	14,3

- **Saúde oral**

Apesar da maioria dos indivíduos escovarem os dentes com regularidade, (71,1%) nenhum respondeu que utiliza fio dentário, assim como 90,2% admitiu não ter consultado o Médico dentista nos últimos 12 meses, tendo apenas 4 indivíduos (3,4%) consultado o Médico dentista por causa das próteses. Contudo a maioria não sente dor nem alteração no paladar, (71,4% e 61%, respetivamente) o que pode justificar a ausência de idas a um consultório Médico Dentário (Tabela 6).

**Tabela 6-** Hábitos de higiene oral e alterações das estruturas orais da amostra.

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Costuma escovar os dentes</b>	Não	33	28,9
	Sim	81	71,1
<b>Quantas vezes escova os dentes por dia</b>	0	33	28,9
	1	47	41,2
	2	28	24,6
	3	6	5,3
<b>Utiliza fio dentário</b>	Não	105	93,8
	Não sei o que é fio dentário	7	6,3
<b>Consultou o Médico dentista nos últimos 12 meses</b>	Não	101	90,2
	Sim	11	9,8
<b>Motivo da última consulta no Médico dentista</b>	Controlo de próteses	1	0,8
	Extração	2	1,7
	Prótese	4	3,4
	Realizar a prótese	1	0,8
<b>Sensação de dor na face ou interior da boca</b>	Não	80	71,4
	Sim	32	28,6
<b>Alteração no paladar</b>	Não	75	67
	Sim	37	33
<b>Sente a boca seca</b>	Não	41	36,6
	Sim	71	63,4
<b>Consume água quando sente a boca seca</b>	Não	10	11
	Sim	81	89

- **Próteses dentárias**

À pergunta: “usa prótese?” 53,6% dos participantes responderam afirmativamente. Destes, 90,3% usam sempre a sua prótese e 53,3% não sente desconforto nem dor ao utilizá-la. A maioria dos participantes responderam que comiam com a prótese (85%), 55% retira esta para dormir e 65% tem o cuidado de higienizar a prótese todos os dias. No geral dos 60 indivíduos, 83,3% sente-se satisfeito com a sua prótese (Tabela 7).

**Tabela 7-** Relação da prótese dentária com a amostra.

		n	%
<b>Usa próteses</b>	Não	52	46,4
	Sim	60	53,6
<b>Quando usa a sua prótese</b>	0	4	6,5
	Sempre	56	90,3
	As vezes	2	3,2
<b>Sente desconforto ao usar</b>	Não	32	53,3
	Sim	28	46,7
<b>Come com a prótese</b>	Sempre	51	85
	As vezes	5	8,3
	Raramente	2	3,3
	Nunca	2	3,3
<b>Satisfeito com a prótese</b>	Não	10	16,7
	Sim	50	83,3
<b>Retira a prótese para dormir</b>	Sempre	33	55
	as vezes	7	11,7
	Raramente	1	1,7
	Nunca	19	31,7
<b>Higienização da prótese</b>	Sempre	39	65
	As vezes	21	35

▪ **Perfil de impacto na saúde oral**

Na Tabela 8 são apresentadas algumas das questões com mais relevância para este estudo na escala OHIP-14 (escala utilizada para definir o bem-estar e caracterizar o estado de saúde oral dos indivíduos).

Verificou-se que o uso de próteses dentárias poucas vezes causa desconforto ao ingerir alimentos (23,6%), tendo a maioria admitido que não sente dores devido ao uso de próteses (40,9%).

Os itens referentes ao desconforto assim como à incapacidade de funcionar devido a problemas relacionados com os seus dentes, boca ou prótese dentária foram raramente detetados.

**Tabela 8-** Perfil de impacto na saúde oral da amostra.

	Quase sempre		Algumas vezes		Poucas vezes		Raramente		Nunca		Não sei		Não se aplica	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sente algum desconforto quando come algum alimento (problemas de dentes, boca ou prótese)?</b>	7	6,4	13	11,8	26	23,6	17	15,5	45	40,9	-	-	2	1,8
<b>Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</b>	5	4,5	9	8,2	16	14,5	20	18,2	56	50,9	-	-	4	3,6
<b>Já deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</b>	8	7,4	13	12	10	9,3	22	20,4	53	49,1	-	-	2	1,9
<b>Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</b>			2	1,9	10	9,6	26	25	62	59,6	2	1,9	2	1,9

- **Avaliação das próteses dentárias**

Segundo a classificação de Kennedy, 50% (n=25) dos participantes eram desdentados na sua totalidade na maxila e 32% (n=16) inseriam-se na classe I, ou seja, eram desdentados bilateralmente na parte posterior. Resultados semelhantes foram encontrados na mandíbula em que 36,2% (n=21) enquadravam-se na classe I e 41,4% (n=24) eram desdentados totais (Tabela 9).

**Tabela 9-** Classificação de Kennedy da amostra.

		n	%
<b>Classificação de Kennedy (arcada superior)</b>	Classe de Kennedy I	16	32
	Classe de Kennedy II	2	4
	Classe de Kennedy III	5	10
	Desdentado total	25	50
	Dentado total	2	4
<b>Divisão de Kennedy (arcada superior)</b>	Divisão I	5	33,3
	Divisão II	5	33,3
	Divisão III	3	20
	Divisão IV	2	13,3
<b>Classificação de Kennedy (arcada inferior)</b>	Classe I	21	36,2
	Classe II	7	12,1
	Classe III	2	3,4
	Classe IV	2	3,4
	Desdentado total	24	41,4
	Dentado total	2	3,4
<b>Divisão de Kennedy divisão (arcada inferior)</b>	Divisão I	9	50
	Divisão II	4	22,2
	Divisão III	5	27,8

Como já referido anteriormente a frequência de consultas ao médico dentista é muito baixa tendo apenas 10,9% respondido que ia ao médico dentista de 6 em 6 meses devido ao uso de próteses dentárias. Ao analisar as próteses dentárias verificou-se que a percentagem de próteses inferiores e superiores é bastante semelhante (82,5% e 84,5%, respetivamente) e poucas eram parcialmente acrílicas ou parcialmente esqueléticas (Tabela 10).

**Tabela 10-** Tipo de prótese e suas consultas da amostra.

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de prótese inferior</b>	Total	47	82,5
	Parcial acrílica	7	12,3
	Parcial esquelética	3	5,3
<b>Tipo de prótese superior</b>	Total	49	84,5
	Parcial acrílica	4	6,9
	Parcial esquelética	5	8,6
<b>Frequência das consultas de controlo das próteses</b>	6 em 6 meses	5	10,9
	1 vez por ano	1	2,2
	nenhuma das hipóteses	40	87

▪ **Avaliação da saúde oral da amostra**

Para se determinar o estado de saúde oral da amostra analisou-se diversos parâmetros como os lábios, língua, gengiva, saliva e dentes naturais. Classificou-se como saudáveis, não saudáveis ou apresentando alterações. Em todos estes parâmetros a presença de alterações é bastante visível e significativa apresentando as maiores percentagens (Tabela 11). Perante dentes naturais observou-se um elevado número de indivíduos com dentes não saudáveis (n=27; 41,5%).

A avaliação clínica das próteses dentárias demonstrou-se que 55,8% dos idosos ou não é portador de prótese ou é portador de próteses fraturadas/não passíveis de serem utilizadas; 22,1% é portador de próteses com uma área/dente fraturado ou próteses instáveis e/ou sem retenção; e apenas 22,1% é portador de próteses satisfatórias. A higiene oral desta amostra é negligenciada pelos indivíduos em que apenas 5,6% apresentou uma higiene oral saudável em comparação com os 52,2% que apresentaram mau hálito bem como resíduos alimentares/tártaro/placa bacteriana em uma ou duas áreas da boca/prótese e os 42,2% que demonstraram uma higiene oral insatisfatória.

**Tabela 11-** Estado da saúde oral da amostra.

		n	%
<b>Restos alimentares</b>	Sim	42	87,5
	Não	6	12,5
<b>Lábios</b>	Saudável	20	22,2
	Presença de alterações	70	77,8
<b>Língua</b>	Saudável	10	11,1
	Presença de alterações	80	88,9
<b>Gengivas</b>	Saudável	20	22,2
	Presença de alterações	59	65,6
	Não saudável	11	12,2
<b>Saliva</b>	Saudável	28	31,1
	Presença de alterações	55	61,1
	Não saudável	7	7,8
<b>Dentes naturais</b>	Saudável	4	6,2
	Presença de alterações	34	52,3
	Não saudável	27	41,5
<b>Próteses</b>	Saudável	17	22,1
	Presença de alterações	17	22,1
	Não saudável	43	55,8
<b>Higiene oral</b>	Saudável	5	5,6
	Presença de alterações	47	52,2
	Não saudável	38	42,2

▪ **Índice CPOD vs. Toma de mais de três medicamentos**

Para analisar a associação entre duas variáveis efetuou-se o teste de *Fisher* para determinar a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas. Neste caso, a correlação da toma de mais de três medicamentos com o índice CPOD, não revelou diferenças estatisticamente significativas  $p=0,099$ . No entanto, 83,9% dos indivíduos que tomam mais do que três medicamentos demonstraram ter um índice CPOD  $\geq 20$  conduzindo a um total de 78,6% de indivíduos com um índice CPOD de  $\geq 20$  (Tabela 12).

**Tabela 12-** Análise descritiva da correlação dos dados do Índice de CPOD com a toma de mais de três medicamentos.

			CPOD		Total
			<20	≥20	
Toma de mais de 3 medicamentos	Sim	n	10	52	62
		%	16,1%	83,9%	100,0%
	Não	n	14	36	50
		%	28,0%	72,0%	100,0%
Total	n	24	88	112	
	%	21,4%	78,6%	100,0%	

Teste exato de Fisher:  $p=0,099$

▪ **Índice CPOD vs. Habilidades literárias**

No caso do efeito das habilidades literárias no índice CPOD verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,505$ ), ou seja, as habilidades literárias dos indivíduos não influenciam o índice CPOD (Tabela 13).

**Tabela 13-** Análise descritiva da correlação dos dados do Índice de CPOD com as habilidades.

			CPOD		Total
			<20	≥20	
Habilidades Literárias	Não	n	5	16	21
		%	23,8%	76,2%	100,0%
	Sim	n	19	70	89
		%	21,3%	78,7%	100,0%
Total	n	24	86	110	
	%	21,8%	78,2%	100,0%	

Teste exato de Fisher:  $p=0,505$

▪ **Índice CPOD vs. Escovagem diária**

Tal como no caso das habilitações literárias como no consumo de mais de três medicamentos por dia, mais uma vez não se verificou diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,235$ ) na influência da escovagem diária no índice CPOD (Tabela 14).

**Tabela 14-** Análise descritiva da correlação dos dados do Índice de CPOD com escovagem diária.

			CPOD		Total
			<20	>=20	
Escova	Não	n	5	28	33
		%	15,2%	84,8%	100,0%
	Sim	n	19	62	81
		%	23,5%	76,5%	100,0%
Total	n	24	90	114	
	%	21,1%	78,9%	100,0%	

Teste exato de Fisher:  $p=0,235$

- **Utilização de prótese vs. Habilitações literárias dos idosos**

Dentro da amostra em estudo a percentagem de indivíduos que usa prótese (54,6%) é muito próxima a que não usa (45,4%), no entanto ao analisar as diferenças entre o uso de prótese e as habilitações literárias demonstrou-se que não existem de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,504$ ), ou seja as habilitações literárias não influenciam o uso de próteses (Tabela 15).

**Tabela 15-** Análise descritiva da correlação da utilização do uso de prótese com habilitações literárias.

			Prótese Dentária		Total
			Não	Sim	
Habilitações Literárias	Não	n	10	11	21
		%	47,6%	52,4%	100,0%
	Sim	n	39	48	87
		%	44,8%	55,2%	100,0%
Total	n	49	59	114	
	%	45,4%	54,6%	100,0%	

Teste exato de Fisher:  $p=0,504$

- **Género vs. Escovagem diária**

Relativamente à influência do género na escovagem diária dos dentes verificou-se, através do teste de *Fisher* que não existem diferenças estatisticamente significativas, pois obtivemos um  $p=0,165$  (Tabela 16).

**Tabela 16-** Análise descritiva da correlação do género com a escovagem diária.

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Escovagem	Não	n	23	10	33
		%	69,7%	30,3%	100,0%
	Sim	n	65	16	81
		%	44,8%	55,2%	100,0%
Total	n	88	26	114	
	%	77,2%	22,8%	100,0%	

Teste exato de Fisher:  $p=0,165$

- **Género vs. Número de escovagens**

Através do teste do Qui-Quadrado verifica-se diferenças estatisticamente significativas entre o número de escovagens e o género do indivíduo, pois obteve-se um  $p=0,012$ , que sendo inferior a  $p<0,05$  demonstra a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas variáveis, ou seja, o género influencia o número de escovagens realizadas diariamente. Ao analisar a Tabela 17 verifica-se que os indivíduos do sexo masculino que escovam mais do que uma vez ao dia é muito reduzido (3,6%), não havendo nenhum que escove três vezes por dia, ou seja na sua maioria ou não escovam os dentes/próteses dentárias ou escovam apenas uma vez por dia. No entanto quando olhamos para os valores femininos o número de indivíduos que escovam duas a três vezes por dia é bastante elevado.

**Tabela 17-** Análise descritiva da correlação do género com o número de escovagens

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
N.º de escovagens	0	n	23	10	33
		%	69,7%	30,3%	100,0%
	1	n	32	15	47
		%	68,1%	31,9%	100,0%
	2	n	27	1	28
		%	96,4%	3,6%	100,0%
	3	n	6	0	6
		%	100,0%	0,0%	100,0%
Total	n	88	26	114	
	%	77,2%	22,8%	100,0%	

Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,012$

▪ **Tipo de prótese vs. Satisfação com a prótese**

Em relação a satisfação do paciente com o tipo de prótese utilizada verificou-se que tanto nas próteses inferiores ( $p=0,352$ ) como nas próteses superiores ( $p=0,262$ ) não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, o tipo de próteses não influenciou a satisfação do paciente (Tabela 18 e Tabela 19).

**Tabela 18-** Análise descritiva da correlação do tipo de prótese inferior e satisfação com a prótese.

			Tipo de prótese inferior			Total
			Total	Parcial Acrílica	Parcial Esquelética	
Paciente satisfeito com a prótese	Não	n	9	0	1	10
		%	90,0%	0,0%	10,0%	100,0%
	Sim	n	38	7	2	47
		%	80,9%	14,9%	4,3%	100,0%
Total	n	47	7	3	57	
	%	82,5%	12,3%	5,3%	100,0%	

Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,352$

**Tabela 19-** Análise descritiva da correlação do tipo de prótese superior e satisfação com a prótese.

		Tipo de prótese superior			Total	
		Total	Parcial Acrílica	Parcial Esquelética		
Paciente satisfeito com a prótese	Não	n	8	0	2	10
		%	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
	Sim	n	41	4	3	48
		%	85,4%	8,3%	6,3%	100,0%
Total	n	49	4	5	58	
	%	84,5%	6,9%	8,6%	100,0%	

Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,262$

▪ **Satisfação da prótese vs. Consulta de prótese**

Na Tabela 20 apresenta-se os resultados obtidos em relação à satisfação da prótese e à frequência das consultas de prótese. Observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,596$ ) entre a frequência das consultas e a satisfação com a prótese. Como referido anteriormente, a frequência de consultas ao médico dentista é muito baixa, tendo 85% respondido que não iam nem uma vez por ano nem de 6 em 6 meses ao médico dentista, no entanto nenhum dos indivíduos que respondeu que frequentava o médico dentista de 6 em 6 meses ou pelo menos uma vez por ano demonstrou estar insatisfeito com a prótese utilizada.

**Tabela 20-** Análise descritiva da correlação da satisfação e consultas de prótese.

		Consultas de controlo da prótese			Total
		6 em 6 meses	1 vez ao ano	Nenhuma das hipóteses	
Paciente satisfeito com a prótese	Não	n	0	0	6
		%	0,0%	0,0%	100,0%
	Sim	n	5	1	34
		%	12,5%	2,5%	85,0%
Total	n	5	1	40	
	%	10,9%	2,2%	87,0%	

Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,596$

▪ **Higiene pessoal vs. Escovagem diária**

Através da análise da Tabela 21 em que demonstra a relação entre a escovagem de dentes/próteses dentárias e a capacidade do individuo realizar a sua higiene pessoal independentemente verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis pois o valor do teste de *Fisher* obtido foi de  $p=0,216$ . No entanto verifica-se que o número de indivíduos que escova os dentes é superior ao que não escova necessitando de ajuda ou não na sua higiene pessoal diária.

**Tabela 21-** Análise descritiva da correlação higiene oral e escovagem diária.

		Escovagem		Total
		Não	Sim	
Higiene Pessoal	Necessita de ajuda	n	14	25
		%	35,9%	64,1%
	Independente	n	19	52
		%	26,8%	73,2%
Total	n	33	77	
	%	30,0%	70,0%	

Teste exato de Fisher:  $p=0,216$

## **6.DISSCUSSÃO**

---



## 6. DISCUSSÃO

---

O aumento da esperança média de vida juntamente com a diminuição da taxa de natalidade provocou o aumento da população envelhecida.<sup>(1)</sup> Em termos de saúde oral não se verifica a devida atenção e importância por parte da população em geral, sendo que o mesmo se intensifica nas camadas mais velhas que raramente recorrem ao tratamento oral. São vastos os obstáculos, sendo a pobre condição socioeconómica uma das principais causas. Por outro lado, é comum os profissionais de saúde ou cuidadores de idosos das instituições responsáveis pelo cuidado parcial ou integral destes concederem pouca prioridade ou importância a problemas de saúde oral, não estando suficientemente consciencializados da necessidade de monitorização da condição oral ou dos cuidados orais regulares.<sup>(20,40)</sup>

Este estudo pretendeu caracterizar os comportamentos de saúde oral numa amostra de idosos institucionalizados, bem como determinar o grau de edentulismo e a prevalência de doenças orais de modo a estabelecer estratégias para melhorar a saúde oral na população envelhecida.

A faixa etária predominante da amostra compreende-se os 81 e os 90 anos (39,50%) sendo maioritariamente constituída por mulheres (76,50%). Esta demarcada diferença de prevalência de gênero, é uma característica essencialmente encontrada nesta faixa etária o que reflete uma esperança média de vida superior nas mulheres quando comparadas com os homens.<sup>(70)</sup>

A maioria dos idosos participantes no estudo habita em lares e em instituições (61,4%) tendo consequentemente como principal prestador de cuidados funcionários e auxiliares de centros de dia/lares (59,6%) que nem sempre dão a devida atenção aos cuidados diários necessários para uma boa saúde oral.

Diversos estudos demonstraram que o tabaco, o álcool, o *stress* e a falta de atividade física são fatores que podem influenciar o aparecimento de alterações na cavidade oral, podendo levar ao aparecimento de doenças orais.<sup>(16,38)</sup> Estes fatores porém, não foram dados relevantes neste estudo pois a grande maioria

dos participantes respondeu que não sentia *stress*, que não fumava e que não ingeria bebidas alcoólicas, permitindo assim descartar estes fatores como potenciais causadores das modificações visualizadas.

Hábitos regulares de higiene oral como idas periódicas ao médico dentista, uso de fio dentário e escovagem regular dos dentes/próteses permitem prevenir o aparecimento de doenças e complicações relacionadas com a saúde oral influenciando também o bem-estar do idoso.<sup>(71)</sup>

Apesar de 71,1% dos participantes escovar os dentes/próteses com regularidade, nenhum utiliza fio dentário e apenas 9,8% consultou o Médico dentista nos últimos 12 meses apesar de 53,6% utilizar próteses dentárias. Verificou-se ainda que, a maioria dos participantes não efetua o número de escovagens diárias necessárias para manter uma boa higiene oral, o que demonstra a falta de consciencialização do idoso assim como do prestador de cuidados relativamente aos benefícios de uma boa higienização. É, porém, importante destacar que, apesar de 71,4% dos participantes não sentir dor na cavidade oral e 61% não sentir alterações no paladar, a existência de alterações nos lábios, língua, gengivas e saliva é bastante visível e significativa podendo levar ao aparecimento de diversas complicações.

No geral apenas 5,6% dos participantes apresentou uma boa higiene oral comparado com os 52,2% que apresentaram mau hálito bem como resíduos alimentares/tártaro/placa bacteriana em uma ou duas áreas da boca/prótese e os 42,2% que demonstraram uma higiene oral insatisfatória.

Quintal *et al.* (2012) determinou no seu estudo que os idosos não-dependentes de ajuda para efetuar a higiene oral e os idosos que escovam os dentes duas vezes por dia, apresentam baixo índice de placa e melhores índices de saúde oral comparativamente com aqueles que escovavam menos de duas vezes por dia. Concluiu assim que, a necessidade de ajuda complementar na realização da higiene oral está correlacionado com piores indicadores clínicos de doenças dentárias e das mucosas.<sup>(72)</sup>

Frenkel *et al.* (2000) avaliou a saúde oral de idosos residentes em 22 lares na tentativa de correlacionar o nível de comprometimento físico ou mental com a dependência do cuidado de terceiros na realização das tarefas básicas de higiene e de cuidados pessoais. Concluiu apenas que, a maioria dos idosos com necessidades de apoio na realização das tarefas básicas de higiene oral não as recebe por parte dos cuidadores. Os maiores níveis de placa dentária foram exibidos pelos idosos com dificuldades ou limitações na realização da higiene oral, ou seja, necessitados do apoio dos cuidadores.<sup>(73)</sup>

Neste estudo, verifica-se que o número de indivíduos que escovam os dentes é superior ao número de indivíduos que não escovam (requerendo ou não apoio de terceiros para a higiene pessoal). Este estudo determinou também que a higiene pessoal não está relacionada com a escovagem diária por parte do idoso. Contudo esta relação não permite avaliar se a escovagem é realizada com a frequência e efetividade necessárias, de modo a que se faça uma eficiente remoção da placa com manutenção de uma higiene oral satisfatória.<sup>(73)</sup>

Simons, *et al.* (2001) realizou um estudo com o intuito de avaliar os hábitos de higiene oral e o padrão de saúde oral de 164 idosos, residentes em lares. Problemas de destreza ou debilitação estão relacionada com a elevada percentagem de placa bacteriana. Isto remete-nos novamente para a falta de apoio e cuidado oral ou ineficiência dos mesmos, nomeadamente a escovagem nos idosos que necessitam de cuidados para a higiene pessoal pela existência de algum tipo de limitação.<sup>(73,74)</sup>

A xerostomia corresponde à sensação de boca seca e pode surgir com o avançar da idade, devido a doenças ou mesmo como efeito secundário da medicação. Esta condição pode ser indicativa de problemas de saúde e afeta tanto a saúde oral como a qualidade de vida. A sensação de boca seca pode ser sinal de hipofunção da glândula salivar (fluxo salivar reduzido) que pode influenciar o aparecimento de cáries, infeções fúngicas e dificultar assim o tratamento dentário.<sup>(58)</sup> Neste trabalho verificou-se que 63,4% dos idosos sente a boca seca, o que pode resultar de uma desidratação ou da diminuição da

produção de saliva. Estudos adicionais seriam necessários para verificar se realmente ocorreu uma diminuição de produção de saliva.

Com o avançar da idade a perda de peças dentárias é bastante frequente, recorrendo-se ao uso de próteses dentárias para o idoso ter uma vida mais saudável. Dos participantes 53,6% é portador de prótese dentária e 83,3% sente-se satisfeito com a sua prótese. Estes dados são corroborados com as respostas dadas na escala *OHIP-14*, em que 40,9% dos participantes nunca sente desconforto ao ingerir alimentos e 49,1% nunca deixou de comer um alimento devido a problemas nos dentes, na boca ou nas próteses. Para além disso 59,6% nunca se sentiu incapaz/debilitado de devido a problemas orais.

Um estudo realizado em instituições do concelho do Porto concluiu que, apesar da maior parte dos idosos se sentir satisfeito com a sua prótese, diversas anomalias são detetadas nas mesmas quando observadas pelo Médico dentista.<sup>(11)</sup>

Em relação ao tipo de próteses dentárias verificou-se que a percentagem de próteses inferiores e superiores é bastante semelhante (82,5% e 84,5% respetivamente). Em geral, 40,9% dos participantes admite não ter dores associados ao uso de próteses, porém, poderíamos estar perante uma percentagem bastante mais elevada se o idoso fosse sujeito a consultas de controlo das próteses frequentes. Para além disso, demonstrou-se que 55,8% dos idosos ou não é portador de prótese ou é portador de próteses fraturadas/não passíveis de serem utilizadas; 22,1% é portador de próteses com uma área/dente fraturado ou próteses instáveis e/ou sem retenção; e apenas 22,1% é portador de próteses satisfatórias.

O índice CPOD é o índice recomendado pela OMS para medir e comparar a existência de cáries dentárias na população, o seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados numa amostra.<sup>(75)</sup>

Lui *et al.* (2003) verificou que os idosos que vivem em áreas urbanas, que fumam e que não possuem seguro dentário de saúde têm maior risco de

desenvolver cáries dentárias. O estudo demonstrou ainda a elevada prevalência de cáries dentárias na população idosa do nordeste da China.<sup>(76)</sup>

Como descrito no estudo supracitado, diversos fatores podem estar relacionados com o aparecimento de cáries assim, neste trabalho verificou-se a associação entre o índice CPOD com três variáveis diferente: 1) toma de mais de 3 medicamentos; 2) habilitações literárias do idoso; e 3) escovagem dentária diária. Nas correlações anteriormente referidas verificou-se que estas variáveis não têm uma influência sobre o índice CPOD. Contudo, 83,9% dos idosos que tomam mais de 3 medicamentos demonstraram um índice igual ou superior a 20 (têm 20 ou mais dentes cariados, perdidos por cárie e restaurados devido a cárie dentária) enquanto que 16,10% apresenta um índice inferior a 20.

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a frequência de consultas de prótese e satisfação com a mesma, sendo que 85% da amostra não visitava o médico dentista. Para além disso o tipo de prótese demonstrou não influenciar a satisfação do idoso em relação à prótese. Por outro lado, os idosos que frequentam o médico dentista não apresentavam queixas em relação a prótese utilizada.

Polzer *et al.* (2011) concluiu que, à medida que o tempo de uso de próteses aumenta, aumenta também a adaptação, mesmo em situações que o médico dentista diga que o dispositivo protético não esteja em boas condições. Diversas vezes os fatores psicológicos desempenham um papel mais preponderante na aceitação e adaptação da prótese do que a própria prótese e adaptação da mesa. Quando a prótese cumpre as exigências requeridas pelo paciente o tempo fará com que este se adapte mesmo perante alterações orais tais como, perda da crista óssea que se reflete negativamente na retenção da prótese. Assim, se o paciente estiver psicologicamente predisposto ao uso e às limitações de uma prótese dentária, a satisfação será maior mesmo quando não são feitas consultas regulares de controlo das próteses. Uma das principais causas de insatisfação dos pacientes com as próteses é o surgimento de dor, nomeadamente de úlceras.<sup>(77,78)</sup>

Neste estudo verificou-se que o género não está relacionado com a escovagem diária, mas que influencia o número de escovagens. Ao analisar esta associação observou-se resultados estatisticamente significativos, apurando-se que as mulheres demonstram mais preocupação com a higiene oral existindo uma escovagem de 2/3 vezes por dia, enquanto que apenas 3,6% dos homens escovam 2 vezes ao dia e nenhum 3 vezes ao dia.

Este estudo corrobora um estudo feito por Wiener *et al.* (2012) em que se verificou que 80% das mulheres (n=128) e 52,3% dos homens (n=45) afirmavam que escovavam os dentes mais de duas vezes por dia. Os resultados mostraram que as mulheres relataram escovagens mais frequentes do que os homens. Este estudo demonstrou que as mulheres idosas do oeste da Virgínia, tinham significativamente melhores práticas de higiene oral do que os homens, principalmente em relação a escovagem dentária.<sup>(79)</sup>

Em suma, a faixa etária mais idosa tem sido demonstrado uma fraca saúde oral, principalmente devido ao aparecimento de doença periodontal, ao elevado número de perda de peças dentárias, e ao aumento da prevalência de cárie dentária, de xerostomia e de cancro oral. Diversos são os fatores negativos na vida diária do idoso, como a diminuição do desempenho da mastigação, a perda de peso, a comunicação deficiente, a baixa autoestima e afetação do bem-estar geral.<sup>(20)</sup>

Para que a prevenção das doenças orais seja possível é necessário determinar métodos/estratégias de prevenção e educação para a saúde oral da população geriátrica, para que estas possam ser implementadas em instituições. Assim, é necessária a realização de ações de promoção de saúde oral, a aplicação de escovas próprias para a higienização das próteses bem como palestras/ações de formação para orientar os auxiliares de saúde na deteção precoce de patologias orais.

## **7. CONCLUSÃO**

---



## **7. CONCLUSÃO**

---

A sociedade dos dias de hoje é caracterizada por uma população envelhecida, especialmente nos países desenvolvidos. Este padrão remete-nos para a necessidade de se adequarem os cuidados de saúde às especificações e carências próprias do doente sénior. O grande desafio será descobrir uma forma de combater e de lidar com as doenças crónicas que afetam esta subpopulação bem como com as suas consequências. Muitos dos fatores de risco associados ao surgimento destas condições são comuns aos problemas de saúde oral mais prevalentes no idoso e, por outro lado, a patologia crónica por si só ou a farmacoterapia a ela associada podem também desencadear certas manifestações orais.

A grande maioria dos idosos institucionalizados sofre de edentulismo total ou parcial com falta de um grande número de peças dentárias. As principais causas para a perda dentária estão relacionadas com: 1) cárie dentária, que no idoso consistem, maioritariamente, em cáries radiculares; e 2) doença periodontal avançada causadora da perda de suporte dentário. A ausência de um grande número de dentes ou da sua totalidade acarreta grandes dificuldades mastigatórias, com restrição da escolha alimentar e derivados problemas nutricionais, cumulativamente, a falta de dentes implica uma descida nos níveis de autoestima pela falta de estética e desconforto causando desadaptação social e estados depressivos.

Embora os pacientes possuam, muitas vezes, dispositivos de reabilitação protética estes estão, de um modo geral, desadaptados não cumprindo as funcionalidades a que se destinam e causando alterações patológicas nos tecidos moles como, por exemplo e com grande prevalência, a estomatite protética. Existe, na população idosa, uma grande falta de perceção da necessidade de tratamento e cuidado oral verificando-se que estes doentes não procuram ajustar ou realizar próteses novas quando assim necessitam.

No que concerne à saúde oral, existem ainda algumas problemáticas intimamente associadas à idade avançada, derivadas dos agentes etiológicos

do edentulismo, da cárie dentária, da doença periodontal, da xerostomia e das patologias associadas aos tecidos moles. Uma saúde oral deficiente pode afetar a qualidade de vida do idoso, sendo um problema de saúde pública que obriga à criação de meios para que se fortaleçam os programas de saúde oral adequados a esta faixa etária. Assim, estudos como este apresentam um peso/relevância significativa, pois expõem os principais problemas existentes, fornecendo um suporte teórico e científico com base em casos reais que permitirá a implementação de diretivas e estratégias adequadas às falhas ainda existentes na saúde oral direcionada ao idoso.

Estes programas de saúde oral para o paciente sénior deverão priorizar a implementação de medidas de prevenção com combate aos principais fatores de risco e medidas de promoção e educação para a saúde oral. Os grupos vulneráveis como os idosos institucionalizados possuem maior necessidade de cuidados e para que se colmate esta falha é impreterível que se criem programas de educação e formação para os profissionais de saúde e cuidadores responsáveis por estes idosos, consciencializando-os da importância da saúde oral para o bem-estar geral.

O idoso apresenta taxas de acesso a cuidados médico dentários muito baixas, pela falta de informação acerca da relevância da saúde oral como parte integrante da saúde geral; ou pela incapacidade física de se deslocar ao local; ou pela incapacidade monetária de financiar o acompanhamento e tratamentos de saúde oral que necessita. Para além disso, e em relação ao idoso institucionalizado, este deverá fazer parte de um programa de acompanhamento dentário que inclua diagnóstico e avaliação, com comunicação com os médicos especialistas e cuidadores que acompanham cada paciente, para que crie uma história clínica detalhada e completa, com indicação das patologias, medicação, hábitos e antecedentes médicos e familiares. O deslocamento ao consultório deve ser proporcionado e facilitado pela instituição como se verifica no acompanhamento médico de outras especialidades. Deve ser feito um plano de tratamento completo, que vise as melhores opções a cada indivíduo e que lhe proporcionem o restabelecimento da saúde oral e da qualidade de vida. A saúde oral deve ser acessível e

alcançável a todos os idosos, independentemente do seu grau de limitação ou dependência e da gravidade das suas necessidades.



## **8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Lunenfeld B, Stratton P. The clinical consequences of an ageing world and preventive strategies. *Best Pr Res Clin Obs Gynaecol*. 2013;27(5):643–59.
2. Lutz W, Sanderson W, Scherbov S. The coming acceleration of global population ageing. *Nature*. 2008;451(7179):716–9.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548–54.
4. Almeida AJPS. *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares*. Universidade do Porto; 2008.
5. Dolan TA, Atchison K, Huynh TN. Access to dental care among older adults in the United States. *J Dent Educ*. 2005;69(9):961–74.
6. World-Health-Organization. *Oral health priority action areas – older people*. WHO 2016.
7. Ghezzi EM, Ship JA. Systemic diseases and their treatments in the elderly: impact on oral health. *J Public Health Dent*. 2000;60(4):289–96.
8. Shay K. Infectious complications of dental and periodontal diseases in the elderly population. *Clin Infect Dis*. 2002;34(9):1215–23.
9. Shamdol Z, Ismail NM. Prevalence and Associated Factors of Edentulism among Elderly Muslims in Kota Bharu, Kelantan, Malaysia. 2008;40(December):143–8.
10. Vargas CM, Kramarow EA, Yellowitz JA. The oral health of older Americans. *Aging trends*. 2001;(3):1–8.

11. Braz MPV. Estudo dos factores de risco de saúde oral numa população sénior institucionalizada do concelho do porto. Universidade do Porto; 2005.
12. Lelis ÉR, Siqueira CS, Costa MM, Reis SMÁS, Gomes VL, Oliveira AG. Incidência e prevalência de doenças bucais em pacientes idosos: Alterações morfológicas, sistêmicas e bucais. Rev Inpeo Odontol. 2009;3(2):67–73.
13. Fiske J, Griffiths J, Jamieson R, Manger D. Guidelines for oral health care for long-stay patients and residents. Gerodontology. 2000;17(1):55–64.
14. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. J Calif Dent Assoc. 2000;28(9):685–95.
15. Healthy People 2000: national health promotion and disease prevention objectives. J Sch Heal. 1991;61(7):298–328.
16. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31(Suppl. 1):3–24.
17. HelpAge International and UNFPA. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Fundo Popul das Nações Unidas. 2012;12.
18. Ferreira Z. Percepção do estado de saúde da pessoa idosa intitucionalizada. J Aging Innov. 2011;1(1):23–9.
19. Martínez-González J-M, Martín-López F, Barona-Dorado C, Martínez-Rodríguez N. Social demand for oral surgery in third age patients and its association with systemic pathologies. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010;15(6):e875–9.
20. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of

- older people – Call for public health action. *Community Dent Health*. 2010;27(Suppl. 2):257–68.
21. Spijker J, MacInnes J. Population Ageing: The Timebomb that Isn't? *BMJ*. 2013;347(6598).
  22. Kulik, Ryan, Harper, George. Aging populations and management. *Acad Manag J*. 2014;57(4):929–35.
  23. Bongaarts J. Global fertility and population trends. *Semin Reprod Med*. 2015;33(1):5–10.
  24. Instituto Nacional de Estatística. Dia Internacional do Idoso. Destaque - Informação à Comun Soc. 2007;1–7.
  25. Instituto Nacional de Estatística (INE). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Destaque Informação à Comun Soc. 2015;1–8.
  26. Report D. Short Analytical Web Note. 2015.
  27. Estimativas de População Residente em Portugal. Informação à Comun Soc destaque. 2015;1–5.
  28. Cancela DMG. O processo de envelhecimento. Dissertação de Licenciatura, Universidade Lusíada do Porto, Porto, Portugal. 2008.
  29. Glascock, Anthony P, Feinman SL. A holocultural analysis of old age. *Comp Soc Res*. 1980;3:1–332.
  30. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med*. 1994;38(1):1–14.
  31. Direcção-Geral-de-Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativo nº13 /DGCG. 2004. p. 1–22.

32. Decreto-Lei n.º 30/89 – Disciplina o licenciamento, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social com fins lucrativos. Diário da República, 1ª Série, nº20 1989.
33. Pynnönen K, Törmäkangas T, Heikkinen RL, Rantanen T, Lyyra TM. Does social activity decrease risk for institutionalization and mortality in older people? *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci.* 2012;67 B(6):765–74.
34. Salguero A, Garcia-Martínez R, Molinero O, Márquez S. Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community-dwelling and institutionalized older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53(2):152–7.
35. Pestana LC, Espírito Santo FH. As engrenagens da saúde na terceira idade: Um estudo com idosos asilados. *Rev da Esc Enferm.* 2008;42(2):268–75.
36. Araújo F, Oliveira A, Pinto C, Ribeiro J. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port Saúde Pública.* 2007;25(2):59–66.
37. Bussche H, Koller D, Kolonko T, Hansen H, Wegscheider K, Glaeske G, et al. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health.* 2011;11:1–9.
38. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dent.* 2008;28(6):224–36.
39. Côrte-Real IS, Figueiral MH, Campos JC. As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac.* 2011;52(3):175–80.
40. Silva EMM, Barão V a. R, Santos DM, Delben J a., Ribeiro ACP, Gallo AKG. Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente

- geriátrico. *Odonto*. 2011;19(37):39–47.
41. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci*. 2006;48(1):1–7.
  42. Northridge ME, Ue F V., Borrell LN, De La Cruz LD, Chakraborty B, Bodnar S, et al. Tooth loss and dental caries in community-dwelling older adults in northern Manhattan. *Gerodontology*. 2012;29(2):464–73.
  43. Kossioni AE, Dontas AS. The stomatognathic system in the elderly. Useful information for the medical practitioner. *Clin Interv Aging*. 2007;2(4):591–7.
  44. Ahluwalia KP, Cheng B, Josephs PK, Lalla E, Lamster IB. Oral disease experience of older adults seeking oral health services. *Gerodontology*. 2010;27(2):96–103.
  45. Hahnel S, Schwarz S, Zeman F, Schäfer L, Behr M. Prevalence of xerostomia and hyposalivation and their association with quality of life in elderly patients in dependence on dental status and prosthetic rehabilitation: A pilot study. *J Dent*. 2014;42(6):664–70.
  46. Philip P, Rogers C, Kruger E, Tennant M. Caries experience of institutionalized elderly and its association with dementia and functional status. *Int Fed Dent Hyg*. 2012;10:122–7.
  47. Tonetti MS, Dyke TE. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/ AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol*. 2013;40(Suppl.14):24–9.
  48. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8(1):126.

49. Tramini P, Montal S, Valcarcel J. Tooth loss and associated factors in long-term institutionalised elderly patients. *Gerodontology*. 2007;24(4):196–203.
50. Shenoy RP, Hegde V. Dental Prosthetic Status and Prosthetic Need of the Institutionalized Elderly Living in Geriatric Homes in Mangalore: A Pilot Study. *ISRN Dent*. 2011;2011:1–3.
51. Ferreira RC, De Magalhães CS, Moreira AN. Tooth loss, denture wearing and associated factors among an elderly institutionalised Brazilian population. *Gerodontology*. 2008;25(3):168–78.
52. Silva L. Alterações bucais do Envelhecimento e implacções para a atenção odontológica. Tese de conclusão de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
53. Brunetti RF, Montenegro FL, Marchini L. Aspectos importantes na prótese total para a 3<sup>o</sup> idade. 2007;(1960):177–94.
54. Ferreira RC, Magalhães CS De, Moreira AN. Oral mucosal alterations among the institutionalized elderly in Brazil. *Braz Oral Res*. 2010;24(3):296–302.
55. Salerno C, Pascale M, Contaldo M, Esposito V, Busciolano M, Milillo L, et al. Candida-associated denture stomatitis. *Oral Med Pathol*. 2011;16(2):139–43.
56. Santos CM, Hilgert JB, Padilha DMP, Hugo FN. Denture stomatitis and its risk indicators in south Brazilian older adults. *Gerodontology*. 2009;27(2):134–40.
57. Janosi K, Popsor S, Ormenisan A, Martha K. Comparative Study of Hyperplastic Lesions of the Oral Mucosa. *Euronpean Sci J*. 2013;9(30):7–15.

58. Liu B, Dion MR, Jurasic MM, Gibson G, Jones JA. Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: Prevalence and etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. Elsevier; 2012;114(1):52–60.
59. Leal SC, Bittar J, Portugal A, Falcão DP, Faber J, Zanotta P. Medication in elderly people: Its influence on salivary pattern, signs and symptoms of dry mouth. *Gerodontology*. 2010;27(2):129–33.
60. Jornet P, Mateos A, Sanches-Slies M, Gómez-Garcia F. Burning mouth syndrome: an update. *Oral Med Pathol*. 2010;15(4):562–8.
61. Minguez-Sanz M-P, Salort-Llorca C, Silvestre-Donat F-J. Etiology of burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(2):144–8.
62. Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. 2003;14(4):275–91.
63. Sischo L, Broder H. Oral Health- related Quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Rescarch*. 2011;90(11):1264–70.
64. Antunes SDF. Avaliação da Saúde Oral num grupo de idosos institucionalizados no Concelho de Vagos. Tese de Mestrado em Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa; 2013.
65. Preshaw P., Walls AW., Jakubovics N., Moynihan P., Jepson NJ. Association of removable partial denture use with oral and systemic health. *J Dent*. 2011;1–9.
66. Shinkai R, Cury A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(4):1099–109.
67. Acevedo RA, Batista LHC, Trentin MS, Shibli JA. Tratamento periodontal no paciente idoso. *Rev Fac Odontologia Univiversidade Passo Fundo*.

2001;6(2):57–62.

68. Gonçalves L, Mello AL, Zimmermann K. Validação de Instrumento de Avaliação das Condições de Saúde Bucal de Idosos Institucionalizados. Sistema de Informação Científica. 2010;14(4):839–47.
69. Martins de Sousa LM. Cáries Radiculares. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2005.
70. Quintal C, Lourenço Ó, Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. Rev Port Saúde Pública. 2012;30(1):35–46.
71. Preventivas E, Odontogeriatrics EM, Horizonte B, Gerais M. Estratégias preventivas em odontogeriatrics. 2009;1–6.
72. Braz PV. Estudo dos factores de risco de saúde oral numa população sénior institucionalizada do concelho do porto. 2005;
73. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Oral health care among nursing home residents in Avon. Gerodontology. 2000;17(1):33–8.
74. Simons D, Brailsford S, Eam K, Relationship BD. Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes. 2001;(2):464–70.
75. Cypriano S, Rosário de Sousa M, Wada R. Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. Rev Saude Publica. 2005;39(2).
76. Lu L, Zhang Y, Wu W, Li Y. Prevalence and Correlates of Dental Caries in an Elderly Population in Northeast China. 2013;8(11).
77. Polzer I, Shimmel M, Muller F. Edentulism as part of the general health

problems of elderly adults. *Int Dent J.* 2010;60(143-55).

78. Bilhan H, Erdogan O, Ergin S, Celik M, Ates G, Geckili O. Complication rates and patient satisfaction with removable dentures. *J Adv Prosthodont.* 2012;4(2):109–15.
79. Wiener RC, Crout RJ, Plassman BL, Caplan DJ. Hygiene Self–Care of Older Adults in West Virginia: Effects of Gender. *J Dent Hyg.* 2012;86(3):231–8.



## **9. ANEXOS**

---



## 9. ANEXOS

---



Departamento de Ciências da Saúde  
Centro Regional das Beiras  
Universidade Católica Portuguesa

### *Gerodontologia – Promoção de saúde oral e caracterização da saúde geral e oral dos idosos institucionalizados de Viseu.*

#### CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_.

Fui informado, pelo investigador/clínico responsável, de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a avaliar a minha saúde geral e oral e o impacto na minha qualidade de vida. Será realizado um questionário para avaliação de aspectos da minha vida, nomeadamente: pessoais, físicos/mentais, orais e sociais. Também será efectuada uma observação da cavidade oral para avaliação do meu estado de saúde oral.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer questões e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o total anonimato dos dados recolhidos.

Nome do participante no estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do investigador responsável.

Assinatura: \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## ***Gerodontologia – Promoção de saúde oral e caracterização da saúde geral e oral dos idosos institucionalizados de Viseu.***

O Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa encontra-se a desenvolver um programa de promoção da saúde oral e caracterização da saúde geral e oral dos idosos institucionalizados em Viseu. Para tal, solicitamos a sua colaboração para o preenchimento do questionário e realização de algumas medições/avaliações. 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.

### **I – CARACTERIZAÇÃO E HÁBITOS**

1. **Género:**  Feminino  Masculino

2. **Data de Nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos.

3. **Área de residência:**

- Aldeia
- Vila
- Cidade

4. **Habilitações literárias:**

Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>
Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe	<input type="checkbox"/>
Fez exame da 4ª classe	<input type="checkbox"/>
Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente)	<input type="checkbox"/>
Completou o 7º ano (curso complementar do liceu)	<input type="checkbox"/>
Completou o ensino superior	<input type="checkbox"/>
Nível de ensino completado na idade adulta (ex. programas novas oportunidades)	<input type="checkbox"/>
Ensino especial	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

5. **Qual o seu actual estado civil?**

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

6. **Tem filhos?**  Não  Sim

7. **Quem assume o papel de principal prestador de cuidados?**

- Conjuge
- Filho(as)
- Outros familiares
- Cuidadores do centro de dia/lar

8. **Pessoas com quem coabita:**

- Filhos
- Netos
- Nora/genro
- Conjuge/companheiro
- Sozinho
- Instituição
- Outro

9. Tem alguma das seguintes doenças?					
1- Artrite ou reumatismo	1 – Sim	2 - Não	10- Dislipidemia	1 - Sim	2 – Não
2- Glaucoma/Cataratas	1 – Sim	2 - Não	11- Doença dos rins	1 - Sim	2 – Não
3- Asma/Bronquite/DPOC	1 – Sim	2 - Não	12- Doença do fígado	1 - Sim	2 – Não
4- Hipertensão arterial	1 – Sim	2 - Não	13- Doença do sistema urinário	1 - Sim	2 – Não
5- Diabetes	1 – Sim	2 - Não	14- Antecedentes de AVC	1 - Sim	2 – Não
6- Problemas cardíacos	1 – Sim	2 - Não	15- Doença de Parkinson	1 - Sim	2 – Não
7- Problemas circulatórios	1 – Sim	2 - Não	16- Doenças da pele	1 - Sim	2 – Não
8- Problemas gástricos	1 – Sim	2 - Não	17- Doença psiquiátrica	1 - Sim	2 – Não
9- Doença oncológica	1 – Sim	2 - Não	18- Doença degenerativa	1 - Sim	2 – Não

10. Toma medicamentos diariamente?  Não  Sim

10.1. Se sim, quais são os medicamentos que toma? \_\_\_\_\_.

11. Faz algum tipo de actividade física?  Não  Sim

11.1. Se sim, que tipo de actividade física realiza? \_\_\_\_\_.

12. Costuma fumar ?  Não  Sim  Ex-fumador

12.1. Se sim, quantos cigarros fuma por dia? \_\_\_\_\_.

13. Costuma ingerir bebidas alcoólicas?  Não  Sim

II - Status nutricional (Mini Nutricional Assesment)			
a) Índice de massa corporal			
0 = IMC < 19	1 = 19 < IMC < 21	2 = 21 < IMC < 23	3 = IMC > 23
b) Perímetro Médio Braquial	0,0 = PMB < 21 cm	0,5 = 21 < PMB < 22 cm	1,0 = IMC > 22 cm
c) Circunferência da perna	0 = CP < 31		1 = CP > 31
d) Perda ponderal nos últimos 3 meses			
0 = Perda ponderal > 3 Kg      1 = Não sabe      2 = Perda entre 1 e 3 Kg      3 = Sem perda ponderal			
e) Vive independentemente (em contraponto de viver num lar)?	0 = Não		1 = Sim
f) Toma mais de 3 medicamentos prescritos (por dia)?	1 = Não		0 = Sim
g) Nos últimos 3 meses, foi vítima de <i>stress</i> psicológico ou doença aguda?	0 = Não		1 = Sim
h) Mobilidade			
0 = Limitado a uma cadeira ou à cama      1 = Consegue sair da cama/cadeira, mas não sai á rua      2 = Sai á rua			
i) Problemas neuropsicológicos?			
0 = Demência severa ou depressão      1 = Demência ligeira      2 = Sem problemas psicológicos			
j) Tem úlceras de pressão?	1 = Não		0 = Sim
k) Quantas refeições completas o doente come/dia?	0 = 1 refeição	1 = 2 refeições	2 = 3 refeições
l) Consome pelo menos uma porção de lacticínios (leite, queijo)/dia?	0 = Não		1 = Sim
m) Consome duas ou mais porções de feijão/grão, ovos por semana?	0 = Não		1 = Sim
n) Consome carne, peixe ou aves diariamente?	0 = Não		1 = Sim
o) Consome duas ou mais porções de fruta ou vegetais diariamente?	0 = Não		1 = Sim
p) A ingestão alimentar foi reduzida nos últimos 3 meses devido a anorexia, problemas digestivos ou dificuldades na deglutição?			
0 = Anorexia severa      1 = Anorexia moderada      2 = Sem anorexia			
q) Quantos copos/ chávenas de bebida (água, sumo, café, chá, leite, cerveja, vinho...) consome/dia?			
0,0 = Menos de 3 copos      0,5 = 3 a 5 copos      1,0 = Mais de 5 copos			
r) Modo de se alimentar			
0 = Alimenta-se só com ajuda      1 = Alimenta-se sozinho, mas com dificuldade      2 = Alimenta-se sozinho, sem problemas			
s) Considera ter algum problema nutricional?			
0 = malnutrição major      1 = não sabe/ malnutrição moderada      2 = sem problema nutricional			
t) Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como é que considera o seu estado de saúde?			
0,0 = Não tão bom      0,5 = Não sabe      1,0 = Tão bom      2,0 = Melhor			
<b>Risco de Desnutrição</b>			
① < 17 pontos: subnutrição      ② 17 a 23,5 pontos: em risco de malnutrição      ③ ≥ 24 pontos: Bem nutrido			

### III – PATOLOGIA DO SONO

Sono (Escala de sonolência de Epworth, adaptada por Santos CR (2001))	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	N/A	24-Score
Nas últimas duas semanas:						
adormeceu sentado e a ler						
adormeceu a ver tv						
adormeceu sentado em local público						
adormeceu como passageiro de um carro, uma hora sem intervalo						
adormeceu deitado para descansar após o almoço						
adormeceu sentado e a falar com alguém						
adormeceu sentado após o almoço sem ingerir álcool						
adormeceu a conduzir um carro em tráfego lento						
<b>Ao deitar teve dificuldade de dormir?</b>						
<b>Acordou durante o sono e teve dificuldade para adormecer de novo?</b>						
<b>Acordou muito cedo e não conseguiu voltar a adormecer?</b>						

### IV – SAÚDE ORAL

1. Costuma escovar os dentes e/ou próteses diariamente?  Não  Sim

1.1 Se sim, quantas vezes por dia? \_\_\_\_\_.

2. Costuma utilizar o fio dentário?

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

3. Efectuou uma consulta no médico dentista nos últimos 12 meses?  Não  Sim

3.1. Se sim, qual foi o motivo da consulta? \_\_\_\_\_.

4. Alguma vez usufruiu do cheque-dentista?  Não  Sim  Não sei.

5. Sente alguma dor na região da face ou mesmo no interior da boca?  Não  Sim

6. Sente dificuldade em mastigar os alimentos e a “engoli-los”?  Não  Sim

7. Sente alguma alteração no paladar?  Não  Sim

8. Sente que a sua boca está “seca”?  Não  Sim

8.1. Se sim, tenta compensar este facto com maior consumo de água?  Não  Sim

### V – PRÓTESES DENTÁRIAS (caso se aplique.)

1. Usa prótese(s) dentária(s)?  Não  Sim

2. Quando usa a sua prótese?  Sempre  Às vezes  Só durante as refeições  Nunca

3. Sente algum desconforto e/ou dor ao usar a prótese?  Não  Sim

4. Consegue comer normalmente com a prótese?  Sempre  Às vezes  Raramente  Nunca

5. Sente-se satisfeito(a) com a sua prótese?  Não  Sim

6. Costuma retirar a prótese para dormir?  Sempre  Às vezes  Raramente  Nunca

7. Costuma fazer a higienização da sua prótese?  Sempre  Às vezes  Raramente  Nunca

## VI – Oral Health Impact Profile - OHIP-14

Responda às questões em baixo (colocando uma cruz atrás da opção que acha mais adequada) tendo em conta a frequência em que sentiu cada um dos aspectos nos últimos 12 meses.

1. **Teve alguma dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

2. **Sentiu que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

3. **Teve alguma dor na sua boca?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

4. **Sentiu algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

5. **Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

6. **Sentiu-se tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

7. **Já deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

8. **Já teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

9. **Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

10. **Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

11. **Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

12. **Teve dificuldade em realizar as suas actividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

13. **Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

14. **Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei  Não se aplica

VII – SAÚDE MENTAL

<b>Mini Mental State Examination (Folstein et al. 1975 adaptado por Guerreiro et al. 1998)</b>		<b>Parcial</b>	<b>Total</b>
<b>Orientação (1 ponto por cada resposta correta)</b>	Em que ano estamos?		
	Em que mês estamos?		
	Em que dia do mês estamos?		
	Em que dia da semana estamos?		
	Em que estação do ano estamos?		
	Em que país estamos?		
	Em que distrito vive?		
	Em que terra vive?		
	Em que casa estamos?		
	Em que andar estamos?		
<b>Retenção (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)</b>	“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.” Pera + Gato + Bola		
<b>Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Para ao fim de 5 respostas)</b>	“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar” 30 _27_ _24_ _21_ _18_ _15_ ___		
<b>Evocação (um ponto por cada resposta correta)</b>	“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar” Pera + Gato + Bola		
<b>Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)</b>	1- “Como se chama isto” Mostrar os objetos: Relógio + Lápis		
	2- “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”		
	3- “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”) Pega com a mão direita + Dobra ao meio + Coloca onde deve		
	4- “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.		
	5- “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.		
<b>Habilidade construtiva (um ponto pela copia correta)</b>	Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.		
<b>24-Pontuação final</b>			

## VIII – ACTIVIDADES DIÁRIAS

<b>Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diárias (Mahoney &amp; Barthel, 1965 Adaptado por Sequeira, 2007)</b>		
<b>Higiene pessoal</b>	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
<b>Evacuar</b>	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	
<b>Urinar</b>	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contínente (por mais de 7 dias)	
<b>Ir à casa de banho (uso de sanitário)</b>	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas, sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
<b>Alimentar-se</b>	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	
<b>Transferências (cadeira /cama)</b>	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
<b>Mobilidade (deambulação)</b>	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	
<b>Vestir-se</b>	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
<b>Escadas</b>	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir/descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	
<b>Banho</b>	0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	

*Obrigado pela sua colaboração!*

## *Observação intra-oral*

### Cárie Dentária (ICDAS)

Códigos de Restauração e Selantes	Código de Cáries
0 = Nem selado nem restaurado	0 = Superfície dentária saudável
1 = Parcialmente selado	1 = Alterações iniciais visíveis no esmalte
2 = Completamente selado	2 = Alteração visual inequívoca no esmalte
3 = Restauração da cor do dente	3 = Cavidade no esmalte sem dentina visível
4 = Restauração a amálgama	4 = Sombra de lesão de cárie (sem cavidade)
5 = Coroa metálica	5 = Cavidade distinta com dentina visível
6 = Coroa cerâmica, de ouro, metalocerâmica ou faceta	6 = Cavidade distinta e extensa com dentina visível
7 = Restauração fraturada ou perdida	
8 = Restauração temporária	
Deve usar sempre um código com 2 dígitos excepto se utilizar o código "P"	<b>Dentes em Falta</b> 97 = Extraído devido a cárie 98 = Ausente devido a outra razão 99 = Não erupcionado P = Dente perdido substituído por implante ou ponte

4. Superfície	3.1.5. Superior Direito								3.1.6. Superior Esquerdo							
	cárie															

Superfi cie	3.1.126. Superior Direito								3.1.127. Superior Esquerdo							
									3.1.133	3.1.133	3.1.133	3.1.133	3.1.143	3.1.143	3.1.143	3.1.143

**Avaliação das próteses dentárias (caso se aplique).**

1. A que tipo de classificação de Kennedy corresponde a prótese que usa?

- Classe I
  - Classe II
  - Classe III
  - Classe IV
- Divisão: \_\_\_\_\_

2. Qual o tipo de prótese usada?

- Total
- Parcial acrílica
- Parcial esquelética
- Fixa

3. Qual a frequência das consultas de manutenção protética?

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

4. Como classifica a estabilidade e retenção da sua prótese?

- Boa
- Satisfatória
- Insatisfatória

5. Existe a presença de restos alimentares na prótese?

- Sim
- Não

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE ORAL PARA A TRIAGEM  
MÉDICO-DENTÁRIA**

CATEGORIA	0 = SAUDÁVEL	1 = PRESENÇA DE ALTERAÇÕES*	2 = NÃO SAUDÁVEL*	PONTUAÇÃO POR CATEGORIA
1) Lábios	<input type="checkbox"/> Lisos, rosados, húmidos	<input type="checkbox"/> Rachados <input type="checkbox"/> Avermelhados nas comissuras (cantos) <input type="checkbox"/> Secos	<input type="checkbox"/> Inchaço ou caroço/saliência local <input type="checkbox"/> <b>Mancha branca ou avermelhada</b> <input type="checkbox"/> <b>Úlcera</b> <input type="checkbox"/> <b>Sangramento</b> <input type="checkbox"/> Infamação nas comissuras <input type="checkbox"/> (cantos dos lábios)	
2) Língua	<input type="checkbox"/> Normal, Húmida, rugosa, rosada	<input type="checkbox"/> Presença de fissuras <input type="checkbox"/> Recoberta por saburro <input type="checkbox"/> (placa branca) <input type="checkbox"/> Avermelhada <input type="checkbox"/> Manchada	<input type="checkbox"/> <b>Ulcerada</b> <input type="checkbox"/> <b>Inchada</b> <input type="checkbox"/> <b>Mancha avermelhada e/ou Branca</b>	
3) Gengivas e tecidos	<input type="checkbox"/> Rosados, húmidos, macios, sem sangramento	<input type="checkbox"/> Avermelhados <input type="checkbox"/> Secos <input type="checkbox"/> Inchados <input type="checkbox"/> Brilhantes <input type="checkbox"/> Ásperos/rugosos <input type="checkbox"/> Mancha ou úlcera por baixo das próteses	<input type="checkbox"/> <b>Manchas brancas ou avermelhadas</b> <input type="checkbox"/> <b>Vermelhidão generalizada</b> <input type="checkbox"/> <b>Gengivas inchadas</b> <input type="checkbox"/> <b>Sangramento</b> <input type="checkbox"/> <b>Úlceras</b>	
4) Saliva	<input type="checkbox"/> Tecidos húmidos, salivagem aquosa, fluxo livre, desimpedido sem obstrução	<input type="checkbox"/> Tecidos secos e pegajosos <input type="checkbox"/> Presença de pouca saliva	<input type="checkbox"/> Tecidos ressecados e avermelhados <input type="checkbox"/> Pouquíssima ou nenhuma saliva <input type="checkbox"/> Saliva muito espessa	
5) Dentes naturais Sim Não	<input type="checkbox"/> Todos os dentes íntegros	<input type="checkbox"/> <b>1 a 3 raízes ou dentes com cáries ou fracturados</b> <input type="checkbox"/> Ou dentes muito desgastados	<input type="checkbox"/> 4 ou mais raízes ou dentes <input type="checkbox"/> com cáries ou fracturados <input type="checkbox"/> Ou presença de menos de 4 dentes <input type="checkbox"/> Ou ainda dentes muito desgastados	
6) Próteses Sim Não	<input type="checkbox"/> Nenhuma área ou <input type="checkbox"/> Dente fracturada. <input type="checkbox"/> Próteses utilizadas em ambas as arcadas continuamente durante o dia	<input type="checkbox"/> 1 área ou 1 dente fracturado <input type="checkbox"/> Próteses utilizadas apenas 1a 2 h por dia <input type="checkbox"/> Próteses soltas/desadaptadas <input type="checkbox"/> Usa somente uma das próteses (superior ou inferior)	<input type="checkbox"/> Mais de 1 área ou mais de 1 dente fracturado <input type="checkbox"/> <b>Falta de prótese ou prótese não utilizada</b> <input type="checkbox"/> Precisa de adesivo para Prótese;	
7) Higiene oral	<input type="checkbox"/> Boca limpa; Sem resíduos de alimento; <input type="checkbox"/> Sem tártaro em boca ou nas prótese	<input type="checkbox"/> Resíduos de alimento tártaro ou placa bacteriana em 1 a 2 áreas da boca ou em pequena área da prótese <input type="checkbox"/> Mau hálito (halitose)	<input type="checkbox"/> Restos de alimento ou tártaro ou placa bacteriana na maioria das áreas da boca, ou na maior parte das próteses <input type="checkbox"/> <b>Mau hálito severo (halitose)</b>	
8) Dor de dente	<input type="checkbox"/> Sem sinais comportamentais, verbais ou físicos de dor de dente	<input type="checkbox"/> Sinais verbais ou comportamentais de dor de dente como caretas, mordidas nos lábios, falta de apetite, agressividade	<input type="checkbox"/> Sinais físicos como: <b>inchaço</b> facial, abscessos nas gengivas, dentes fracturados, grandes ulcerações, e sinais verbais ou comportamentais <b>como caretas, mordidas nos lábios, falta de apetite, agressividade</b>	
Por _____	Data: ____/____/____	<b>Total da pontuação</b>		



### *Informação individual da saúde oral do idoso*

<i>Avaliação da saúde oral</i>	
<i>Nome</i>	
<i>Cárie dentária</i>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantas? _____.
<i>Infecções</i>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<i>Problemas periodontais</i>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Gengivite <input type="checkbox"/> Periodontite
<i>Reajuste de próteses dentárias</i>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<i>Necessidade de tratamento médico-dentários?</i>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Observações:

---

---

---

---

---

---

---

---