



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

---

LISBOA · PORTO · VISEU

---

**SAÚDE GERAL E ORAL DE IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS:  
UM ESTUDO COMPARATIVO**

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

Por:  
Sílvia Maria dos Santos Pinto

Viseu, 2017





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

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**SAÚDE GERAL E ORAL DE IDOSOS**  
**INSTITUCIONALIZADOS:**  
**UM ESTUDO COMPARATIVO**

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

Por:  
Sílvia Maria dos Santos Pinto

Orientador  
Professor Doutor Nélio Jorge Veiga

Co-Orientadora  
Mestre Filipa Bexiga

Viseu, 2017



Dedico todo este meu percurso acadmico, aos meus pais e irmãs que sempre me apoiaram neste projeto, incentivando-me todos os dias a nunca desistir dos meus objetivos, mesmo com todos os percalços que a vida me proporcionou.

A eles, o meu muito obrigado.



## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus colegas que me acompanharam ao longo deste percurso acadêmico.

Agradeço ao Prof. Doutor Nélio Veiga, pela sua disponibilidade e empenho ao longo  
destes anos.

Agradeço a todos os pacientes que tratei e que confiaram em mim e no meu trabalho,  
que me elogiaram e encorajaram a seguir em frente nesta nova fase da vida profissional.

Agradeço a todos os funcionários da clínica universitária que ao longo destes anos me  
acompanharam neste percurso.

Agradeço a todos os meus amigos que me foram acompanhando e encorajando ao longo  
deste percurso.

A todos, o meu muito obrigado.



## Resumo

**Introdução:** O número de população idosa é cada vez maior, devido aos progressos na medicina que preservam a saúde humana, melhoram o índice de qualidade de vida, a saúde geral e a saúde oral dos idosos. As patologias orais mais frequentes nos idosos são a doença periodontal, cárie dentária, edentulismo, halitose, lesões da mucosa oral e xerostomia.

**Objetivos:** Comparar os cuidados de saúde oral em idosos institucionalizados no Lar Viscondessa de São Caetano (SCMV) e na Fundação Mariana Seixas (FMS), em Viseu. Os objetivos específicos passam por comparar as variáveis sociodemográficas dos idosos; identificar as patologias de saúde geral mais frequentes e caracterizar os comportamentos, hábitos de higiene oral e a prevalência de doenças orais nos idosos.

**Métodos:** Foi realizado um estudo epidemiológico observacional transversal, recorrendo à perspetiva descritivo-correlacional. A amostra estudada é constituída por 208 idosos, dos quais 113 pertencem à SCMV e 95 pertencem à FMS. Na SCMV e na FMS, o género que predomina é o género feminino (n=89; 78,8% e n=87; 91,6% respetivamente). A recolha de dados foi realizada através da aplicação de questionários aos idosos das instituições e observação intra-oral para avaliação clínica.

**Resultados:** As diferenças estatisticamente significativas entre os idosos das duas instituições encontram-se nas variáveis DPOC, Hipertensão, problemas de rins e de sistema urinário, com maior prevalência nos idosos da SCMV. A nível da saúde oral, as diferenças englobam a consulta, motivo da ida ao dentista e tempo de utilização das próteses dentárias, onde se evidencia que os idosos da FMS realizam mais consultas no dentista por motivos de prótese dentária, rotina e limpeza, assim como possuem mais tempo de utilização das próteses dentárias (> 10 anos) do que os idosos da SCMV. Relativamente às patologias de saúde oral, 109 idosos manifestaram sintomas de xerostomia, sobretudo os idosos institucionalizados na FMS (55,8%).

**Conclusões:** Nos idosos institucionalizados exige-se uma maior prevenção na saúde oral baseada numa higiene oral adequada, utilização de próteses dentárias, periodicidade nas consultas ao médico dentista, informação sobre a utilização de cheques-dentista, frequência a acções de sensibilização para a educação para a saúde oral.

**Palavras-chave:** Idoso institucionalizado; saúde oral; próteses dentárias; polimedicação; cárie dentária; estudo comparativo.

## **Abstract**

**Introduction:** The number of elderly population is increasing due to advances in medicine that preserve human health, improve the quality of life index, general health and oral health of the elderly. The most frequent oral pathologies in the elderly are periodontal disease, dental caries, edentulism, halitosis, lesions of the oral mucosa and xerostomia.

**Objectives:** To compare oral health care among institutionalized elderly people in the Visigothic Hospital of São Caetano (SCMV) and in the Mariana Seixas Foundation (FMS), in Viseu. The specific objectives are to compare the sociodemographic variables of the elderly; To identify the most frequent general health conditions and to characterize the behaviors, oral hygiene habits and the prevalence of oral diseases in the elderly.

**Methods:** A cross-sectional observational epidemiological study was performed, using a descriptive-correlational perspective. The sample consisted of 208 elderly people, of whom 113 belong to SCMV and 95 belong to FMS. In SCMV and FMS, the gender that predominates is the female gender (n = 89, 78.8% and n = 87, 91.6% respectively). The data collection was performed through the application of questionnaires to the elderly of the institutions and intra-oral observation for clinical evaluation.

**Results:** The statistically significant differences between the elderly of the two institutions are found in the variables COPD, Hypertension, kidney and urinary system problems, with a higher prevalence in the elderly of SCMV. In terms of oral health, the differences include consultation, reason for going to the dentist and time of use of dental prostheses, where it is evident that the elderly of the FMS perform more dental consultations for reasons of dental prosthesis, routine and cleaning, as well as Have more time to use dental prostheses (> 10 years) than the SCMV elderly. Regarding oral health disorders, 109 elderly people presented with symptoms of xerostomia, especially the elderly institutionalized in FMS (55.8%).

**Conclusions:** In the institutionalized elderly, a greater prevention of oral health is required, based on adequate oral hygiene, the use of dental prostheses, periodicity in the

consultations with the dentist, information on the use of dental checks, attendance at health awareness campaigns oral.

**Keywords:** Institutionalized elderly; oral health; dental prosthetics; Polymerization; dental cavity; comparative study.

# Índice

1. Introdução .....	3
2. Objetivos .....	7
2.1. Objetivo geral .....	7
2.2. Objetivos específicos .....	7
3. Enquadramento Teórico .....	11
3.1. Saúde sistémica dos idosos .....	11
3.2. Saúde oral dos idosos.....	12
3.2.1. Saúde oral dos idosos institucionalizados .....	12
3.3. Patologias orais com maior índice de prevalência nos idosos .....	12
3.3.1. Cárie dentária .....	12
3.3.2. Edentulismo.....	15
3.3.3. Lesões da mucosa oral.....	15
3.3.4. Doença periodontal .....	20
3.3.5. Xerostomia .....	21
3.3.6. Lesões causadas pelas próteses dentárias.....	21
3.3.7. Halitose e outras patologias.....	22
3.4. Medidas de prevenção da saúde oral nos idosos.....	23
4. Materiais e Métodos .....	27
4.1. Tipo de estudo.....	27
4.2. Variáveis de estudo .....	27
4.3. Procedimentos éticos e legais .....	27
4.4. População e amostra .....	28
4.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	30
4.5. Instrumento de recolha de dados .....	32
4.6. Análise estatística .....	32

5. Resultados .....	37
5.1. Caracterização da saúde geral .....	37
5.2. Caracterização da saúde oral.....	42
6. Discussão.....	59
6.1. Limitações de estudo .....	63
7. Conclusões .....	67
8. Referências Bibliográficas.....	71
Anexos.....	78

## Índice de Tabelas

Tabela 1- Distribuição da amostra consoante os dados sociodemográficos.....	31
Tabela 2 - Artrite, Glaucoma e DPOC .....	37
Tabela 3 - Hipertensão, Problemas Circulatórios e Cardíacos .....	38
Tabela 4 - Diabetes, Problemas Gástricos e Oncológicos.....	39
Tabela 5 - Problemas de Dislipidemia, Rins, Fígado e Sistema Urinário .....	40
Tabela 6 - Problemas de AVC, Doença de Parkinson e Demência.....	40
Tabela 7 - Problemas psiquiátricos e degenerativos.....	41
Tabela 8 - Polimedicação .....	41
Tabela 9- Riscos de desnutrição .....	42
Tabela 10 - Utilização de escova.....	43
Tabela 11 - Quantas vezes escova os dentes? .....	43
Tabela 12- Utiliza fio dentário?.....	44
Tabela 13 - Costuma ir ao médico dentista? .....	44
Tabela 14- Motivo de consulta no dentista.....	45
Tabela 15 - Principal motivo da ida ao dentista .....	46
Tabela 16 - Usou cheque dentista? .....	47
Tabela 17 - Sente dor, desconforto ou alterações no paladar .....	47
Tabela 18 - Sente a boca seca e consumo de água .....	48
Tabela 19 - Quando utiliza as próteses dentárias .....	49
Tabela 20 - Melhor qualidade de vida com as próteses dentárias .....	49
Tabela 21 - Desconforto ou satisfação com as próteses dentárias?.....	50
Tabela 22 - Comer com as próteses dentárias .....	50
Tabela 23 - Retira as próteses dentárias para dormir?.....	51
Tabela 24 - Higiene das próteses dentárias após as refeições .....	51
Tabela 25 - Quantas vezes realiza a higiene das próteses dentárias após as refeições? .....	52
Tabela 26 - Método de higiene das próteses dentárias .....	52
Tabela 27 - Tempo de utilização das próteses dentárias .....	53
Tabela 28 - Há quanto tempo tem as próteses dentárias?.....	53
Tabela 29 - Tipo de próteses dentárias inferiores e superiores .....	54
Tabela 30 - Consulta de próteses dentárias .....	54
Tabela 31 - Estabilidade e retenção das próteses dentárias.....	55
Tabela 32 - Retenção de alimentos nas próteses dentárias.....	55
Tabela 33 - Estatísticas descritivas do estado dos dentes dos utentes.....	56



## **Índice de Abreviaturas**

OMS – Organização Mundial de Saúde

FMS – Fundação Mariana Seixas

PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

SCMV – Santa Casa da Misericórdia de Viseu

ATM – Articulação temporo-mandibular

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

HTA – Hipertensão arterial

AVC – Acidente vascular cerebral

CPOD – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados



# **INTRODUÇÃO**



## 1. Introdução

A temática do envelhecimento tem sido alvo de estudo por diversos autores, na medida em que a taxa de envelhecimento é cada vez maior, estimando-se que no ano 2053 a população idosa em Portugal atinja a taxa de 31,3% do total da população [1].

Este aumento deve-se aos progressos na medicina, que tem vindo a ter, cada vez mais, um papel preponderante na preservação da saúde humana e melhoria dos índices de qualidade de vida dos idosos, ao mesmo tempo que se verifica uma constante diminuição da taxa de natalidade em Portugal e na maioria dos países desenvolvidos [2] [3].

Apesar dos diversos progressos realizados na medicina, também prevalecem problemas ou limitações comuns a todas as pessoas, desde a nascença até à morte, com especial incidência na população idosa. Os problemas ou limitações mais relevantes nos idosos atingem os níveis físico, cognitivo e funcional, os quais se encontram associados com a dor, sofrimento e diminuição da qualidade de vida.

A nível de saúde oral, as patologias mais frequentes nos idosos são a doença periodontal, cárie dentária, lesões da mucosa oral e xerostomia. Estas patologias podem provocar dificuldade na fonética, mastigação, deglutição, perda de peso, comunicação prejudicada, baixa autoestima e, conseqüentemente, diminuição da qualidade da vida [4] [5].

As patologias surgem devido à polimedicação diária, higiene oral deficiente, falta de acesso aos cuidados de saúde oral, os quais influenciam a mucosa oral e a tornam mais suscetível a danos e estímulos exógenos [6].

A falta de participações nos tratamentos de saúde oral leva a uma restrição no orçamento das famílias e dos idosos, estando reservada apenas a pessoas com uma situação financeira favorável, o que lesa a saúde geral, saúde oral e qualidade de vida dos idosos. Esta situação agrava-se quando se trata de idosos institucionalizados, o que acontece devido às mudanças nos padrões demográficos, migração dos jovens e alterações profundas no perfil do agregado familiar, pelo que a única solução passa por colocar os idosos em instituições de acolhimento a longo prazo [7] [8].

Os motivos que levam a uma saúde oral debilitada ou inexistente nas instituições de acolhimento prendem-se com a ausência de um médico dentista, uma barreira

involuntária no acesso ao cuidado da cavidade oral; incapacidade funcional, falta de autopercepção das necessidades e negligência por parte dos cuidadores (familiares ou profissionais qualificados) [9] [10].

Desse modo, a relevância deste estudo prende-se com o percurso académico da autora, onde a mesma teve o privilégio de trabalhar com pessoas de diferentes situações económicas (situações económicas mais desfavoráveis e situações económicas favoráveis.) Este facto permitiu observar a influência da situação económica nas escolhas dos tratamentos, ou seja, pessoas com situações económicas menos favoráveis optam por tratamentos radicais e por soluções protéticas menos dispendiosas, em detrimento das pessoas com um nível de vida socioeconómico melhor que optam por tratamentos menos invasivos, mais conservadores e pelas melhores soluções protéticas, independentemente do custo das mesmas.

A ideia de que as instituições públicas não dão acesso aos cuidados de saúde oral aos seus utentes é errada, uma vez que hoje em dia a realidade é diferente, pois, verifica-se o acesso a todo o tipo de serviço de saúde, quer de instituições públicas quer de instituições privadas, independentemente do seu estrato social ou da sua situação económica.

A estrutura da presente dissertação encontra-se organizada em quatro partes: a primeira parte aborda o enquadramento teórico, nomeadamente a saúde geral e oral dos idosos, saúde oral dos idosos institucionalizados, patologias orais mais frequentes nos idosos (cárie dentária, edentulismo, lesões da mucosa oral, doença periodontal, xerostomia, lesões causadas pelas próteses dentárias, halitose) e medidas de prevenção da saúde oral.

A segunda parte aborda os materiais e métodos, nomeadamente o tipo de estudo, variáveis de estudo, população e amostra, instrumento de recolha de dados. A terceira parte aborda os resultados, onde será realizada a caracterização da saúde geral e oral dos idosos. Por último, a quarta parte aborda a discussão, onde será realizada a discussão dos resultados e as principais limitações de estudo.

# **OBJETIVOS**



## **2. Objetivos**

Neste ponto são descritos os objetivos, quer gerais quer específicos, que se pretendem alcançar com a realização do presente trabalho de investigação.

### **2.1. Objetivo geral**

O objetivo da presente dissertação passa por comparar os cuidados de saúde oral e prevalência de doenças sistémicas e orais em idosos institucionalizados, nomeadamente entre os idosos do Lar Viscondessa de São Caetano, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Viseu (SCMV) e os idosos de uma instituição privada, pertencente à Fundação Mariana Seixas (FMS) em Viseu.

### **2.2. Objetivos específicos**

Como objetivos específicos nomeiam-se os seguintes:

- Comparar as variáveis sociodemográficas dos idosos das duas instituições (género, residência, habilitações e estado civil);
- Identificar quais as patologias clínicas de saúde geral mais frequentes nos idosos das duas instituições;
- Caracterizar os comportamentos e hábitos de higiene oral adotados pelos idosos das duas instituições e determinar a prevalência de doenças orais.



# **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



### **3. Enquadramento Teórico**

Neste ponto é realizado o enquadramento teórico da dissertação, nomeadamente a contextualização da saúde sistémica e oral dos idosos, assim como a saúde oral em idosos institucionalizados, as principais patologias orais nos idosos e as medidas de prevenção mais relevantes da saúde oral dos idosos.

#### **3.1. Saúde sistémica dos idosos**

Durante a última década, a população mundial idosa tem vindo a sofrer um aumento significativo, nomeadamente nos países mais desenvolvidos, devido à melhoria das condições de vida, avanços nos cuidados de saúde e delimitação de medidas de saúde pública [6], [11], [12].

Este aumento leva a que os idosos se tornem dependentes ou tenham menor independência e autonomia, uma vez que podem perder algumas capacidades funcionais, físicas, cognitivas e orais, ao mesmo tempo que se agravam as patologias subjacentes à idade [13] [14].

O aumento da população idosa e da esperança média de vida obriga ao estabelecimento de maiores cuidados de saúde, sendo por esse motivo essencial a busca de novas estratégias de prevenção, tratamento e reabilitação das doenças crónicas e dos cuidados assistenciais [15].

Segundo, as doenças crónicas estão associadas ao estilo de vida das pessoas (tabagismo, alimentação incorreta, stress, ausência de atividade física e comportamentos sedentários), resultando em processos patológicos que englobam elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes, cancro, má nutrição e doenças respiratórias) [16].

As doenças sistémicas, os efeitos dos respetivos tratamentos e a polimedicação exercem influência e são influenciadas pela saúde oral, pois, as mesmas definem o nível de qualidade de vida das pessoas [17] [18].

Algumas doenças crónicas e os respetivos efeitos dos medicamentos podem limitar a falta de apetite, a adoção de uma dieta incorreta, diminuição das defesas do sistema imunológico e o aparecimento de cancro oral e doenças orais [11], [17], [18].

Os autores Petersen e Yamamoto, no seu estudo observaram a existência de uma inter-relação entre a saúde oral e a saúde geral, sobretudo entre a doença periodontal e as doenças cardiovasculares, diabetes e DPOC e entre a perda dentária (edentulismo), o aumento do risco de AVC e uma saúde mental fragilizada [19].

No caso das doenças cognitivas ou psiquiátricas que exercem influência na saúde oral, destacam-se a doença de Alzheimer, a demência e a doença de Parkinson, na medida em que se verifica a diminuição da destreza manual, da mastigação e da capacidade de retenção protética na higiene oral [11].

A diabetes é uma doença tendencialmente equivalente ao processo de envelhecimento, ou seja, quanto mais velhas forem as pessoas maior será o risco de manifestar os sintomas da diabete, tais como: lesões gengivais, doença periodontal severa, boca seca, ardência nos lábios, na língua e no palato, perda das papilas filiformes da língua [20] [21].

Nas doenças reumáticas (artrite, esclerose sistémica, fibromialgia, gota, entre outras), devido às dores, trismos e eritemas na articulação temporo-mandibular (ATM), os membros superiores podem ficar comprometidos e prejudicar a higiene e saúde oral [21].

Nas doenças cardiovasculares, como é o caso da endocardite infecciosa bacteriana, existe risco de vida para o paciente, uma vez que este não pode dispensar a antibioterapia na prevenção de bacterémias antes dos métodos que envolvam sangramento da mucosa oral [22].

Também é de evidenciar o caso da HTA, uma vez que é uma das doenças mais frequentes e letais nos idosos. Para Cruz-Pamplona et al., não existe nenhuma relação significativa entre a HTA e a saúde oral, apesar de existir hemorragia no período posterior aos procedimentos cirúrgicos [23]. Em contrapartida, Herman [24] e Coimbra [25] referem que os pacientes que administram medicamentos anti-hipertensores (diuréticos) podem sofrer de xerostomia, cárie dentária, dificuldades na mastigação, deglutição e fala.

Nas doenças respiratórias (asma e DPOC), a relação com a saúde oral passa pelo aumento da cárie dentária, alterações morfológicas dentárias isoladas, gengivite, candidíase e alterações da composição e fluxo salivares [26], [27].

Nos problemas gástricos, o autor Lussi realizou um estudo sobre a erosão dentária, onde observou que o ataque por um agente químico (ácido gástrico) diminui a superfície dentária e aumenta a suscetibilidade para a abrasão e atrição [29].

Os autores Di Fede *et al.*, no seu estudo observaram os tecidos moles da cavidade oral em pacientes com problemas gástricos e concluíram que existem algumas lesões situadas no palato duro, palato mole e úvula, tais como: eritema inicial, disfagia, xerostomia, sensação de queimadura na cavidade oral e halitose [30].

Algumas recomendações que devem ser adotadas pelos idosos de modo a evitar ou atenuar problemas de saúde geral e oral passam pelos costumes ou hábitos, onde se pretende que os idosos mantenham hábitos alimentares saudáveis, pratiquem atividade física e moderem o consumo de álcool, tabaco e outros fatores de risco [16].

Ravasco *et al.*, acrescentam que a alimentação dos idosos deve englobar certos nutrientes que devem ser ingeridos nas doses recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como a prática e manutenção da atividade física [31].

### **3.2. Saúde oral dos idosos**

O conceito de saúde oral corresponde à ausência de dor crónica facial e na boca, assim como de cancro oral e da garganta, feridas orais, defeitos congénitos orais (lábio ou fenda palatina), doença periodontal, perda de dentes e outras doenças ou perturbações orais que possam afetar a cavidade oral e a boca [32].

Isto significa que uma pessoa possui uma boa saúde oral se não manifestar dores crónicas oro-faciais, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doenças gengivais, cáries, perda de dentes ou outras doenças que afetem a cavidade oral [33].

Para Évora e Fortes [34], a saúde oral é um elemento crucial da saúde geral e um direito humano fundamental, uma vez que permite realizar as funções de digestão, fonação e respiração. Desse modo, se existir uma patologia na cavidade oral as pessoas poderão manifestar dores, dificuldades na mastigação e na fala, diminuição da qualidade de vida e, conseqüentemente, da saúde em geral [35]. Por esse motivo, a saúde oral assume um papel relevante na qualidade de vida das pessoas, pois, auxilia na prevenção de doenças, no estado nutricional e na interação social das pessoas [36].

A saúde oral é constituída por três elementos: dentes e tecidos periodontais, tecidos moles e saliva. Os dentes facilitam a deglutição e melhoram a estética facial e a fonação. Os tecidos moles englobam as mucosas, língua e lábios. Por sua vez, a saliva engloba as glândulas salivares que estão em contacto com os tecidos duros e moles da cavidade oral [37] [38].

Nos idosos, a saúde oral pode prejudicar de forma negativa a qualidade de vida, na medida em que pode comprometer os seus comportamentos e atitudes a nível físico, psicológico e social [39] [40].

Pelas doenças crónicas que a maioria dos idosos manifesta, torna-se essencial um cuidado de saúde oral personalizado que considere os tratamentos ou medicações que os mesmos administram, de modo a não afetar a cavidade oral [41].

Outros fatores que devem ser considerados na escolha dos cuidados de saúde englobam o estilo de vida, acesso a serviços especializados, situação económica, alimentação adotada, higiene oral, tabagismo, alcoolismo [42] [43].

De acordo com Ribeiro *et al.*, [44], a idade também pode influenciar o estilo de vida e a escolha dos cuidados de saúde. A presença de infeções crónicas, mobilidade reduzida, menor destreza manual, fragilidade física, desorientação, má memória, fragilidade psicológica, falta de apoio familiar e interações sociais [45], [46].

Os idosos apresentam um maior risco de desenvolvimento de doenças crónicas ao nível da cavidade oral, nomeadamente nas infeções dentárias (cárie dentária e periodontite), atrição e perda dentária, atrofia do osso alveolar e do osso basal, alterações na mucosa oral e na língua, alteração da composição do fluxo salivar, problemas da articulação temporomandibular e neoplasias malignas e benignas [19].

No contexto nacional, Portugal é um dos países com as taxas de tratamento dentário mais baixas, devido às políticas orçamentais do Ministério da Saúde, assim como dos valores aplicados nos consultórios privados [35] [47].

Por esse motivo, foi concebido o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), cujo objetivo passa por diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e jovens, melhorar os conhecimentos e comportamentos sobre a saúde oral, promover a equidade nos cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais [48].

No caso dos países industrializados, as patologias da saúde oral também são um dos problemas relevantes, devido às desigualdades existentes entre o meio urbano e rural, condições de vida e acesso aos cuidados de saúde [19].

Segundo Ferreira *et al.*, [12], os países industrializados têm assistido a um aumento significativo no tempo de permanência da dentição natural e na diminuição das patologias orais (cáries dentárias). Este facto pode ser justificado pela melhoria das condições de vida, tratamentos preventivos de rotina e restauradores e aumento da procura dos cuidados de saúde oral [18].

### 3.2.1. Saúde oral dos idosos institucionalizados

A saúde oral nos idosos institucionalizados é uma temática debatida por diversos autores, na medida em que a sua manutenção encontra-se dependente da capacidade e destreza na escovagem e na adoção de hábitos de higiene oral pelos idosos [49]. Se estes aspetos já são essenciais na vida diária dos idosos, então quando os mesmos se encontram institucionalizados esses aspetos assumem maior destaque, devendo existir um apoio e supervisão personalizada no momento da higiene oral [50].

Os idosos podem possuir uma dentição natural saudável antes de ingressar na instituição de acolhimento, mas Johansson *et al.*, [51] mencionam que os idosos ao ficarem institucionalizados podem perder a independência e autonomia e precisarem do apoio de terceiros. Esse apoio e supervisão é disponibilizado pelos auxiliares em geriatria e outros membros da equipa técnica (cuidadores formais), os quais têm como incumbência promover e manter a dignidade humana e a qualidade de vida dos idosos [52] [53].

Os autores Acevedo *et al.*, [54] realizaram um estudo, onde observaram os idosos institucionalizados, tendo concluído que dois dos cinco utentes eram dependentes e vendo as suas atividades e capacidades de higiene limitadas.

Esta capacidade de higiene limitada conduz a menores resistências a infeções e a um depósito de patógenos respiratórios que são aspirados, podem provocar pneumonia [55]. Nos idosos com intubação nasogástrica, existe o risco de colonização da orofaringe por patógenos e alterações do fluxo salivar, podendo ocorrer pneumonia respiratória [56].

Os autores Van Lancker *et al.*, [45] observaram no seu estudo que a saúde oral dos idosos institucionalizados é insatisfatória, devido à falta de autonomia dos mesmos, à dificuldade de acesso e custo dos cuidados de saúde oral, baixa perceção de necessidade de cuidados, receio dos tratamentos, problemas médicos ou polimedicação.

No estudo realizado por Antunes [57] verificou-se que os idosos institucionalizados manifestam um pior estado de saúde oral relacionado com a diminuição dos cuidados de saúde oral, restrição dos cuidados de saúde apenas a emergências e falta de manutenção e higiene diária dentária em detrimento dos idosos que não estavam em instituições de acolhimento.

Os autores Petersen e Yamamoto (2005) e Bilder *et al.*, (2014) corroboram a afirmação de Antunes ao referir que os idosos institucionalizados só recorrem ao médico dentista em situações de emergência em detrimento de consultas regulares [19], [56] e [57].

Outros aspetos que agravam a saúde oral nos idosos institucionalizados prendem-se com o acesso limitado aos cuidados de saúde, má nutrição ou estado [56].

Os aspetos que agravam a saúde oral nos idosos institucionalizados englobam as doenças múltiplas crónicas; aspetos socioeconómicos; dificuldade de acesso aos tratamentos dentários; luto pelos entes próximos; sensação de ser indesejado pela família, os quais levam os idosos a negligenciarem-se a nível pessoal, de saúde e de higiene oral [58].

### **3.3. Patologias orais com maior índice de prevalência nos idosos**

As patologias orais com maior índice de prevalência nos idosos englobam a cárie dentária; edentulismo; cancro oral; doenças periodontais; boca seca; problemas de mastigação; dificuldades na fala; displasias; candidíase; sensibilidade dentinária; eritemas e halitose [59] [60].

De acordo com a Ordem dos Médicos Dentistas [48], as patologias mais frequentes nos idosos, são: cáries radiculares (raízes dos dentes); doença periodontal (gingivas); perda de dentes; alterações funcionais da cavidade oral (mastigação); desgaste dentário; cancro oral; xerostomia (boca seca); dor craniofacial; mucosas sensíveis e finas; alteração da cor dos dentes e diminuição da percepção de alguns sabores.

#### **3.3.1. Cárie dentária**

Relativamente à cárie dentária, a mesma é um dos maiores desafios de saúde oral entre os idosos, devido ao número de tratamentos necessários; restaurações e tratamentos endodônticos; manutenção dos dentes *versus* a extração dentária; alterações salivares próprias da idade; dieta rica em açúcar e exposição radicular causada pela recessão das gengivas [60].

A cárie nos idosos costuma surgir quando estes não consultam de forma regular o médico dentista, apresentam baixos rendimentos, não realizam a higiene oral diária, consomem alimentos e bebidas açucaradas ou fumam [19].

Nos idosos, a prevalência de cáries coronárias e radiculares é mais elevada do que nas faixas etárias mais jovens, uma vez que os idosos apresentam fatores de risco que causam o aumento da exposição a bactérias cariogénicas, tais como: aumento da recessão das gengivas; disfunção das glândulas salivares; diminuição do fluxo salivar; antecedentes de patologias cariosas; institucionalização; falta de atendimento pelos dentistas de forma regular; condições socioeconómicas; falta de higiene oral e reduzida mobilidade [61] [62].

### **3.3.2. Edentulismo**

No que se refere ao edentulismo, a sua prevalência nos idosos institucionalizados é elevada em detrimento dos outros idosos [63]. Este facto leva a que exerça influência na mastigação, digestão, paladar, dição, aspeto estético, tendência a doenças geriátricas, maior incapacidade física e maior taxa de mortalidade [64].

Os fatores que podem causar edentulismo nos idosos, dos quais se destacam: predisposição; dieta; estado hormonal; doenças existentes; hábitos de higiene incorretos; falta de acesso aos cuidados de saúde oral; consumo de tabaco; alterações anatómicas e iatrogénicas que desequilibram as forças mastigatórias [6] [65]

Se por um lado, os idosos consideram que sofrer de edentulismo é inerente ao envelhecimento e não pode ser prevenido, por outro lado, os idosos podem ficar constrangidos a nível de saúde física, psicológica e emocional, assim como na comunicação interpessoal e no aumento do isolamento [12] [59].

De modo a evitar o edentulismo, torna-se necessário realizar uma reabilitação protética que pode ser parcial removível, total removível ou fixa, de modo a manter uma boa saúde oral, mastigação, capacidade para reconhecer sabores, atenuar as dores e desconforto e estabelecer um contacto social com as outras pessoas [6] [66].

### **3.3.3. Lesões da mucosa oral**

Quanto às lesões da mucosa oral, as mesmas ocorrem devido a alterações da mucosa oral, nomeadamente à situações de trauma, patologias, hábitos orais ou disfunção das glândulas salivares [6] [67].

Dentro das lesões existem as lesões pré-malignas e malignas, as quais são mais frequentes nos idosos e em pessoas com baixos rendimentos e habilitações [11]. Os mesmos autores mencionam que a taxa de casos com lesões malignas (cancro oral) nas pessoas com mais de 40 anos ronda os 95%, sendo diagnosticadas depois dos 60 anos.

O cancro oral corresponde a maior ameaça para a saúde dos idosos, quer nos países desenvolvidos quer nos países em via de desenvolvimento, sendo a oitava forma de cancro mais comum a nível mundial e prevalecendo mais no género masculino do que no género feminino e em pessoas com mais de 65 anos [60].

Os sintomas mais comuns do cancro oral englobam alterações na coloração; formação de nódulos; ulcerações; linfadenopatias; parestesias e morbidade das terapias [38].

As terapias que podem ser realizadas, de modo a atenuar os sintomas e a melhorar a qualidade de vida dos idosos com cancro oral passam pela terapia cirúrgica que pode causar resseções da mandíbula, língua ou lábios e comprometer as suas funções; radioterapia localizada que pode causar hipossalivação, infeções fúngicas, dificuldade na utilização de próteses removíveis, trismos e osteoradionecroses [38].

#### **3.3.4. Doença periodontal**

No que concerne à doença periodontal, a mesma consiste numa doença crónica infecciosa que altera os tecidos de suporte dentários (gengiva e osso alveolar), evoluindo graças à acumulação de placa bacteriana [60].

A doença periodontal possui uma elevada prevalência nos idosos, apesar de poder ocorrer durante a vida de um adulto, sendo agravada por doenças sistémicas (diabetes, stress, doenças cardiovasculares, osteoporose, estado imunológico e presença de micro-organismos patogénicos na flora subgengival); higiene oral incorreta; consumo de tabaco; má dieta alimentar; baixa escolaridade; poucos dentes na cavidade oral; restaurações dentárias e consultas ao dentista apenas em emergências [19].

A doença periodontal nos idosos deve ser tratada zelosamente, na medida em que aumenta o risco de existência de outras patologias que podem alterar a mastigação, nutrição, fala e qualidade de vida [68] [69].

Contudo, [68] afirmam que não existem argumentos científicos que provem que os idosos estão mais suscetíveis para a doença periodontal, antes justificando através de outros aspetos, tais como: placa bacteriana e cálculo e sinais progressivos da doença (localizações com bolsas, perda óssea e perda de inserção).

Essas patologias podem englobar as doenças sistémicas (doenças cardiovasculares, respiratórias), agravamento da diabetes, má cicatrização das feridas, AVC, enfarte do miocárdio, artrite e doença de Alzheimer [68].

### **3.3.5. Xerostomia**

No que respeita à xerostomia, a mesma consiste na sensação de boca seca e atinge aproximadamente 30% dos idosos [6], [11], [19].

A xerostomia surge devido às condições que afetam o centro salivar (emoções, jejum frequente, doença de Parkinson ou menopausa); fatores que afetam à secreção autonómica da saliva (encefalites, tumores cerebrais, tabagismo, medicamentos e desidratação) e alterações na função da glândula (obstrução, infeções, tumores, excisão da glândula, cálculo, doenças autoimunes e radioterapia) [70].

A xerostomia surge devido às cáries dentárias; dificuldades na mastigação; gengivite; candidose oral; diminuição na capacidade de retenção de próteses; desconforto protético; alimentação; tabagismo; comunicação e polimedicação [19].

Na polimedicação, é de realçar alguns medicamentos que possuem efeitos xerostomizantes e que são administrados por idosos (antidepressivos, anti-psicóticos, anticolinérgicos, sedativos, anti-hipertensivos, citotóxicos e anti-histamínico) [11].

### **3.3.6. Lesões causadas pelas próteses dentárias**

Quanto às lesões causadas pelas próteses dentárias encontram-se a candida spp (flora oral dos adultos); estomatite protética; úlceras traumáticas; hiperplasia protética e fibrose alveolar [38].

A estomatite protética apresenta uma prevalência nos idosos portadores de próteses removíveis totais, de 11 a 67%. A estomatite é causada por uma higiene oral incorreta, assim como a utilização constante de próteses, utilização de próteses desajustadas, idade da prótese, oclusão, dimensão vertical, consumo de álcool e tabagismo [19].

A hiperplasia fibrosa inflamatória encontra-se relacionada com as próteses desajustadas, podendo ocorrer no tecido conjuntivo hiperplásico ou na região do palato duro, causando sensação de ardor [3].

Por sua vez, as úlceras traumáticas nos idosos ocorrem da utilização de próteses com bordas de dimensão aumentada e oclusão não balanceada, causando um leito eritematoso, dorido e sangrante [3].

### **3.3.7. Halitose e outras patologias**

Relativamente à halitose, a mesma prevalece em aproximadamente 60% da população mundial, podendo ser causada por distúrbios respiratórios, gastrointestinais, orgânicos, psíquicos e buco-dentários [71].

A existência elevada de cáries, doença periodontal, má higiene também podem causar a halitose. Esta patologia manifesta-se através da dificuldade em falar, secura das mucosas e xerostomia [72].

Outras das patologias mais frequentes nos idosos são a língua saburrosa e as varicosidades linguais. A língua saburrosa surge devido à acumulação de restos alimentares, bactérias e células mortas na língua, prevalecendo em 15% dos idosos e no género masculino. Por sua vez, as varicosidades linguais surgem devido às bolhas papulares ou elevadas, purpúreo-azuladas que se situam na borda ventrolateral, prevalecendo em pessoas com mais de 50 anos [3].

### **3.4. Medidas de prevenção da saúde oral nos idosos**

As principais medidas de prevenção da saúde oral nos idosos englobam a escovagem diária dos dentes com uma escova média, assim como a utilização de escovilhões interdentários ou fio dentário e um raspador lingual. Também se deve utilizar um dentífrico fluoretado, um suplemento de flúor ou anti-microbianos e consultar o médico dentista duas vezes por ano, de modo a identificar os problemas orais existentes e necessidade de tratamento médico-dentário [48].

Algumas das medidas de prevenção passam por manter uma higiene oral adequada, através da escovagem diária (2 a 3 vezes por dia), da utilização de fio, fita ou escovilhão interdentário (1 vez por dia), da higienização das próteses dentárias e das consultas regulares, despiste de patologias e medidas terapêuticas [73].

No caso dos idosos, deve-se considerar a necessidade diária de tratamentos dentários, quer possuam dentes naturais quer possuam próteses ou sofram de edentulismo. A higiene das próteses removíveis deve ser realizada através da escovagem com uma escova macia e com um produto pouco abrasivo (sabão neutro ou outro, à exceção do dentífrico) ou através de uma massagem com uma compressa, depois das refeições [74] [75].

Se os idosos estiverem institucionalizados, quem deverá disponibilizar apoio são os auxiliares de geriatria e os cuidadores formais, devendo estes possuir formação própria na área da odontogeriatrics e frequentar programas de promoção de saúde de modo a poderem disponibilizar um serviço de qualidade aos idosos [19].

Estes programas de promoção de saúde também podem ser facultados aos idosos, uma vez que é importante que estes não se mantenham totalmente dependentes. Para o efeito, deverá ser explicado e mostrado ao idoso qual o procedimento correto de higiene oral, uma vez que é uma atividade de coordenação motora que deve ser realizada pelo mesmo [56] [59].

De acordo com Thorne *et al.*, (2001) e Dharamsi *et al.*, (2009), os auxiliares de geriatria e os cuidadores formais devem identificar quais as necessidades de saúde oral dos idosos, assim como definir uma pessoa responsável ou um médico dentista que esteja disponível para implementar um programa de saúde oral nas instituições [76], [77].

Também devem ser realizados rastreios preventivos, de modo a divulgar conhecimentos sobre os cuidados, doenças orais e respetivos efeitos mais comuns nos idosos [78].

Apesar da relevância das doenças orais, Gonsalves *et al.*, (2008) afirmam que não existem normas concretas sobre os cuidados de saúde oral nas instituições, nomeadamente não existem protocolos, procedimentos, programação de cuidados especializados, programas de orientação e capacitação dos cuidadores formais e dos auxiliares de geriatria [62].

Por esse motivo, torna-se crucial a delimitação de linhas orientadoras nas instituições para os auxiliares e cuidados formais, pois, é através destas que os cuidadores conseguem acompanhar as necessidades e prioridades de cuidados orais dos idosos e, conseqüentemente, elaborar estratégias educativas [52] [79].

# **MATERIAIS E MÉTODOS**



## **4. Materiais e Métodos**

Neste ponto são descritos os materiais e os métodos utilizados na presente dissertação, nomeadamente o tipo de estudo, as variáveis em estudo, a respetiva população e amostra e o instrumento de recolha de dados.

### **4.1. Tipo de estudo**

A presente dissertação engloba um estudo epidemiológico observacional transversal, recorrendo à perspetiva descritivo-correlacional, uma vez que o objetivo passa pela descrição das características de uma determinada população e a delimitação de uma associação entre variáveis.

### **4.2. Variáveis de estudo**

No presente estudo existem variáveis independentes e dependentes, sendo as variáveis independentes aquelas que podem influenciar as variáveis dependentes e que permitem caracterizar os sujeitos da amostra.

As variáveis do estudo englobam as variáveis sociodemográficas (género, residência, habilitações e estado civil); variáveis clínicas de saúde geral; variáveis relativas à saúde oral (hábitos de higiene oral, uso de próteses, prevalência de cárie dentária e CPOD e consultas ao médico dentista).

### **4.3. Procedimentos éticos e legais**

Antes da aplicação dos questionários, foi devidamente explicada à Direção Técnica de ambas as Instituições, o objetivo do estudo que se pretendia realizar. Também foi explicado a cada idoso participante no estudo, qual era o assunto dos questionários, assim como solicitou-se que cada idoso assina-se um consentimento informado. Desse modo, os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e aplicados apenas para análise estatística.

#### 4.4. População e amostra

A população deste estudo é constituída por idosos institucionalizados no Lar Viscondessa São Caetano, uma instituição pública pertencente à SCMV e idosos institucionalizados na FMS, uma instituição privada, ambas localizadas em Viseu.

A SCMV foi uma das primeiras misericórdias do país, apontando-se o ano provável da sua constituição o ano de 1516, uma vez que foi a data do primeiro compromisso conferido por El-Rei D. Manuel, onde estava inscrito: “*Mandamos que este Compromisso se cumpra e se guarde pela Misericórdia da Cidade de Viseu assim e tão inteiramente como se nele contem*”. Esse compromisso veio mais tarde a ser ajustado, adequadamente, às mudanças políticas e socioeconómicas da época.

Em pleno século XXI, a SCMV continua a ter como prioridades as suas funções sociais, visando dar resposta à sua principal missão, na ajuda dos carenciados, no apoio à terceira idade e no apoio à infância. Na tentativa de dar respostas mais adequadas às necessidades da população, a SCMV tem vindo a alargar a sua panóplia de valências, tendo ao dispor da população viseense os serviços de berçário, creche, atividades de tempos livres (ATL), lar/residências para idosos e centro de dia.

Um dos projetos que a SCMV desenvolveu designa-se de “Uma mão por um sorriso”, onde foi inserido um refeitório social, complementado com serviço de balneário, lavandaria, banco de roupas, apoio psicológico, encaminhamento social e profissional, bem como apoio domiciliário, visando assim combater a pobreza urbana. Esta instituição tem como lema: “*Ao serviço de quem precisa*”, prestando assim um serviço de entrega e dedicação aos mais necessitados e a todos que os procuram, adaptando sempre os seus serviços às necessidades de cada um e aos novos tempos.

A FMS é uma instituição de solidariedade social, que tem como finalidade promover a solidariedade social numa perspetiva cristã. Esta fundação tem serviços de apoio nos domínios do apoio à infância, juventude, família, pessoas idosas, educação e formação profissional dos cidadãos, assim como outras respostas sociais que contribuam para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos. Esta fundação dispõe de parcerias com clínicas da cidade, nas diversas áreas de saúde para os seus utentes.

Para a realização do estudo, foi aplicado um método de amostragem não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão para este estudo são: pessoas residentes no Lar Viscondessa São Caetano e na FMS, assim como que aceitem participar no estudo.

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 uma observação intra-oral para a obtenção de dados pela observação clínica, não implicando a realização de qualquer tratamento dentário.

#### **4.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra**

A amostra estudada é constituída por 208 idosos, dos quais 113 pertencem à SCMV e 95 pertencem à FMS. Na SCMV e na FMS, o género que predomina é o género feminino (n=89; 78,8% e n=87; 91,6% respetivamente).

Relativamente à residência dos utentes da SCMV, observa-se que a maioria reside em meio urbano (n=60; 53,1%) em detrimento dos utentes da FMS que residem em meio rural (n=55; 57,9%).

Quanto às habilitações, verifica-se que os utentes da SCMV fizeram exame da 4ª classe (n=36; 31,9%), seguidos dos que não completaram a 4ª classe (n=31; 27,4%). Esta situação também ocorre com os utentes da FMS, os quais fizeram exame da 4ª classe (n=30; 31,6%), seguidos dos que não completaram a 4ª classe (n=28; 29,5%).

No estado civil, a maioria dos utentes de ambas as instituições (SCMV e FMS) pertencem ao estado civil de viúvos, com 54,9% e 62,1% respetivamente (Tabela 1).

**Tabela 1- Distribuição da amostra consoante os dados sociodemográficos**

Variáveis / Instituição		Misericórdia		Fundação Mariana Seixas	
		Frequência	%	Frequência	%
<b>Género</b>	Feminino	89	78,8	87	91,6
	Masculino	24	21,2	8	8,4
	<b>Total</b>	113	100,0	95	100,0
<b>Residência</b>	Rural	49	43,4	55	57,9
	Urbano	60	53,1	32	33,7
	NR	4	3,5	8	8,4
	<b>Total</b>	113	100,0	95	100,0
<b>Habilitações</b>	Não sabe ler	22	19,5	16	16,8
	Não completou a 4ª classe	31	27,4	28	29,5
	Fez exame 4ª classe	36	31,9	30	31,6
	Completou antigo 5º ano	7	6,2	6	6,3
	Ensino Superior	2	1,8	7	7,4
	Ensino completado na idade adulta	9	8	0	0
	NR	6	5,3	8	8,4
	<b>Total</b>	107	100,0	95	100,0
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	19	16,8	10	10,5
	Casado	18	15,9	10	10,5
	Divorciado	5	4,4	6	6,3
	Viúvo	62	54,9	59	62,1
	NR	9	8	10	10,5
	<b>Total</b>	113	100,0	95	100,0

Perante os dados supracitados, pode-se afirmar que os utentes das instituições-alvo em estudo são caracterizados por serem na sua maioria do género feminino, terem realizado o exame da 4ª classe e pertencerem ao estado civil de viúvos. O único fator diferenciador é o meio onde residem, pertencendo os utentes da SCMV ao meio urbano e os utentes da FMS ao meio rural.

#### **4.5. Instrumento de recolha de dados**

A recolha de dados foi realizada através do preenchimento de questionários aplicados (sobre a forma de entrevista) aos utentes das instituições citadas anteriormente. Cada questionário inclui diversos parâmetros de avaliação da saúde oral e geral dos utentes destas instituições.

Os parâmetros de avaliação considerados no questionário aplicado foram:

- I) Caracterização e hábitos diários;
- II) Patologias sistémicas;
- III) Saúde oral;
- IV) Reabilitação oral;
- V) CPOD (realizado por observação intra-oral):
  - Código 0: Hígido
  - Código 1: Cariado
  - Código 2: Restaurado com cárie
  - Código 3: Restaurado sem cárie
  - Código 4: Ausente por cárie
  - Código 5: Ausente (outro)
  - Código 6: Selante
  - Código 7: Prótese ou implante
  - Código 8: Não erupcionado
  - Código 9: Não registado
  - Código “T”: Traumatismo

#### **4.6. Análise estatística**

Na realização da análise estatística, foram realizados cálculos com recurso ao *software* IBM SPSS versão 22.0 (IBM Corporation, New York, USA).

Na análise estatística descritiva, 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  $p=0.05$ .



# **RESULTADOS**



## 5. Resultados

Neste ponto são descritos os resultados obtidos através da análise realizada no *software* SPSS, nomeadamente os dados sobre a saúde geral dos idosos (se os mesmos sofrem de artrite, asma, DPOC, hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, circulatórios, gástricos, oncológicos, dislipidemia, rins, fígado, sistema urinário, AVC, Parkinson, pele, psiquiátricos, degenerativos), toma de medicamentos, risco de desnutrição e saúde oral (utilização de escova, fio dentário, idas ao médico dentista, motivo de consulta, quando foi a última consulta, se usufrui de cheque dentista, se manifesta dor quando mastiga, no paladar, boca seca, se consome água, se possui próteses).

### 5.1. Caracterização da saúde geral

- **Artrite, Glaucoma e DPOC**

No que se refere a problemas de saúde ao nível das articulações, a maioria dos idosos da SCMV não apresenta este problema (n=57; 50,4%), assim como a maioria dos idosos da FMS (n=50; 52,6%). No glaucoma, verifica-se que a maioria dos idosos, quer da SCMV quer da FMS, não sofre deste problema (n=72; 63,7% e n=66; 69,5%) respetivamente. A mesma situação ocorre nos problemas de nível respiratório, ou seja, a maioria dos idosos não sofre de DPOC (n=81; 71,7% e n=77; 81,1%). Relativamente à presença de DPOC entre as duas instituições analisadas, obteve-se um  $p=0,006$  ( $p<0,05$ ), ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de ambas as instituições relativamente à variável DPOC.

**Tabela 2- Artrite, Glaucoma e DPOC**

Instituição	Artrite		Glaucoma		DPOC		
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	
Misericórdia	Sim	46	40,7	31	27,4	22	19,5
	Não	57	50,4	72	63,7	81	71,7
	Total	103	91,2	103	91,2	103	91,2
	NR	10	8,8	10	8,8	10	8,8
	Total	113	100,0	113	100,0	113	100,0
Mariana Seixas	Sim	33	34,7	17	17,9	6	6,3
	Não	50	52,6	66	69,5	77	81,1
	Total	83	87,4	83	87,4	83	87,4
	NR	12	12,6	12	12,6	12	12,6
	Total	95	100,0	95	100,0	95	100,0
p	<b>0,301</b>		<b>0,093</b>		<b>0,006</b>		

- **Hipertensão, Problemas Circulatorios e Cardiovasculares**

Nos problemas de hipertensão e apesar da mesma ser uma patologia frequente nos idosos, a situação é semelhante às anteriores, ou seja, a maioria dos utentes não sofre de hipertensão (n=67; 59,3% e n=65; 68,4%).

Quanto aos problemas circulatorios, verifica-se que a maioria dos utentes de ambas as instituições não sofre de problemas circulatorios (n=79; 69,9% e n=68; 71,6% respetivamente). Nos problemas cardíacos, também se verifica que a maioria dos utentes de ambas as instituições não sofre deste tipo de problemas (n= 72; 63,7% e n=64; 67,4%).

Na comparação do diagnóstico de hipertensão entre as instituições, observa-se que o  $p=0,034$ , ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de ambas as instituições relativamente à esta variável.

**Tabela 3- Hipertensão, Problemas Circulatorios e Cardíacos**

Instituição	Hipertensão		Problemas Circulatorios		Problemas cardíacos		
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	
Misericórdia	Sim	36	31,9	24	21,2	31	27,4
	Não	67	59,3	79	69,9	72	63,7
	Total	103	91,2	103	91,2	103	91,2
	NR	10	8,8	10	8,8	10	8,8
	Total	113	100,0	113	100,0	113,0	100,0
Mariana Seixas	Sim	18	18,9	15	15,8	19	20,0
	Não	65	68,4	68	71,6	64	67,4
	Total	83	87,4	83	87,4	83	87,4
	NR	12	12,6	12	12,6	12	12,6
	Total	95	100,0	95	95	100,0	100,0
	p	<b>0,034</b>		<b>0,246</b>		<b>0,175</b>	

- **Diabetes, Problemas Gástricos e Oncológicos**

Na Tabela 4, verifica-se que a maioria dos utentes de ambas as instituições não sofre de diabetes (n=84; 74,3% e n=68; 71,6%), nem de problemas gástricos (n=70; 61,9% e n=62; 65,3% respetivamente), nem de problemas oncológicos (n=70; 61,9% e n= 62; 65,3%).

**Tabela 4- Diabetes, Problemas Gástricos e Oncológicos**

Instituição		Diabetes		Gástricos		Oncológicos	
		Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Misericórdia	Sim	19	16,8	29	25,7	4	3,5
	Não	84	74,3	70	61,9	99	87,6
	Total	103	91,2	99	87,6	103	91,2
	NR	10	8,8	14	12,4	10	8,8
	Total	113	100,0	113	100,0	113	100,0
Mariana Seixas	Sim	15	15,8	17	17,9	4	4,2
	Não	68	71,6	62	65,3	79	83,2
	Total	83	87,4	79	83,2	83	87,4
	NR	12	12,6	16	16,8	12	12,6
	Total	95	100,0	95	100,0	95	100,0
p		<b>0,551</b>		<b>0,158</b>		<b>0,515</b>	

- **Dislipidemia, Problemas de Rins, Fígado e do Sistema Urinário**

Quanto aos problemas de dislipidemia, a maioria dos utentes não padece desta patologia (n=78; 69% e n=67; 70,5%). A situação é semelhante com os problemas de rins e de fígado, tendo a SCMV 64.6% e 83,2% respetivamente, dos utentes a não padecerem desta patologia. Por sua vez, na FMS os utentes que não possuem estes problemas correspondem a 76,8% e 82,1% respetivamente.

Em relação aos problemas de sistema urinário, observa-se que a maioria dos utentes não padece desta patologia, quer na SCMV (n=82; 72,6%) quer na FMS (n=75; 78,9%).

Relativamente aos problemas de rins e de sistema urinário, observa-se um valor de  $p < 0,05$ , ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de ambas as instituições relativamente a estas variáveis.

**Tabela 5- Problemas de Dislipidemia, Rins, Fígado e Sistema Urinário**

Instituição	Dislipidemia		Rins		Fígado		Urinário		
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	
Misericórdia	Sim	25	22,1	30	26,5	9	8,0	21	18,6
	Não	78	69,0	73	64,6	94	83,2	82	72,6
	Total	103	91,2	103	91,2	103	91,2	103	91,2
	NR	10	8,8	10	8,8	10	8,8	10	8,8
	Total	113	100,0	113	100,0	113	100,0	113	100,0
Mariana Seixas	Sim	16	16,8	10	10,5	5	5,3	8	16
	Não	67	70,6	73	76,8	78	82,1	75	67
	Total	83	87,4	83	87,4	83	87,4	83	83
	NR	12	12,6	12	12,6	12	12,6	12	12,6
	Total	95	100,0	95	100,0	95	100,0	95	100,0
p		<b>0,262</b>		<b>0,004</b>		<b>0,341</b>		<b>0,034</b>	

- **AVC, Doença de Parkinson e Demência**

Na Tabela 6, observa-se que a maioria dos utentes não possui problemas de AVC, Parkinson nem demência, quer na SCMV quer na FMS.

**Tabela 6- Problemas de AVC, Doença de Parkinson e Demência**

Instituição	AVC		Parkinson		Demência		
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	
Misericórdia	Sim	12	10,6	2	1,8	2	1,8
	Não	91	80,5	101	89,4	101	89,4
	Total	103	91,2	103	91,2	103	91,2
	NR	10	8,8	10	8,8	10	8,8
	Total	113	100,0	113	100,0	113	100,0
Mariana Seixas	Sim	18	18,9	2	2,1	2	2,1
	Não	65	68,4	81	85,3	81	85,3
	Total	83	87,4	83	87,4	83	87,4
	NR	12	12,6	12	12,6	12	12,6
	Total	95	100,0	95	100,0	95	100,0
p		<b>0,050</b>		<b>0,604</b>			

- **Problemas Psiquiátricos e Degenerativos**

Na Tabela 7, verifica-se que a maioria dos utentes de ambas as instituições não padece nem de problemas psiquiátricos nem de problemas degenerativos.

**Tabela 7- Problemas Psiquiátricos e Degenerativos**

Instituição		Psiquiátricos		Degenerativos	
		Frequência	%	Frequência	%
Misericórdia	Sim	17	15,0	9	8,0
	Não	86	76,1	94	83,2
	Total	103	91,2	103	91,2
	NR	10	8,8	10	8,8
	Total	113	100,0	113	100,0
Mariana Seixas	Sim	18	18,9	7	7,4
	Não	65	68,4	76	80,0
	Total	83	87,4	83	87,4
	NR	12	12,6	12	12,6
	Total	95	100,0	95	100,0

- **Polimedicação**

No que se refere à polimedicação, verifica-se que a maioria dos idosos da SCMV administra mais de três medicamentos por dia (n=63; 55,8%) em detrimento da maioria dos utentes da FMS que não administra mais de 3 medicamentos por dia (n=59; 62,1%) (Tabela 8).

**Tabela 8- Polimedicação**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Sim	63	55,8
	Não	40	35,4
	Total	103	91,2
	NR	10	8,8
	Total	113	100,0
Mariana Seixas	Sim	22	23,2
	Não	59	62,1
	Total	81	85,3
	NR	14	14,7
	Total	95	100,0

- **Risco de desnutrição**

Quanto ao risco de desnutrição, verifica-se que a maioria dos utentes da SCMV (n=81; 71,7%) e da FMS (n=73; 76,8%) apresentam sinais de boa nutrição (Tabela 9).

**Tabela 9- Riscos de desnutrição**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Subnutrição	2	1,8
	Risco de malnutrição	22	19,5
	Bem nutrido	81	71,7
	Total	105	92,9
	NR	8	7,1
Total		113	100,0
Mariana Seixas	Subnutrição	2	2,1
	Risco de malnutrição	10	10,5
	Bem nutrido	73	76,8
	Total	85	89,5
	NR	10	10,5
Total		95	100,0

Em suma, a maioria dos utentes de ambas as instituições não manifestam nenhuma patologia supracitada, apesar da maioria dos utentes da SCMV administrar mais de três medicamentos por dia comparativamente à maioria dos utentes da FMS.

Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de ambas as instituições relativamente às variáveis DPOC, hipertensão, problemas de rins e de sistema urinário.

## 5.2. Caracterização da saúde oral

- Escovagem e fio dentário

No que se refere a problemas de saúde oral, foi questionado aos utentes de ambas as instituições se os mesmos utilizavam escova de dentes, ao que a maioria dos utentes respondeu afirmativamente (n=81; 71,7% e n=81; 85,3% respetivamente) (Tabela 10).

**Tabela 10- Utilização de escova**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Não	28	24,8
	Sim	81	71,7
	Total	109	96,5
	NR	4	3,5
	Total	113	100,0
Mariana Seixas	Não	6	6,3
	Sim	81	85,3
	Total	87	91,6
	NR	8	8,4
	Total	95	100,0

Quanto ao número de vezes que os utentes escovam os dentes, os idosos da FMS apresentam uma maior prevalência de escovagem duas vezes por dia comparativamente aos que se encontra no Lar Viscondessa S. Caetano da SCMV (Tabela 11).

**Tabela 11- Quantas vezes escova os dentes?**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	0	24	21,2
	1	35	31,0
	2	33	29,2
	3	13	11,5
	Total	105	92,9
	NR	8	7,1
	Total	113	100,0
Mariana Seixas	0	2	2,1
	1	31	32,6
	2	39	41,1
	3	11	11,6
	Total	83	87,4
	NR	12	12,6
	Total	95	100,0

Na Tabela 12, verifica-se que a maioria dos utentes de ambas as instituições não utiliza fio dentário (n=95; 84,1% e n=82; 86,3% respetivamente), o que leva a afirmar que o fio dentário nestas faixas etárias não é muito frequente.

**Tabela 12- Utiliza fio dentário?**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Não	95	84,1
	Não sei o que é o fio dentário	9	8,0
	Total	104	92,0
	NR	9	8,0
	Total	113	100,0
Mariana Seixas	Não	82	86,3
	Sim, as vezes	1	1,1
	Sim, diariamente	2	2,1
	Não sei o que é o fio dentário	4	4,2
	Total	89	93,7
	NR	6	6,3
	Total	95	100,0

- **Consulta ao médico dentista**

Na Tabela 13, verifica-se que a maioria dos utentes de ambas as instituições não costuma ir ao médico dentista (n=93; 82,3% e n=68; 71,6% respetivamente), registando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à consulta ao médico dentista ( $p = 0,013$ ).

**Tabela 13- Costuma ir ao médico dentista?**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Não	93	82,3
	Sim	11	9,7
	Total	104	92,0
	NR	9	8,0
	Total	113	100,0
Mariana Seixas	Não	68	71,6
	Sim	21	22,1
	Total	89	93,7
	NR	6	6,3
	Total	95	100,0
p		<b>0,013</b>	

Na Tabela 14, verifica-se que os utentes da SCMV costumam ir ao médico dentista devido a questões relacionadas com a prótese dentária e por questões de rotina (ambas com n=5; 4,4%). Os utentes da FMS também costumam ir ao médico dentista devido a questões relacionadas com a prótese dentária (n=11; 11,6%) e por questões de rotina (n=6; 6,3%).

**Tabela 14- Motivo de consulta no dentista**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Carie	2	1,8
	Extração	2	1,8
	Prótese	5	4,4
	Rotina	5	4,4
	Total	113	100,0
	Mariana Seixas	Abcesso	2
	Extração	2	2,1
	Limpeza	3	3,2
	Prótese	11	11,6
	Rotina	6	6,3
	Total	95	100,0

Na Tabela 15, verifica-se que a maioria dos utentes de ambas as instituições não respondeu a esta questão (n=104; 92% e n=61; 64,2% respetivamente), contudo registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o principal motivo da ida ao dentista dos idosos de ambas as instituições (p = 0,048).

**Tabela 15 - Principal motivo da ida ao dentista**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Não sinto necessidade em ir a uma consulta médico-dentária	5	4,4
	Não consigo deslocar-me para ir a uma consulta	4	3,5
	Total	9	8,0
	NR	104	92,0
Total		113	100,0
Mariana Seixas	Consultas são caras	3	3,2
	Medo	2	2,1
	Não sinto necessidade em ir a uma consulta médico-dentária	26	27,4
	Não consigo deslocar-me para ir a uma consulta	2	2,1
	Costumo consultar o médico dentista regularmente	1	1,1
	Total	34	35,8
	NR	61	64,2
	Total	95	100,0
p			<b>0,048</b>

- **Cheque-dentista**

Na Tabela 16, verifica-se que a maioria dos utentes de ambas as instituições não usufrui de cheque dentista (n=66; 58,4% e n=64; 67,4% respetivamente).

**Tabela 16 - Usufruiu de cheque dentista?**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Não	66	58,4
	Sim	3	2,7
	Não sei	35	31,0
	Total	104	92,0
	NR	9	8,0
Total		113	100,0
Mariana Seixas	Não	64	67,4
	Sim	2	2,1
	Não sei	19	20,0
	Total	85	89,5
	NR	10	10,5
Total		95	100,0

- **Odontalgia**

Quando questionado se os utentes sentem odontalgia, a maioria dos utentes de ambas as instituições não sente dor (n=77; 68,1% e n=67; 70,5% respetivamente), nem desconforto ao mastigar (n=79; 69,9% e n=63; 66,3% respetivamente), nem alterações no paladar (n=66; 58,4% e n=59; 62,1% respetivamente).

**Tabela 17 - Sente dor, desconforto ou alterações no paladar**

Instituição		Dor		Desconforto		Alterações no paladar	
		Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Misericórdia	Não	77	68,1	79	69,9	66	58,4
	Sim	27	23,9	25	22,1	38	33,6
	Total	104	92,0	104	92,0	104	92,0
	NR	9	8,0	9	8,0	9	8,0
	Total	113	100,0	113	100,0	113	100,0
Mariana Seixas	Não	67	70,5	63	66,3	59	62,1
	Sim	20	21,1	26	27,4	30	31,6
	Total	87	91,6	89	93,7	89	93,7
	NR	8	8,4	6	6,3	6	6,3
	Total	95	100,0	95	100,0	95	100,0

- **Xerostomia e consumo de água**

A xerostomia (boca seca) é um problema frequente nestas faixas etárias, devido a problemas sistémicos e a polimedicação. Este facto pode ser observado nos utentes de ambas as instituições (n=56; 49,6% e n=53; 55,8%) (Tabela 18).

Apesar de manifestarem sintomas de xerostomia, os utentes de ambas as instituições consomem água (n=58; 51,3% e n=38; 40% respetivamente), sendo os utentes da SCMV que consomem mais água em detrimento dos utentes da FMS.

Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o consumo de água dos idosos de ambas as instituições ( $p = 0,002$ ).

**Tabela 18 - Sente a boca seca e consumo de água**

Instituição		Boca seca		Consumo de água	
		Frequência	%	Frequência	%
Misericórdia	Não	48	42,5	19	16,8
	Sim	56	49,6	58	51,3
	Total	104	92,0	77	68,1
	NR	9	8,0	36	31,9
	Total	113	100,0	113	100,0
Mariana Seixas	Não	36	37,9	36	37,9
	Sim	53	55,8	38	40,0
	Total	89	93,7	74	77,9
	NR	6	6,3	21	22,1
	Total	95	100,0	95	100,0
Teste de Fischer		<b>0,258</b>		<b>0,002</b>	

- **Próteses dentárias**

Quanto ao facto dos utentes utilizarem próteses dentárias, observou-se que a maioria dos utentes respondeu afirmativamente a esta questão (n=64; 56,6% e n=71; 74,7%), o que leva a afirmar que a utilização de próteses dentárias nos idosos institucionalizados é muito frequente.

Os idosos utilizam as próteses dentárias diariamente, como se pode comprovar na Tabela 19 (n=62; 54,9% e n=67; 70,5% respetivamente).

**Tabela 19- Quando utiliza as próteses dentárias?**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Sempre	62	54,9
	As vezes	2	1,8
	Total	64	56,6
	NR	49	43,4
Total		113	100,0
Mariana Seixas	Sempre	67	70,5
	As vezes	4	4,2
	Total	71	74,7
	NR	24	25,3
Total		95	100,0

Na Tabela 20 foi questionado aos utentes se sentiam melhor qualidade de vida com a utilização de próteses dentárias, ao que a maioria não respondeu (n=104; 92% e n=52; 54,7% respetivamente). A função da utilização das próteses dentárias tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos, facilitando a mastigação e evitando um maior esforço por parte do estomago na realização da digestão.

**Tabela 20 - Melhor qualidade de vida com as próteses dentárias**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Sim	9	8,0
	NR	104	92,0
	Total	113	100,0
Mariana Seixas	Não	2	2,1
	Sim	31	32,6
	Não sei	10	10,5
	Total	43	45,3
	NR	52	54,7
Total		95	100,0

Na Tabela 21, relativamente ao desconforto e à satisfação com a prótese dentária, a maioria dos utentes de ambas as instituições mostram não sentir desconforto mas antes estar satisfeitos com a utilização das próteses dentárias.

**Tabela 21 - Desconforto ou satisfação com as próteses dentárias?**

Instituição		Desconforto		Satisfação	
		Frequência	%	Frequência	%
Misericórdia	Não	43	38,1	8	7,1
	Sim	21	18,6	56	49,6
	Total	64	56,6	64	56,6
	NR	49	43,4	49	43,4
	Total	113	100,0	113	100,0
Mariana Seixas	Não	54	56,8	7	7,4
	Sim	17	17,9	64	67,4
	Total	71	74,7	71	74,7
	NR	24	25,3	24	25,3
	Total	95	100,0	95	100,0

Quanto ao comer com as próteses dentárias, verifica-se que os utentes de ambas as instituições utilizam sempre as mesmas na hora da alimentação (n=62; 54,9% e n=62; 65,3% respetivamente).

**Tabela 22 - Comer com as próteses dentárias**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Sempre	62	54,9
	Nunca	2	1,8
	Total	64	56,6
	NR	49	43,4
	Total	113	100,0
Mariana Seixas	Sempre	62	65,3
	As vezes	2	2,1
	Raramente	3	3,2
	Nunca	4	4,2
	Total	71	74,7
	NR	24	25,3
	Total	95	100,0

Os utentes de ambas as instituições retiram sempre as próteses dentárias quando vão dormir (n=36; 31,9% e n=35; 36,8%), o que significa que se sentem melhor sem as mesmas durante o período de sono.

**Tabela 23 - Retira as próteses dentárias para dormir?**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Sempre	36	31,9
	As vezes	2	1,8
	Nunca	26	23,0
	Total	64	56,6
	NR	49	43,4
Total		113	100,0
Mariana Seixas	Sempre	35	36,8
	As vezes	2	2,1
	Raramente	7	7,4
	Nunca	25	26,3
	Total	69	72,6
	NR	26	27,4
Total		95	100,0

Na Tabela 24, verifica-se que a maioria dos utentes de ambas as instituições realizam sempre a higiene das próteses dentárias (n=45; 39,8% e n=55; 57,9%).

**Tabela 24 - Higiene das próteses dentárias após as refeições**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	Sempre	45	39,8
	As vezes	19	16,8
	Total	64	56,6
	NR	49	43,4
Total		113	100,0
Mariana Seixas	Sempre	55	57,9
	As vezes	12	12,6
	Raramente	2	2,1
	Total	69	72,6
	NR	26	27,4
Total		95	100,0

Quanto ao número de vezes da higiene das próteses dentárias, a maioria dos utentes de ambas as instituições não respondeu a esta questão (n=103; 91,2% e n=56; 58,9%).

**Tabela 25 - Quantas vezes realiza a higiene das próteses dentárias após as refeições?**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	1	4	3,5
	2	2	1,8
	3	4	3,5
	Total	10	8,8
	NR	103	91,2
Total		113	100,0
Mariana Seixas	1	18	18,9
	2	14	14,7
	3	7	7,4
	Total	39	41,1
	NR	56	58,9
Total		95	100,0

Quanto ao método da higiene das próteses dentárias, os utentes da SCMV preferem a escova (n=8; 7,1%), assim como os utentes da FMS (n=28; 29,5%).

**Tabela 26 - Método de higiene das próteses dentárias**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	NR	105	92,9
	Escova	8	7,1
	Total	113	100,0
Mariana Seixas		54	56,8
	Agua	10	10,5
	Escova	28	29,5
	Pastilhas	3	3,2
	Total	95	100,0

Nas Tabelas 27 e 28, observa-se que a maioria dos utentes não respondeu a questão sobre qual o tempo de utilização das próteses dentárias, assim como há quanto tempo têm as próteses. Contudo, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de utilização das próteses dentárias dos idosos de ambas as instituições ( $p=0,002$ ) e há quanto tempo têm as mesmas ( $p=0,003$ ).

**Tabela 27 - Tempo de utilização das próteses dentárias**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	< 10 anos	4	3,6
	>10 anos	7	6,3
	Total	11	9,9
	NR	102	90,1
	Total	113	100,0
Mariana Seixas	< 10 anos	6	6,3
	>10 anos	35	36,8
	Total	41	43,1
	NR	54	56,9
	Total	95	100,0
p		<b>0,002</b>	

**Tabela 28 - Há quanto tempo tem as próteses dentárias?**

Instituição		Frequência	%
Misericórdia	< 10 anos	4	3,6
	>10 anos	7	6,3
	Total	11	9,9
	NR	102	90,1
	Total	113	100,0
Mariana Seixas	< 10 anos	14	14,8
	>10 anos	24	25,2
	Total	41	40,0
	NR	57	60,0
	Total	95	100,0
p		<b>0,003</b>	

Na Tabela 29, observa-se que os utentes utilizam próteses totais inferiores, quer da SCMV quer da FMS (n=49; 43,4% e n=52; 54,7%).

Nas próteses superiores, os utentes utiliza próteses totais superiores, quer pertençam a SCMV quer a FMS (n=49; 43,4% e n=53; 55,8%).

**Tabela 29 - Tipo de próteses dentárias inferiores e superiores**

Instituição		Próteses Inferiores		Próteses Superiores	
		Frequência	%	Frequência	%
Misericórdia	Total	49	43,4	49	43,4
	Parcial acrílica	9	8,0	4	3,5
	Parcial esquelética	0	0	2	1,8
	Fixa	2	1,8	2	1,8
	Total	60	53,1	57	50,4
	NR	53	46,9	56	49,6
Total		113	100,0	113	100,0
Mariana Seixas	Total	52	54,7	53	55,8
	Parcial acrílica	4	4,2	8	8,4
	Parcial esquelética	5	5,3	2	2,1
	Total	61	64,2	63	66,3
	NR	34	35,8	32	33,7
	Total	95	100,0	95	100,0

No que se refere às consultas com próteses dentárias, os utentes de ambas as instituições não responderam a esta questão (n=72; 63,7% e n=37; 38,9%). Neste aspeto, é recomendável que todas as pessoas que utilizam próteses façam consultas de controlo, uma vez que podem necessitar de certos ajustes.

**Tabela 30 - Consulta de próteses dentárias**

Instituição		Frequência	Percentagem
Misericórdia	6 em 6 meses	2	1,8
	Nenhuma das hipóteses	39	34,5
	Total	41	36,3
	NR	72	63,7
	Total	113	100,0
Mariana Seixas	3 em 3 meses	1	1,1
	6 em 6 meses	5	5,3
	1 vez ano	6	6,3
	Nenhuma das hipóteses	46	48,4
	Total	58	61,1
	NR	37	38,9
Total		95	100,0

Quanto à estabilidade e retenção com as próteses dentárias, a maioria dos utentes da SCMV não respondeu a esta questão (n=68; 60,2%). Por sua vez, os utentes da FMS consideram que a estabilidade e retenção com a prótese dentária é boa (n=36; 37,9%).

**Tabela 31 - Estabilidade e retenção das próteses dentárias**

Instituição		Frequência	Percentagem
Misericórdia	Boa	26	23,0
	Satisfatória	17	15,0
	Insatisfatória	2	1,8
	Total	45	39,8
	NR	68	60,2
Total		113	100,0
Mariana Seixas	Boa	36	37,9
	Satisfatória	19	20,0
	Insatisfatória	5	5,3
	Total	60	63,2
	NR	35	36,8
Total		95	100,0

Quanto à retenção de alimentos nas próteses dentárias, os utentes da SCMV não sofrem deste problema (n=68; 60,2%). Por sua vez, os utentes da FMS sentem que as próteses dentárias retêm os alimentos por debaixo das mesmas após as refeições (n=36; 37,9%).

**Tabela 32 - Retenção de alimentos nas próteses dentárias**

Instituição		Frequência	Percentagem
Misericórdia	Sim	37	32,7
	Não	68	60,2
	Total	105	92,9
	NR	8	7,1
	Total	113	100,0
Mariana Seixas	Sim	49	51,6
	Não	40	42,1
	Total	89	93,7
	NR	6	6,3
	Total	95	100,0

Na Tabela 33 apresenta-se um resumo da idade e do estado dos dentes dos utentes de ambas as instituições.

Como se pode observar, a idade mínima dos utentes da SCMV é de 50 e a máxima é de 94, estando os utentes da FMS no intervalo de idades compreendido entre os 52-98.

No que se refere ao estado dos dentes, existem 28 utentes da SCMV com ausência de dentes (edentulismo), 28 utentes com CPOD, 12 utentes com dentes cariados e 9 utentes com dentes obturados.

Por sua vez, existem 28 utentes da FMS que sofrem de edentulismo, 28 utentes com CPOD, 6 utentes com dentes cariados e 5 utentes com dentes obturados.

**Tabela 33 - Estatísticas descritivas do estado dos dentes dos utentes**

Instituição		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Misericórdia	Idade	109	50	94	78,25	12,279
	Cariados	105	0	12	1,70	3,319
	Perdidos	105	5	28	23,36	7,312
	Obturados	105	0	9	0,31	1,303
	CPOD	105	8	28	25,38	5,772
Mariana Seixas	Idade	88	52	98	78,51	11,719
	Cariados	78	0	6	0,63	1,538
	Perdidos	78	4	28	24,99	5,909
	Obturados	78	0	5	0,22	0,816
	CPOD	78	9	28	25,83	4,692

# **DISCUSSÃO**



## 6. Discussão

O presente estudo foi realizado em idosos institucionalizados em duas instituições localizadas em Viseu, o Lar Viscondessa de São Caetano pertencente à SCMV e a instituição privada FMS.

Os objetivos predefinidos passaram pela comparação dos cuidados de saúde oral e prevalência de patologias sistémicas e orais em idosos institucionalizados, nomeadamente os idosos do Lar Viscondessa de São Caetano e os idosos da FMS.

- **Comparar as variáveis sociodemográficas dos idosos das duas instituições**

Os dados obtidos demonstram que a maioria dos utentes de ambas as instituições pertence ao género feminino, o que se traduz numa esperança média de vida superior à dos homens [44], [80], [81].

No estado civil, a maioria dos idosos participantes de ambas as instituições é viúva, o que difere do estudo de Souza *et al.*, (2010) onde a maioria dos utentes é solteira, seguida dos viúvos [82].

Por sua vez, na idade verifica-se uma ligeira discrepância entre os utentes de ambas as instituições, uma vez que o intervalo de idades dos utentes da SCMV é de 50-94 e dos utentes da FMS é de 52-98.

Quanto à área de residência, os utentes da SCMV residiam mais no meio urbano em comparativamente aos utentes da FMS que residiam, na maioria, o meio rural.

- **Identificar quais as patologias clínicas de saúde geral mais frequentes nos idosos das duas instituições**

Relativamente às patologias clínicas de saúde geral mais frequentes nos idosos, verificaram-se algumas diferenças estatisticamente significativas entre as duas instituições, nomeadamente nas variáveis DPOC, hipertensão, problemas de rins e de sistema urinário nos idosos institucionalizados no Lar Viscondessa de São Caetano, pertencente à SCMV.

Como se pode observar nas tabelas anteriormente apresentadas (Tabela 1, 2 e 4), as taxas de idosos da SCMV que manifestam DPOC, HTA, problemas de rins e de sistema urinário são superiores às taxas apresentadas pelos idosos da FMS, o que se pode explicar pelo facto das refeições realizadas na SCMV serem todas iguais, ou seja, as exigências alimentares que os idosos devem seguir podem não ser consideradas por parte de quem confeciona as refeições, levando ao agravamento de HTA, problemas de rins e de sistema urinário.

Em termos de alimentação dos idosos, a mesma deve englobar certos nutrientes que devem ser ingeridos nas doses recomendadas pela OMS, assim como a prática e manutenção da atividade física [31]. Também é de realçar a importância da prática da atividade física, o que nem sempre é possível de realizar nos lares públicos, quer pela falta de tempo quer pela falta de meios financeiros.

Por esse motivo, algumas das recomendações que devem ser adotadas pelos idosos de modo a evitar ou atenuar problemas de saúde geral e oral passam pelos costumes ou hábitos, onde se pretende que os idosos mantenham hábitos alimentares saudáveis, pratiquem atividade física e moderem o consumo de álcool, tabaco e outros fatores de risco [16].

- **Compreender quais os comportamentos e hábitos de higiene orais adotados pelos idosos das duas instituições.**

No que respeita aos comportamentos e hábitos de higiene adotados pelos idosos, verificou-se que a maioria dos utentes de ambas as instituições utilizam escova de dentes na higiene oral, escovando os dentes entre 1 (SCMV) e 2 (FMS) vezes por dia, o que demonstra a falta de consciencialização dos idosos, dos responsáveis pelas instituições ou auxiliares de geriatria sobre a importância de uma higiene oral correta. O presente estudo vai ao encontro do estudo de Ribeiro *et al.*, (2012), uma vez que a média de escovagem diária rondava 1-2 vezes [44].

Quanto às consultas ao médico dentista, a maioria dos utentes de ambas as instituições não costuma ir ao médico dentista, o que vai ao encontro do estudo de Ribeiro *et al.*, (2012) onde a maioria dos idosos institucionalizados não consulta o dentista há mais de 3 anos [44].

Os motivos que levam os idosos de ambas as instituições a consultar o médico dentista deve-se a questões relacionadas com a prótese dentária e questões de rotina, o que também se verifica no estudo de Ribeiro *et al.*, (2012) [44]. No presente estudo, também se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à consulta e ao motivo da ida ao médico dentista entre os idosos de ambas as instituições

Quando questionado se os idosos de ambas as instituições usufruem de cheque dentista, a maioria respondeu de forma negativa.

A respeito das dores, a maioria dos utentes de ambas as instituições não sente dor a nível oral, nem desconforto ao mastigar nem alterações no paladar, o que deve ser melhor analisado, uma vez que os idosos não respeitam o número recomendado de escovagens diárias nem a ida regular ao médico dentista.

A patologia que mais se verificou nos idosos de ambas as instituições foi a xerostomia, pois, é uma das patologias mais frequentes nos idosos. Esta patologia pode causar dificuldade na fonética, mastigação, deglutição, perda de peso, comunicação prejudicada, baixa autoestima e, conseqüentemente, diminuição da qualidade da vida [4], [5], [83].

Na aplicação do teste de Qui-quadrado, foi possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de ambas as instituições relativamente à variável do consumo de água, a qual está interrelacionada com a xerostomia.

Quanto ao facto dos utentes utilizarem próteses dentárias, a maioria dos utentes respondeu afirmativamente a esta questão, ainda referindo que o faziam de forma diária, o que leva a afirmar que a utilização de próteses dentárias nos idosos institucionalizados é muito frequente. O presente estudo vai ao encontro do estudo de Ribeiro *et al.*, (2012), onde a maioria dos idosos utiliza prótese dentária [44].

A aplicação do teste de Qui-quadrado permitiu verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de utilização das próteses dentárias dos idosos de ambas as instituições e há quanto tempo têm as mesmas.

A relação entre o local de residência e a utilização de próteses demonstra uma diferença estatisticamente significativa entre os utentes de ambas as instituições, predominando os utentes que residem em meio urbano.

Quando questionado aos utentes se estes sentiam melhor qualidade de vida com a utilização de próteses dentárias, a maioria não respondeu, o que não permite concluir se a utilização das próteses dentárias melhoram a qualidade de vida dos idosos, facilitando a mastigação e evitando um maior esforço por parte do estômago na realização da digestão.

Na sensação de desconforto ao mastigar, os utentes da SCMV não responderam a esta questão e os utentes da FMS não sentem desconforto na utilização de próteses dentárias, apesar de utilizarem as mesmas na hora da alimentação, o que difere do estudo realizado por Júnior *et al.*, (2012), onde os idosos sentem desconforto na mastigação devido ao desajuste da prótese e à ausência de dentes [84].

No que se refere à satisfação com as próteses dentárias, os utentes de ambas as instituições estão satisfeitos com as mesmas, apenas retirando-as quando vão dormir.

Na higiene das próteses, a frequência é diária, desconhecendo-se do número de vezes em que a higiene é realizada, sabendo-se apenas que o método de higiene privilegiado é a escova. As próteses que os utentes utilizam são próteses totais inferiores e superiores. A relação entre a idade e a realização da higiene das próteses demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas entre os utentes de ambas as instituições.

Quanto ao período de consultas com próteses dentárias, os utentes de ambas as instituições não responderam a esta questão. Na estabilidade e retenção com as próteses dentárias, os utentes da SCMV não responderam a esta questão e os utentes da FMS consideram que a estabilidade e retenção com a prótese dentária é boa.

Na retenção de alimentos nas próteses dentárias, os utentes da SCMV não sofrem deste problema em detrimento dos utentes da FMS que sentem que as próteses dentárias retêm os alimentos por debaixo das mesmas, após as refeições.

Ao nível do estado dos dentes, existem no total das duas instituições, 46 utentes com edentulismo, 46 utentes com CPOD, 18 utentes com dentes cariados e 14 utentes com dentes obturados.

Em suma, no presente estudo, não se observaram discrepâncias significativas nas duas instituições, apesar de uma pertencer ao domínio público (SCMV) e outra ao domínio privado (FMS).

Contudo, através da estatística inferencial, foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de ambas as instituições relativamente às variáveis DPOC, hipertensão, problemas de rins e de sistema urinário, com maior prevalência destas patologias nos idosos pertencentes à SCMV.

Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de ambas as instituições nas variáveis da saúde oral, tais como: consulta, motivo da ida ao médico dentista, tempo de utilização das próteses dentárias e há quanto tempo têm as mesmas, onde se evidencia que os idosos da FMS realizam mais consultas no médico dentista por motivos de prótese dentária, rotina e limpeza, assim como possuem mais tempo de utilização das próteses dentárias (> 10 anos) do que os idosos da SCMV.

Como recomendações para os responsáveis pelas instituições ou para os auxiliares de geriatria, aconselha-se a promoção de estratégias de implementação de saúde oral (rastreamento preventivo, ações de formação, etc) que permita alterar os comportamentos dos idosos, de modo a que estes realizem uma higiene oral mais adequada e frequente, assim como façam da consulta ao médico dentista uma rotina mais frequente, pelo menos duas vezes por ano.

### **6.1. Limitações de estudo**

As principais limitações encontradas durante a realização do presente trabalho englobam a limitação temporal e a homogeneidade da amostra.

Também é de realçar o facto da inexistência de um instrumento de recolha de dados aplicado aos responsáveis pelas instituições e aos auxiliares de geriatria, pois, são eles que lidam de forma direta com os idosos.

Como sugestão para futuros estudos, recomenda-se a elaboração de dois instrumentos de recolha de dados, um para os idosos e outro para os responsáveis pelas instituições ou para os auxiliares de geriatria.

Seria também interessante, aplicar o instrumento de recolha de dados em instituições no contexto nacional, de modo a verificar se existem discrepâncias ou se os dados são semelhantes.



# CONCLUSÕES



## 7. Conclusões

Após a realização da presente dissertação, foi possível verificar que a saúde oral exerce um papel relevante na qualidade de vida dos idosos, assim como na prevenção de doenças, alimentação, mastigação, paladar, fonética, estética e relacionamentos interpessoais dos idosos.

Na saúde geral, os idosos não demonstraram manifestar nenhuma das patologias abordadas (asma, DPOC, hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, circulatórios, gástricos, oncológicos, dislipidemia, rins, fígado, sistema urinário, AVC, Parkinson, pele, psiquiátricos, degenerativos), o que leva a afirmar que os idosos possuem uma boa saúde geral.

A saúde oral dos idosos é uma temática que deve ser mais promovida pela sociedade, pelos responsáveis das instituições, pelos auxiliares de geriatria e pelos familiares dos idosos, pois, existe uma prevalência de risco de doenças orais que derivam de aspetos, tais como: aspetos socioeconómicos, políticos, físicos, psicológicos, emocionais, entre outros.

No presente estudo, não se observaram discrepâncias significativas nas duas instituições, apesar de uma pertencer ao domínio público (SCMV) e outra ao domínio privado (FMS). As principais diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de ambas as instituições foram observadas nas variáveis DPOC, Hipertensão, problemas de rins e de sistema urinário. A nível da saúde oral, as diferenças estatisticamente significativas englobam a consulta, motivo da ida ao médico dentista, tempo de utilização das próteses dentárias e há quanto tempo têm as mesmas.

Alguns aspetos que deveriam ser melhor analisados englobam o facto da maioria dos idosos não manifestar nenhuma das patologias mais frequentes nos idosos; informação e acompanhamento disponibilizado pelos responsáveis das instituições ou os auxiliares de geriatria e a ausência de consultas regulares ao médico dentista.

Em suma, todos os membros próximos dos idosos (familiares, responsáveis das instituições, auxiliares de geriatria ou outros cuidadores formais) devem elaborar uma prevenção básica da saúde oral, baseada numa higiene oral adequada; na utilização de próteses quando necessário; acompanhar os idosos às consultas do médico dentista; informar-se sobre a possibilidade dos idosos usufruírem dos cheques dentista;

frequentar ações de formação ou participar nos diversos rastreios que costumam ser realizados a nível nacional.

# Referências Bibliográficas



## 8. Referências Bibliográficas

- [1] Economic & Social Affairs. World Population Ageing 2013. Nova Iorque: Economic & Social Affairs, 2013.
- [2] Rocha R, Fernandes A, Lucas R. Doenças periodontais, dieta e distúrbio cardiovasculares em idosos não institucionalizados em Campina Grande. *Pesq. Brasil. em Odontop. e Clín. Integ.* 2005; 5 (2): 9.
- [3] Silva E, Barão V, Santos D, Delben J, Ribeiro A, Gallo A. Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico. *Odonto.* 2011;19 (37): 39-47
- [4] Petersen P, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people – Call for public health action. *Comm. Dent Health.* 2010; 27 (2): 257-268.
- [5] Magalhães L. Relação entre saúde oral e nutrição em idosos. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2011
- [6] Côrte-Real I, Figueiral M, Campos J. As doenças orais no idoso - Considerações gerais. *Rev Portug de Estomat e Med Dent.* 2011; 52: 175-180.
- [7] Pestana L, Espírito-Santo F. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42 (2): 8.
- [8] Lolli M, Trindade J, Silva C, Michida S, Lolli L. Perfil profissional, percepção e atuação de cuidadores em relação à saúde bucal de idosos institucionalizados. *Brazil J of Surg and Clin Res.* 2013; 2 (1): 19-25.
- [9] Fiske J, Griffiths J, Jamieson R, Manger D. Guidelines for oral health for long-stay patients and residents. *Brit Soc for Disab and Oral Health.* 2000.
- [10] Braz M. Estudo dos factores de risco de saúde oral numa população sénior institucionalizada do concelho do Porto. Porto: Universidade do Porto; 2005
- [11] Kandelman D, Petersen P, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist.* 2008; 28: 224-236.
- [12] Ferreira R, de Magalhães C, Moreira A. Tooth loss, denture wearing and associated factors among an elderly institutionalised Brazilian population. *Gerodontol.* 2008; 25 (3): 168-178.

- [13] Patil M, Patil S. Geriatric patient - psychological and emotional considerations during dental treatment *Gerodontol.* 2009; 26: 72-77.
- [14] Veiga N, Diniz L, Coelho C, Melo P, Correia, A. Saúde e reabilitação oral no idoso institucionalizado. *Rev Portug de Estomat, Med Dent e Cir Maxilof.* 2016; 57 (S1): 1-61.
- [15] Mendes-Ribeiro J. Saúde – a liberdade de escolher. Lisboa: Gradiva, 2009.
- [16] Derman E, Patel D, Nossel C, Schweltnus M. Healthy lifestyle interventions in general practice: Part 1: An introduction to lifestyle and diseases of lifestyle. *South African J of Family Pract.* 2008; 50 (4): 6-12.
- [17] Dolan T, Atchison K, Huynh T. Access to dental care among older adults in the United States. *J of Dent Educat.* 2005; 69: 961-974.
- [18] Tramini P, Montal S, Valcarcel J. Tooth loss and associated factors in long-term institutionalised elderly patients. *Gerodontol.* 2007; 24: 196-203
- [19] Petersen P, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Comm Dentist and Oral Epidemiol.* 2005; 33 (2): 81–92.
- [20] Shinkai R, Cury A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad de Saúde Pública.* 2000; 16 (4): 11.
- [21] Pinelli L, Montandon A, Boschi A, Fais L. Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. *Rev Odonto Ciência.* 2005; 20 (47): 69-74.
- [22] Silva E, Filho C, Fajardo R, Fernandes A, Marchiori A. Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. *Rev Ciência em Extensão.* 2005; 2 (1): 14.
- [23] Cruz-Pamplona M, Jimenez-Soriano Y, Sarrión-Pérez MG. Dental considerations in patients with heart disease. *J Clin Exp Dent.* 2011; 3 (2): e97-105.
- [24] Herman W, Konzelman J, Prisant M. New national guidelines on hypertension. A summary for dentistry. *JADA.* 2004; 135: 576-584.
- [25] Coimbra F. Xerostomia. Etiologia e tratamento. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.* 2009; 50 (3): 159-164.

- [26] McDerra E, Pollard M, Curzon M. The dental status of asthmatic British school children. *Pediatr Dent*; 1998; 20 (4): 281-287.
- [27] O'Sullivan E, Curzon M. Salivary factors affecting dental erosion in children. *Car Res*. 2000; 34: 82-87.
- [29] Lussi A. Erosive tooth wear - a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. *Monogr Oral Sci*. 2006; 20: 1-8
- [30] Di Fede O, Di Liberto C, Occhipinti G, Vigneri S, Lo Russo L, Fedele S, et al. Oral manifestations in patients with gastro-oesophageal reflux disease: a singlecenter case-control study. *J Oral Pathol Med*. 2008; 37 (6): 336–340.
- [31] Ravasco P, Ferreira C, Camilo M. (2011). Alimentação para a saúde - A relevância da intervenção dos médicos. *Act Méd Portug*. 2011; 24 (S4): 783-790.
- [32] Organização Mundial de Saúde. (2007). World Health Organization (2007). Oral health. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>
- [33] Barbosa, R. Prevalência de cárie dentária e comportamentos de saúde oral numa amostra de pacientes da Clínica Universitária da UCP-Viseu. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2011.
- [34] Évora A, Fortes I. A importância da educação para a saúde oral nos adolescentes nas escolas secundárias do concelho de São Vicente. Disponível em: <http://slideflick.net/doc/3783125/%C3%A9vora-e-fortes-2013.-a-import%C3%A2ncia-da-educa%C3%A7%C3%A3o-para-a-sa%C3%BA.>, 2013
- [35] Lopes, P. Estilos de vida e prevenção primária na saúde oral em ambiente escolar. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra; 2012.
- [36] Gil-Montoya J, De Mello A, Cardenas C, Lopez I. Oral health protocol for the dependent institutionalized elderly. *Geriat Nurs*. 2006; 27 (2): 95–101.
- [37] Atkinson J, Grisius M, Massey W. Salivary hypofunction and xerostomia: diagnosis and treatment. *Dent Clin North Am*. 2005; 49 (2): 309-326.
- [38] Little J, Falace D, Miller G, Rhodus N. Dental management of medically compromised patient. 7ª Ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2008

- [39] Cohen-Carneiro, F, Souza-Santos, R, Rebelo, M. Quality of life related to oral health: Contribution from social factors. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (Supl. 1): 1007-1015.
- [40] Cunha M, Santos E, Costa A, Pereira M, Varanda, R, Loureiro, S. Saúde oral, literacia e qualidade de vida em idosos - Revisão sistemática da literatura. *Rev de Enf Ref*. 2014; Série IV, 1: 125-134.
- [41] Gavinha S. Avaliação do estado de saúde oral em idosos institucionalizados e o estudo das repercussões do uso de próteses removíveis desaptadas nos tecidos dentários Universidade Fernando Pessoa, 2010.
- [42] Souza V, Pagani C, Jorge A. Geriatric dentistry: suggestion of a prevention program. *Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos*. 2011; 4 (1): 57-63.
- [43] Anon (2014). Programa Nacional de Promoção da Saúde oral (PNPSO). Disponível em: <https://www.saudeoral.min-saude.pt>.
- [44] Ribeiro D, Pires I, Pereira M. Comportamentos e auto-perceção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Rev Portug de Estomat, Med Dent e Cirurg Maxilof*. 2012; 53 (4): 6.
- [45] Van Lancker A, Verhaeghe S, Van Hecke A, Vanderwee K, Goossens J, Beeckman D. The association between malnutrition and oral health status in elderly in long-term care facilities: a systematic review. *Int J of Nurs Stud*. 2012; 49 (12): 1568–1581.
- [46] Niesten, D., et al. The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study. *BMC Oral Health*. 2013; 13: 61.
- [47] Grade M. A satisfação das grávidas e médicos dentistas no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade Ciências da Saúde, 2013.
- [48] Ordem dos Médicos Dentistas. (2017). Saúde oral nos séniores. Disponível em: <https://www.ond.pt/publico/seniores>
- [49] Neto N, Luft L, Trentin M, Silva S. Condições de saúde bucal do idoso. *RBCEH*. 2007; 4 (1): 48-56.

- [50] Neto J, Beltrame M, Souza I, Andrade J, Silva J, Quintela K. O paciente diabético e suas implicações para conduta odontológica. *Rev Dent on line*. 2012; 23 (11): 11-18.
- [51] Johansson Y, Bachrach-Lindström M, Carstensen J, Ek A-C. Malnutrition in a homeliving older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J of Clin Nurs*. 2009;18 (9): 1354–1364.
- [52] Urrutia C, Santander I, Ormazábal F. Traducción al español y validación del cuestionario de creencias en salud bucal para cuidadores (DCBS-SP). *Rev Españ de Salud Pública*. 2010; 84 (4): 8
- [53] Vieira J, Massoni A, Freitas C, Marinho F, Costa C. Um olhar sobre os cuidadores de idosos de instituições geriátricas de João Pessoa, Paraíba: perfil e cuidados com a saúde bucal dos idosos. *Rev Baia de Saúde Pública*. 2011; 35 (3): 15.
- [54] Acevedo R, Batista L, Trentin M, Shibli J. Tratamento periodontal no paciente idoso. *Passo Fundo*. 2001; 6 (2): 57-62.
- [55] Gupta A, Epstein J, Sroussi H. Hyposalivation in elderly patients. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2006; 72 (9): 841-846.
- [56] Bilder, L., et al. Oral health status among long-term hospitalized adults: a cross sectional study. *PeerJ*, 2014; 2: e423
- [57] Antunes S. Avaliação da saúde oral num grupo de idosos institucionalizados no Concelho de Vagos. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013.
- [58] Deogade S. C, et al. Dental prosthetic status and prosthetic needs of institutionalised elderly population in oldage homes of Jabalpur city, madhya pradesh, India. *Journal of Indian Prosthodontic Society*. 2013; 13 (4): 587-592.
- [59] Razak, P., et al. Geriatric oral health: a review article. *J Int Oral Health*. 2014; 6 (6): 110- 116
- [60] Gil-Montoya, J, et al Oral health in the elderly patient and its impact on general wellbeing: a nonsystematic review. *Clin Interv in Aging*. 2015; 10: 461-467.
- [61] Saunders R, Meyerowitz C. Dental caries in older adults. *Dent Clin of North America*. 2005; 49: 293-308
- [62] Gonsalves W, Wrightson S, Henry R. Common Oral Conditions in Older Persons. *Americ Acad of Fam Physic*. 2008; 78 (7): 845-852.

- [63] Mohapatra I. Problems of elderly widows in Odisha: An empirical study. *Indian J of Geronto.* 2012; 26 (4): 549-563.
- [64] Costa T. Estratégias preventivas em Odontogeriatric. Trabalho de conclusão do curso de especialização em atenção básica da Saúde da Família. 2009.
- [65] Simões A, Carvalho D, A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16 (6): 2975-2982.
- [66] Banasr F. Prosthetic status and needs of Saudi geriatric edentulous patients in Jeddah. *Cairo Dental J.* 2008; 24 (3): 537-543.
- [67] Rossi S, Slaughter Y. Oral changes in older patients: a clinician's guide. *Quintessence Int.* 2007; 38: 773-780
- [68] Boehm T, Scannapieco F. The epidemiology, consequences and management of periodontal disease in older adults. *The J of the Americ Dental Association.* 2007; 138: 26–33.
- [69] Gutierrez M, Lotufo M, Costa C, Pannuti C. Autopercepção da doença periodontal em idosos. *Rev Inst Ciências Saúde.* 2008; 26 (1): 105-110.
- [70] Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. *Act Méd Portug.* 2005; 18 (8): 459-466.
- [71] Carvalho M, Rodrigues P, Chaves M. Halitose: revisão literária. *HU Rev.* 2008; 34 (4): 273-279.
- [72] Faber J. Halitose. *Rev Dental Press de Ortod e Ortop Facial.* 2009: 2.
- [73] Attin T, Hornecker E. Tooth brushing and oral health: how frequently and when should tooth brushing be performed? *Oral Health Prev Dent.* 2005; 3 (3): 135-140.
- [74] Carr A, McGivney GP, Brown DT. Initial placement, adjustment, and servicing of the removable partial denture. In: *McCracken's Removable Partial Prosthodontics.* 11<sup>a</sup> Ed. St Louis: Elsevier Mosby; 2004. p. 363-72.
- [75] Shimura Y, Wadachi J, Nakamura T, Mizutani H, Igarashi Y. Influence of removable partial dentures on the formation of dental plaque on abutment teeth. *J Prosthodont Res.* 2010; 54 (1): 29-35.

- [76] Thorne S, Kazanjian A, MacEntee M. Oral health in long-term care: The implications of organizational culture. *J of Aging Stud.* 2001; 15 (3): 271-283.
- [77] Dharamsi S, Jivani K, Dean C, Wyatt C. Oral care for frail elders: knowledge, attitudes, and practices of long-term care staff. *J of Dental Educat.* 2009; 73 (5): 581-588.
- [78] Aguiar M, Montenegro F. Avaliação do conhecimento de médicos com atuação na área geriátrica do estado de São Paulo sobre a inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica. *Kairós.* 2007; 10 (1): 155-174.
- [79] Cornejo-Ovalle, M., et al Oral health care activities performed by caregivers for institutionalized elderly in Barcelona-Spain. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal.* 2013; 18 (4): e641- 649.
- [80] Alencar M, Bruck N, Pereira B, Câmara T, Almeida R. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Brasil de Geriatr e Gerontol.* 2012; 15 (4): 785-796.
- [81] Quintal C, Lourenço Ó, Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Rev Portug de Saúde Pública.* 2012; 30 (1): 35-46.
- [82] Souza E, Barbosa M, Oliveira P, Espíndola J, Gonçalves K. Impact of oral health in the daily life of institutionalized and non institutionalized elder in the city of Recife. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15 (6): 10.
- [83] Kossioni A, Bellou O. Eating habits in older people in Greece: the role of age, dental status and chewing difficulties. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2011; 52 (2): 197–201.
- [84] Junior H, Scelza M, Boaventura G, Custódio S, Moreira E, Oliveira D. Relation between oral health and nutritional condition in the elderly. *J of Applied Oral Science.* 2012; 20 (1): 38-44.
- [85] Samnieng P, Ueno M, Shinada K, Zaitso T, Kawaguchi Y. Daily variation of oral malodour and related factors in community-dwelling elderly Thai. *Gerodontology - The Gerodont Society and John Wiley & Sons A/S.* 2012; 29: 8.

# **Anexos**

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

**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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Código:
---------

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

O Instituto 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. 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. Alguma vez efectuou tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia?  Não  Sim

11.1 Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

12. Faz algum tipo de actividade física?  Não  Sim

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

13. Costuma fumar ?  Não  Sim  Ex-fumador

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

14. Costuma ingerir bebidas alcoólicas?  Não  Sim

15. Que tipo de alimentação costuma fazer na instituição?

- Pastosa (alimentos passados e cereais lácteos).
- Fibrosa (frutas e legumes).
- Consistente (carne, peixe).

II A- 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 laticínios (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	

## II B – Escala Dieta Mediterrânica

### III – PATOLOGIA DO SONO

PERGUNTAS	Crítérios para atribuir 1 ponto	
Utiliza azeite como principal gordura culinária?	Sim	
Que quantidade de azeite consome num dia? (incluindo fritar, temperar saladas, refeições para fora de casa, etc).	≥ 4 colheres sopa	
Quantas porções de produtos hortícolas consome por dia? (1 porção: 200gr; considere acompanhamentos como metade de uma porção).	≥ 2 porções por dia (ou ≥ 1 porção crua ou em salada)	
Quantas peças de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consome por dia?	≥ 3 por dia	
Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção: 100-150 g)	< 1 porção por dia	
Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção: 12 g).	< 1 porção por dia	
Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe por dia?	<1 por dia	
Quantos copos de vinho bebe por semana?	≥ 7 copos por semana	
Quantas porções de leguminosas consome por semana? (1 porção: 150 g).	≥ 3 por semana	
Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? (1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco).	≥ 3 por semana	
Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	<3 vezes por semana	
Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) consome por semana? (1 porção 30 g).	≥ 3 por semana	
Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	Sim	
Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confecionados com um refogado (molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite)?	≥ 2 vezes por semana	
BOA ADESÃO À DIETA MEDITERRÂNICA → PONTUAÇÃO FINAL ≥ 10	TOTAL	

Sono (Escala de sonolência de Epworth, adaptada por Santos CR (2001))	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	N/A	24-Score
<b>Nas últimas duas semanas:</b>						
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? \_\_\_\_\_.

3.2. Se não consultou o médico dentista nos últimos 12 meses, quando foi a última vez que o consultou?

\_\_\_\_\_ meses.

4. Qual o principal motivo para não consultar o médico dentista?

- As consultas são muito caras;
- Tenho medo;
- Não sinto necessidade de ir a uma consulta médico-dentária;
- Não consigo deslocar-me para uma consulta ao médico dentista;
- Costumo consultar regularmente o médico dentista.

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

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

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

8. Sente alguma alteração no paladar?  Não  Sim

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

9.1. 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-se melhor desde que colocou a sua atual prótese dentária?  Não  Sim  Não sei.

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

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

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

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

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

8.1. Se higieniza a prótese todos os dias, quantas vezes/dia higieniza a sua prótese? \_\_\_\_\_ vezes.

9. Qual o método que utiliza para higienizar a prótese?

---

10. Há quanto tempo utiliza uma prótese dentária? \_\_\_\_\_ anos.

11. Há quanto tempo tem a actual prótese dentária? \_\_\_\_\_ anos.

## 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

Mini Mental State Examination (Folstein et al. 1975 adaptado por Guerreiro et al. 1998)		Parcial	Total
<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

Superfície	Superior Direito								Superior Esquerdo							
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
M																
O																
D																
V																
L																
O																

Superfície	Inferior Direito								Inferior Esquerdo							
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
M																
O																
D																
V																
L																
O																

Registo de Índice de Placa de Silness e Loe: \_\_\_\_\_ % faces com registo de presença de placa bacteriana.  
 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

6. Presença de lesões orais provocadas ou não por prótese (descrição)?

---

---

---

---

**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"/> Inflamação 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 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"/> Mau hálito severo (halitose)	
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 facial</b> , 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***

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

Observações:

---

---

---

---

---

---

---

---