



CATOLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

Caracterização da saúde oral e qualidade de vida em idosos institucionalizados de Viseu

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

Por:

Sandra Martins Balula

Viseu, 2022



CATOLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

ISEU

Caracterização da saúde oral e qualidade de vida em idosos institucionalizados de Viseu

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

Por:

Sandra Martins Balula

Orientador: Professor Doutor Nélcio Veiga

Coorientadores: Professora Doutora Patrícia Couto

Mestre Ana Margarida Silva

Viseu, 2022

“Nothing great in the world was accomplished without passion.”

Georg Wilhelm Friedrich Hegel

Dedicatória

Aos meus pais,

Pelo exemplo, por todo o amor e apoio constante e por nunca me deixarem
desistir nos momentos mais desafiantes.

Ao meu namorado,

Por sempre acreditar em mim e por todo o incentivo ao longo desta caminhada.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Nélío Veiga, por todo o apoio e disponibilidade. Por desconstruir todos os obstáculos que surgiram ao longo da elaboração deste projeto e paciência infindável.

À minha coorientadora, Professora Doutora Patrícia Couto, por toda a ajuda e rigor dedicados a este projeto, e, acima de tudo pelo apoio incessável desde o início ao fim.

À minha coorientadora, Mestre Ana Margarida Silva, pelo encorajamento e ajuda dedicada a este projeto, por ser uma pessoa muito positiva e acreditar na minha capacidade de trabalho.

Ao corpo docente da instituição, por todo o conhecimento incutido ao longo destes 5 anos. Também agradecer ao corpo não docente, pela boa disposição e ajuda nos contratempos da clínica.

Aos meus pais, por serem as melhores pessoas que conheço, por todo o esforço que dedicaram para que esta conquista se concretizasse e pelo carinho infinito.

Ao Igor, por celebrar comigo as minhas vitórias como se fossem suas e acima de tudo por amparar-me nas derrotas. Por sempre acreditar nas minhas capacidades e pelo amor partilhado ao longos destes anos.

À Sandra, por ser um grande pilar nesta caminhada, pela força e carinho prestados.

Aos amigos que este curso me ofereceu, por todas as gargalhadas partilhadas. Um agradecimento especial ao Camilo, o meu amigo de todas as horas, por ser um bom ouvinte e ajudar nos momentos mais desafiadores.

Por fim, à Inês, a minha binómia, por ser uma amiga incrível e incansável, que esteve sempre do meu lado durante todo este percurso académico.

Resumo

Introdução: Portugal tem uma população cada vez mais idosa, devido ao aumento da esperança média de vida, o que se considera ser um grande progresso para o homem. No entanto, é também um desafio para a saúde pública. Os cuidados com a saúde oral são fundamentais para o bem-estar geral do indivíduo.

Objetivos: Avaliar e caracterizar a saúde oral e o seu impacto na qualidade de vida do idoso reabilitado e não reabilitado numa amostra de idosos institucionalizados em Viseu.

Materiais e métodos: Estudo observacional transversal composto por uma amostra de residentes em lares do Distrito de Viseu. Para a obtenção de dados foi utilizado um questionário, o índice de GOHAI e o índice OHIP-14.

Resultados: A amostra é constituída por 529 idosos institucionalizados com idade igual ou superior a 65 anos. Quanto ao género, 69.4% (n=367) são mulheres e 30.6% (n=162) homens. De acordo, com o índice GOHAI a maioria dos participantes (41.5%) possui uma autoperceção “Moderada” da saúde oral. Relativamente ao índice OHIP-14 verifica-se que o impacto da saúde oral na qualidade de vida é baixo, uma vez que, a média do OHIP-14 global foi de 15. A “Dor física” foi a dimensão mais afetada (2.70), observou-se ainda que a dimensão com menor impacto foi a “Limitação social” (1.52).

Conclusão: A qualidade de vida relacionada à saúde oral do presente estudo, de um modo geral é razoável. No entanto, existem participantes cujo, impacto da saúde oral na qualidade de vida é significativo. Desta forma, é importante desenvolver o conhecimento acerca da saúde oral no idoso para promover a formação nesta área e, também, o nível de saúde oral do paciente geriátrico.

Palavras-chave: “Saúde oral”; “Qualidade de vida”; “Paciente geriátrico”; “GOHAI”; “OHIP-14”; “Idoso institucionalizado”.

Abstract

Introduction: The growth in the Portuguese elderly population, due to an increasing life expectancy, has become conspicuous. Which is a great progress for mankind. However, it is also a public health challenge. Oral health care is fundamental to the general well-being of the individual.

Material and methods: Cross-sectional observational study composed of a sample of elderly residents in homes in the District of Viseu. A questionnaire, the GOHAI index and the OHIP-14 index were used to obtain data.

Results: The sample consisted of 529 institutionalized elderly, aged 65 years or older. Regarding gender, 69.4% (n=367) were women and 30.6% (n=162) men. According to the GOHAI index, most participants (41.5%) have a "Moderate" self-perception of oral health. Regarding the OHIP-14 index the results show that the impact of oral health on the quality of life is low, because the average of the overall OHIP-14 was 15. The "Physical pain" was the most affected dimension (2.70) it was also observed that the dimension with the lowest impact was the "Social Limitation" (1.52).

Conclusion: The oral health-related quality of life of the present study is generally reasonable. However, there are participants whose impact of oral health on quality of life is significant. In this way, it is important to develop knowledge about oral health in the elderly in order to promote training in this area and improve the level of oral health of the geriatric patient.

Key-words: "Oral health"; "Quality of life"; "Geriatric patients"; "GOHAI"; "OHIP-14"; "Institutionalized elderly"

Índice

1. Introdução	3
1.1 Saúde oral e qualidade de vida no idoso	5
1.2 Reabilitação oral no idoso	7
1.3 O idoso institucionalizado.....	8
1.4 Higiene oral e protética no idoso institucionalizado	9
1.4.1 Higienização da cavidade oral	9
1.4.2 Higienização da prótese dentária	10
1.5 Patologias orais mais comuns no idoso.....	11
1.5.1 Doença Periodontal	12
1.5.2 Cárie dentária	12
1.5.3 Edentulismo	13
1.5.4 Xerostomia	14
1.5.5 Cancro oral e lesões potencialmente malignas	15
1.5.6 Lesões da mucosa oral associadas à reabilitação oral.....	16
1.6 Objetivos.....	17
2. Materiais e métodos	21
2.1 Desenho do estudo	21
2.2 Caracterização da amostra	21
2.3 Instrumentos de recolha de dados	22
2.3.1 Questionário.....	22
2.3.2 “Geriatric Oral Health Assessment Index” – GOHAI	22
2.3.3 “Oral Health Impact Profile 14” – OHIP-14.....	23
2.4 Análise estatística.....	23
2.5 Princípios éticos	23

3. Resultados	27
3.1 Dados sociodemográficos da amostra	27
3.2 Caracterização da saúde oral da amostra	28
3.3 Análise descritiva do Índice GOHAI	35
3.4 Análise descritiva do Índice OHIP-14	38
3.5 Análise inferencial	40
3.5.1. Índice de GOHAI Total	40
4. Discussão	47
4.1.1 Dados sociodemográficos	47
4.1.2 Caracterização da saúde oral	48
4.1.3 Análise descritiva do Índice de GOHAI	52
4.1.4 Análise descritiva do Índice OHIP-14	53
4.2 Estatística inferencial	53
4.2.1 Índice de GOHAI	53
4.3 <i>Guidelines</i>	54
4.3.1 Orientações gerais:	54
4.3.2 Orientações acerca da higiene oral e protética:	55
4.4 Limitações	57
5. Conclusão	61
6. Bibliografia	65
7. Anexos	79

Índice de figuras

Figura 1 - Distribuição da amostra consoante o género.	27
Figura 2 - Distribuição da amostra consoante a idade.	28
Figura 3 - Distribuição da amostra consoante a escovagem diária.	28
Figura 4 - Distribuição da amostra de acordo com a frequência de escovagem.	29

Índice de tabelas

Tabela 1- Distribuição da amostra de acordo o uso de fio dentário.	29
Tabela 2- Distribuição da amostra de acordo com a ida ao médico dentista nos últimos 12 meses.	30
Tabela 3- Distribuição da amostra de acordo com o motivo de não visitar o médico dentista.	30
Tabela 4- Distribuição da amostra consoante a utilização de prótese dentária.	31
Tabela 5- Distribuição da amostra de acordo com a frequência de utilização das próteses.	31
Tabela 6- Distribuição da amostra de acordo com o facto de se sentir melhor quando coloca a prótese.	32
Tabela 7- Distribuição da amostra de acordo com o facto de sentir desconforto quando coloca a prótese.	32
Tabela 8- Distribuição da amostra de acordo com a satisfação com a prótese.	32
Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo com a higienização da prótese.	33
Tabela 10- Distribuição da amostra de acordo com a frequência de higienização da prótese.	33
Tabela 11- Distribuição da amostra de acordo com a utilização de algum produto de higiene para a prótese.	33
Tabela 12- Distribuição da amostra de acordo com o facto de ter recebido instruções sobre a higienização da prótese por um profissional de saúde	34
Tabela 13- Distribuição da amostra de acordo com a realização do descanso noturno da prótese.	34
Tabela 14 - Distribuição da amostra de acordo com dor dentária, dificuldade em mastigar e deglutir.	35
Tabela 15 - Distribuição da amostra de acordo com o índice GOHAI total.	36
Tabela 16- Distribuição da amostra de acordo com o índice GOHAI individual	37
Tabela 17- Média do OHIP-14 final e das suas 7 dimensões.	38
Tabela 18 - Quantificação das respostas ao OHIP-14.	39

Tabela 19 -Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI Final e Dor.....	41
Tabela 20 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI Final e Mastigar..	42
Tabela 21 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI Final e Deglutir	43

Abreviaturas

OMS	Organização Mundial de Saúde
QdVRSO	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral
HPV	Vírus do Papiloma Humano
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Index
OHIP	Oral Health Impact Profile
ppm	Partes por milhão

1. INTRODUÇÃO

1. Introdução

Atualmente, nos países desenvolvidos o idoso é definido como sendo um indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos. (1)

Nas últimas décadas o crescimento da população idosa tem sido evidente tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. Este fenómeno é provocado pelo aumento da esperança média de vida que é alcançada através da implementação de medidas de saúde pública e pela evolução nos cuidados de saúde. (1,2)

Nos países desenvolvidos a população idosa é proporcionalmente maior quando comparada com países em desenvolvimento. (3)

Em Portugal, o número de idosos em 2020 representava 22.4% do total da população residente. Verificou-se, assim, um aumento de 3.8 pontos percentuais de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos relativamente ao ano 2019. Estas alterações devem-se, particularmente, à diminuição da taxa de natalidade e ao aumento da longevidade, o que indica a continuação do envelhecimento demográfico. (4)

Apesar de ter sido um grande progresso na humanidade, o aumento da esperança média de vida é um desafio para a saúde pública, que requer uma maior atenção com a qualidade de vida relacionada à saúde. (5,6)

A saúde oral possui uma grande influência na qualidade de vida, porque uma vez comprometida pode levar a problemas a nível mastigatório, fonético, estético, físico e social, afetando assim bem-estar geral. Os cuidados com a saúde oral são imprescindíveis para o equilíbrio e harmonia do organismo. (6–9)

A senescência é um processo biológico gradual influenciado por fatores ambientais e genéticos. (10) Marcado por várias alterações fisiológicas e limitações a nível cognitivo e motor, que pode traduzir-se em dificuldades na realização dos cuidados de higiene oral e na deslocação ao consultório médico-

dentário, justificando, assim, a maior prevalência das patologias orais na população idosa. (6,11–13)

Verifica-se nesta faixa etária maior vulnerabilidade e suscetibilidade para doenças sistêmicas. Alguns autores acreditam que o risco de doença cardiovascular pode ser agravado em indivíduos com doença periodontal e cárie dentária ativa, concordam, ainda que possa haver ligação entre a doença periodontal e a diabetes. Existe, assim, uma relação direta entre as doenças sistêmicas e a cavidade oral. (1,6,14) Nesta inter-relação entre a saúde geral e a saúde oral, é fundamental a comunicação entre o médico assistente e o médico dentista, para uma decisão adequada do plano de tratamento. A recomendação de visitas regulares ao consultório médico-dentário deve ser também feita pelo médico assistente. (7,14)

Como mencionado anteriormente, as patologias orais são mais frequentes no idoso, fazem parte desse leque as lesões da mucosa oral, xerostomia, cancro oral, cárie dentária e a doença periodontal. As duas últimas são a principal causa do edentulismo que constitui um dos problemas mais comuns no paciente geriátrico. (11,15) Desta forma, é necessário reabilitar proteticamente a cavidade oral para restabelecer as funções dos tecidos orais perdidos, de modo a alcançar uma condição favorável. (7)

Existe uma variedade de opções reabilitadoras e a mais frequente é a reabilitação com próteses dentárias totais removíveis parciais ou totais com o objetivo de melhorar a função mastigatória e fonética, restabelecer a oclusão e proporcionar uma boa aparência. Normalmente, a maioria destes pacientes reabilitados sente-se satisfeito, uma vez que este tipo de próteses apresenta uma estética favorável, menor custo e favorece a higienização. (16) Por outro lado, nem todos os pacientes edêntulos se sentem confortáveis com as próteses dentárias removíveis. As principais queixas são dor, falta de retenção e dificuldades na fala e mastigação. A etiologia destes problemas é complexa, estudos indicam que estão relacionados a diversos fatores como a qualidade da prótese e a condição física da cavidade oral relativamente ao tamanho e forma da língua, tônus muscular, espessura e resiliência dos tecidos moles, composição da saliva, entre outros. (17) O êxito da reabilitação oral depende

muito da aptidão do paciente para ultrapassar as limitações da prótese durante o período de adaptação. (18) Outros fatores determinantes do sucesso são a higiene, a adaptação e o tempo de uso da prótese que quando inadequados podem levar ao surgimento de lesões. (1)

Em suma, a prevenção de patologias orais e a promoção do envelhecimento saudável passa por uma boa higiene oral e protética e consultas regulares ao médico dentista. (1) No entanto, é também necessário que haja conhecimento por parte do médico dentista acerca das alterações e particularidades biológicas, funcionais, sociais e psicológicas do idoso, bem como das suas limitações. (7,19)

1.1 Saúde oral e qualidade de vida no idoso

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde oral é definida pela inexistência de dor facial e oral, ausência de doença oncológica oral e da garganta, de lesões orais, de defeitos congênitos orais como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda dentária e de outras patologias que possam acometer a cavidade oral. É essencial para o bem-estar físico e mental do indivíduo, já que influencia diretamente a qualidade de vida. (20) Por sua vez, qualidade de vida é definida pela OMS como sendo a autopercepção de cada indivíduo relativamente à sua posição na vida, a respeito do seu contexto cultural e do sistema de valores onde habita, em relação aos seus objetivos, padrões e preocupações. A qualidade de vida pode ser afetada por diversas causas, inclusivamente pela saúde oral. (10)

A ausência de saúde oral leva a consequências como a dificuldade de desempenhar as atividades normais do dia-a-dia, nomeadamente falar, mastigar e alimentar-se de forma adequada sem provocar dor. Acarreta ainda complicações psicossociais e diminuição da autoestima. Quando a mastigação e deglutição são afetadas podem surgir défices nutricionais e energéticos. Além disso, o acometimento da função mastigatória está relacionado com diversas complicações como a perda dentária, má oclusão, diminuição da secreção das glândulas salivares e das forças mastigatórias. (13)

A incidência de problemas associados à saúde oral tende a aumentar com a idade, interferindo não só no quotidiano como também na qualidade de vida e bem-estar geral. O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde oral (QdVRSO) avalia o bem-estar do indivíduo quanto a aspetos funcionais, psicológicos e sociais condicionados pelo estado de saúde oral. (10,21)

Outrora, na década de 90, a saúde oral era determinada apenas em função de parâmetros clínicos, não sendo possível caracterizar o seu verdadeiro impacto na qualidade de vida dos indivíduos. (22) Surgiu, assim, a necessidade de criar novos métodos que permitissem identificar o impacto psicossocial das complicações orais, uma vez que, os aspetos clínicos oferecem pouca informação. No sentido de avaliar a QdVRSO os métodos mais abrangentes são o *Oral Health Impact Profile 14* (OHIP 14) e o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI). Inicialmente foi descrito por Slade e Spencer o OHIP 49, mas por se tratar de um questionário extenso e demorado, Slade desenvolveu mais tarde uma versão simplificada denominada OHIP 14, de modo a facilitar a sua aplicação. Este método é constituído por catorze itens e foca-se nos impactos psicossociais dos indivíduos, ou seja, mede a perceção do indivíduo sobre o impacto que os problemas orais podem ter a nível social e no bem-estar. Este instrumento tem como objetivo avaliar sete dimensões distintas: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem no período de um ano. (5,23,24) Em 1990, foi desenvolvido o GOHAI que consiste numa escala com doze questões, que permite a obtenção de informações relativas à mastigação, deglutição, fonética, preocupação e insatisfação com a aparência e saúde oral, dor e desconforto nos últimos três meses. (5,25) A informação recolhida através destes instrumentos permite melhorar as políticas de saúde, sendo útil para o desenvolvimento de ações sociais de prevenção, diagnóstico e intervenção. Estes métodos contribuem, também, para a orientação dos profissionais de saúde, bem como para a criação de políticas de saúde pública. (25)

1.2 Reabilitação oral no idoso

O edentulismo representa na população idosa um dos problemas mais predominantes que compromete funções como a mastigação e fonação, bem como a aparência e autoestima do indivíduo. De modo, a restabelecer as funções perdidas surge a reabilitação oral com o propósito de melhorar a saúde. (26,27)

As próteses removíveis, próteses fixas e implantes são possíveis opções de tratamento reabilitador. Entre os idosos as próteses dentárias removíveis parciais ou totais são a alternativa mais frequente devido ao facto de apresentarem uma estética aceitável, serem fáceis de higienizar e o custo ser relativamente baixo em comparação com as outras opções reabilitadoras. (27–30)

As próteses removíveis permitem restabelecer a função oral, melhorar a fonação, a estética e a autoestima. (31) No entanto, é importante referir que este tipo de tratamento reabilitador apresenta algumas limitações. As queixas mais comuns estão relacionadas com a retenção, estabilidade, dor ou desconforto e dificuldades em comer determinados alimentos nomeadamente de consistência dura e pegajosa. Tratam-se de problemas que podem levar ao isolamento social para evitar constrangimentos. (14,17,28)

Após a colocação da prótese dentária o médico dentista deve instruir o paciente sobre a higiene e utilização das próteses dentárias, bem como recomendar controlos periódicos. (27) De maneira a que o paciente realize os cuidados necessários de forma a contribuir para a saúde dos tecidos e sucesso do tratamento. Caso contrário, existe um risco elevado para o desenvolvimento de complicações. (32) O êxito do tratamento depende também da capacidade que o paciente tem em superar as limitações das próteses dentárias durante o processo de adaptação. (18) Segundo Bellini *et al.*, o grau de satisfação e adaptação do uso de prótese dentária é também influenciado pela relação entre o médico dentista e o paciente. (33)

1.3 O idoso institucionalizado

Os idosos que residem em instituições apresentam maior índice de patologias orais comparativamente com aqueles que não se encontram institucionalizados. Isto acontece devido a dificuldades económicas, mobilidade reduzida do idoso, pouca colaboração nos procedimentos dentários e ainda pelo défice de conhecimento acerca da saúde oral por parte dos seus cuidadores. (34)

O cuidador desempenha um papel muito importante na saúde oral do idoso, uma vez que, na maioria dos casos, a sua capacidade de autocuidado reduz progressivamente com a idade. No entanto, nem sempre os idosos recebem os cuidados de saúde oral que necessitam, muitas vezes por falta de tempo dos cuidadores ou pouca destreza por parte destes em realizar uma escovagem adequada no idoso, a que se pode juntar a pouca colaboração do idoso ou ainda o facto dos cuidadores não identificarem a necessidade de cuidados. (26)

O idoso institucionalizado, na grande maioria dos casos, recorre apenas ao médico dentista em situações de emergência, em consequência da falta de informação relativamente à saúde oral por parte dos seus cuidadores. (34)

No paciente geriátrico a saúde oral é subvalorizada em comparação com a saúde geral, pelo que os cuidados associados à cavidade oral são com frequência negligenciados. Desta forma, os idosos institucionalizados encontram-se com maior predisposição para desenvolver complicações, e, por conseguinte, a qualidade de vida é afetada. (35)

Como já referido anteriormente, a saúde oral está relacionada com a saúde geral, deste modo, a implementação de medidas e programas de saúde oral deve fazer parte dos programas nacionais e comunitários de saúde. Além dos médicos dentistas é importante que os restantes profissionais de saúde, bem como os cuidadores, estejam envolvidos nos programas de educação e promoção de saúde oral do idoso, para prevenir complicações, proporcionar o bem-estar da saúde geral e oral, assegurando assim a qualidade de vida. (26)

1.4 Higiene oral e protética no idoso institucionalizado

A higienização da cavidade oral, bem como das próteses dentárias é fundamental para o controlo da placa bacteriana e prevenção de doenças orais e sistémicas. (36)

A placa bacteriana, também designada de biofilme oral corresponde a uma película transparente constituída por milhares de bactérias que adere à superfície dos dentes e das próteses dentárias. O seu acúmulo potencia o desenvolvimento de complicações, tais como a cárie dentária, doença periodontal e candidíase, entre outras. (36,37)

A remoção do biofilme oral através da escovagem requer capacidades motoras e cognitivas que, muitas vezes, se encontram limitadas no idoso, que dependem assim, dos seus cuidadores na realização dos cuidados de higiene oral. Deste modo, é fundamental que os auxiliares estejam informados de como realizar a higiene oral e protética do idoso bem como a utilização adequada da prótese dentária, de maneira a promover a manutenção da saúde oral do idoso institucionalizado. (36–38)

É essencial a implementação de protocolos e orientações sobre a higiene oral com o intuito de promover o conhecimento dos cuidadores acerca dos cuidados a ter com a saúde oral do idoso institucionalizado. (26) Nos protocolos devem estar incluídos exames orais periódicos realizados por profissionais de saúde. Além disso, o planeamento de cuidados de saúde oral deve ser individualizado para cada paciente e deve ir ao encontro das suas necessidades. (39)

1.4.1 Higienização da cavidade oral

No caso dos idosos institucionalizados com capacidade para realizar a sua rotina de higiene oral de forma autónoma, os cuidadores devem apenas supervisionar e encorajá-los para o cumprimento das recomendações. (39)

Para realizar a higiene oral do idoso dependente o cuidador deve retirar as próteses dentárias antes da escovagem, se for o caso. A escova dentária além de intransmissível deve ser de cerdas macias e substituída a cada três meses aproximadamente. A escovagem dos dentes deve ser realizada durante dois a três minutos com um dentífrico fluoretado (1000-1500ppm), pelo menos duas vezes por dia, principalmente à noite antes de dormir. Todas as superfícies dentárias devem ser escovadas sem exercer demasiada pressão. A mucosa e a língua devem ser igualmente higienizadas. (39) Após escovagem é contraindicado bochechar com água, sendo apenas recomendado cuspir o excesso de pasta dentífrica. É também imprescindível o uso de fio dentário ou escovilhão para a remoção de restos alimentares que ficam retidos nas zonas interproximais dos dentes. (40)

1.4.2 Higienização da prótese dentária

A manutenção da saúde oral é promovida pela higienização e desinfecção das próteses dentárias, à semelhança do que acontece nos dentes naturais uma boa higiene dificulta a formação de biofilme nas superfícies da prótese dentária. (41)

Relativamente à higienização das próteses dentárias, existem diferentes mecanismos para a remoção da placa bacteriana: o método mecânico, químico ou a combinação de ambos. O método mecânico consiste na escovagem e ultrassons que são apenas utilizados por profissionais de saúde. A técnica mais utilizada é a escovagem, uma vez que é fácil, eficaz e de menor custo. (42,43)

Após cada refeição, o idoso deve remover as próteses dentárias, colocá-las sob água corrente e realizar um bochecho com água, o palato e mucosa necessitam também de ser higienizados pelo menos uma vez por dia com o auxílio de uma escova de cerdas macias.

A escovagem da prótese realiza-se sob água corrente, utilizando uma escova convencional ou uma escova específica para próteses dentárias. (40) Neste processo é desaconselhado o uso de pasta dentífrica devido à sua

abrasão, dado que, torna a superfície da prótese rugosa o que por consequência potencia a adesão de placa bacteriana, pigmentação e perda de brilho. Uma boa alternativa à pasta dentrifica é a utilização de sabão neutro, visto que não é abrasivo e apresenta efetividade contra os micorganismos. (27,44)

Afim de evitar complicações orais é fundamental realizar o descanso noturno da prótese dentária. É também importante ter em conta que no idoso totalmente edêntulo além da higienização das próteses dentárias é importante higienizar a cavidade oral. (45)

Por sua vez, o método químico consiste na imersão de soluções químicas como são exemplo o hipoclorito de sódio e o peróxido alcalino para o controlo da placa bacteriana. (46)

Segundo *Paranhos et al.*, o método mecânico é mais eficaz quando comparado com o método químico. Porém a combinação de ambos revelou melhores resultados no controlo da placa bacteriana. (47)

1.5 Patologias orais mais comuns no idoso

Com aumento da esperança média de vida, o surgimento de doenças crónicas e de problemas que influenciam a saúde oral e geral do idoso cresceu. (48)

Na saúde oral, os problemas com maior prevalência no idoso são a doença periodontal e a cárie dentária, sendo os principais responsáveis da perda dentária. As lesões na mucosa oral e alterações nas glândulas salivares são também frequentes nesta faixa etária. (1,11)

Estas complicações afetam negativamente as funções do sistema estomatognático como a mastigação e fonação, tendo também um impacto negativo na estética e bem-estar. Uma boa higiene oral e visitas regulares ao médico dentista diminuem o risco de desenvolver este tipo de problemas associados à saúde oral. (11,14)

1.5.1 Doença Periodontal

É uma doença infecciosa crónica de origem inflamatória, tendo como principal fator etiológico a placa bacteriana. Esta patologia acomete o periodonto, caracteriza-se pela perda de *attachment* e destruição do osso alveolar e em casos mais graves pode provocar perda dentária. (49,50)

O periodonto compreende os tecidos de suporte dos dentes e é constituído pela gengiva, ligamento periodontal, cemento e osso alveolar. (51)

A doença periodontal foi reconhecida pela OMS como uma das três principais doenças dentárias. É, também, considerada uma das principais causas do edentulismo que prejudica a estética e a autoestima do indivíduo. (52)

A progressão da doença periodontal origina a perda de suporte do dente e consequentemente o aumento da sua mobilidade, assim como o surgimento de recessões gengivais. A perda de suporte é mais frequente na população idosa devido ao efeito cumulativo da doença periodontal. (53)

É expectável que com a idade ocorra alguma perda de inserção óssea. No entanto, o envelhecimento não está na origem de uma redução significativa a nível do tecido ósseo que leve à perda dentária, isto significa que a doença periodontal não é resultado do envelhecimento. Contudo, a progressão da doença periodontal pode ser favorecida quando a idade avançada se alia a fatores extrínsecos como hábitos tabágicos e alcoólicos, higiene oral deficiente, má nutrição e doenças sistémicas como a diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares e infeções. (51,52)

1.5.2 Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença infecciosa de etiologia multifatorial, resulta de uma disbiose entre os minerais que constituem o dente e a microbiota do biofilme oral. Esta doença caracteriza-se pela destruição dos tecidos duros dos

dentes e constitui um dos grandes problemas da saúde oral, uma vez que, afeta a grande parte da população. (54,55)

Comparativamente com os mais jovens, o risco de desenvolvimento de cárie dentária é maior no idoso devido às suas características associadas à idade. (55)

As alterações nas glândulas salivares, a má nutrição e a exposição da superfície radicular pela recessão gengival são complicações que aumentam o risco de cárie dentária. (13)

Durante a escovagem dentária é essencial o uso de pasta dentífrica fluoretada, uma vez que o flúor desempenha um papel crucial no equilíbrio de remineralização do esmalte. Portanto, é possível depreender que a fase inicial, progressão e regressão da cárie dentária dependem da homeostasia entre a desmineralização e remineralização da superfície dentária. (55)

1.5.3 Edentulismo

O edentulismo é definido como a ausência completa de dentes, é considerado pela OMS uma deficiência. (56)

Apesar das medidas preventivas implementadas o edentulismo continua a ser um grande problema de saúde pública a nível mundial, principalmente entre os idosos. (13)

Baixo nível socioeconómico, hábitos tabágicos, falta de informação acerca da saúde oral, assiduidade reduzida ao médico dentista e institucionalização são fatores que promovem o edentulismo. (1,2)

A perda dentária é consequência da ausência de tratamento de patologias como a cárie dentária e a doença periodontal. (15)

A ausência de dentes é um estado de debilitação irreversível que afeta a saúde geral e está na origem de diversos efeitos negativos nos domínios psicológico, funcional e social. (1,57) Nomeadamente a degradação dos tecidos oro-

faciais, problemas estéticos, impacto na fala e dificuldade na mastigação provocando problemas nutricionais. (56)

1.5.4 Xerostomia

A xerostomia é a sensação de boca seca causada por alterações na quantidade e qualidade da saliva e surge como consequência de determinadas terapêuticas farmacológicas, radioterapia da cabeça e pescoço e de doenças sistêmicas como a síndrome de Sjögren, diabetes *mellitus* e HIV. Pode também surgir em indivíduos com depressão, stress e ansiedade. (58)

O tabaco é um hábito nocivo que representa um grande fator de risco para o desenvolvimento de xerostomia. (1)

A saliva é um componente fundamental para a homeostasia da cavidade oral. Lubrifica e protege os tecidos orais, possui a capacidade de limpeza mecânica e um efeito tampão que evita a desmineralização do esmalte. (59)

A redução do fluxo salivar é designada de hipossalivação ou hipoptialismo, afeta negativamente a qualidade de vida, como também a saúde oral. Os seus principais sintomas são sensação de boca seca, constante necessidade de beber água, mucosa oral irritada ou dolorosa, difícil retenção da prótese dentária, sensação de queimadura na língua, disgeusia, dificuldades na mastigação, na deglutição e na fala. Relativamente aos sinais é comum observar secura e perda de brilho da mucosa, queilite angular, fissuras localizadas no dorso da língua, saliva mais viscosa e propensão para o desenvolvimento de infeções principalmente por *Candida spp.*. (60) Além disso, a hipossalivação favorece a adesão da placa bacteriana, e consequentemente, aumenta a predisposição para a cárie dentária e doença periodontal. Esta condição prejudica a saúde oral e geral do idoso, bem como, a sua qualidade de vida e bem-estar. (49,58)

A xerostomia é uma condição comum na população idosa, dado que, a maioria está medicada com pelo menos um fármaco que provoca hipossalivação. Antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, atropínicos, beta bloqueadores e

anti-histamínicos são exemplos de medicamentos que predisõem a diminuição do fluxo salivar. (26)

1.5.5 Cancro oral e lesões potencialmente malignas

O cancro oral e orofaríngeo é o sexto cancro mais comum a nível mundial, é mais comum surgir nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos. Constitui um grave problema que ameaça a saúde com o aumento da sua taxa de incidência e mortalidade. A sua prevalência aumenta com a idade, sendo particularmente preocupante em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. (15,61)

O carcinoma de células escamosas corresponde a 90% dos cancros localizados na região oral e maxilofacial, sendo, portanto, o mais comum. (62)

As localizações mais frequentes do cancro oral são em zonas não queratinizadas nomeadamente a superfície póstero-lateral da língua, pavimento da boca, palato-mole e orofaringe. (62)

O vírus do papiloma humano (HPV), o tabaco e o consumo de álcool são os principais fatores de risco do cancro oral e orofaríngeo. Por outro lado, a ingestão de frutas e vegetais tem um efeito de proteção devido à sua composição rica em carotenoides e vitamina C. (1,36,37)

O cancro oral é um processo que integra alterações genéticas, epigenéticas e metabólicas, podendo desenvolver-se a partir de lesões pré-malignas. Quando detetado em estágios iniciais, principalmente no momento de lesão pré-maligna a taxa de sobrevivência aumenta de forma significativa e a de mortalidade e morbilidade decresce. (62)

A leucoplasia e a eritroplasia são as lesões orais com maior potencial para malignização mais frequentes da cavidade oral. O diagnóstico destas condições passa pela exclusão de outras lesões conhecidas de coloração branca ou vermelha. (63)

De acordo com a OMS, a leucoplasia é uma lesão predominantemente branca não destacável na mucosa oral que não pode ser caracterizada com nenhuma outra lesão conhecida e possui uma grande probabilidade para se transformar em cancro oral. É a lesão pré-maligna que surge com mais frequência na cavidade oral. (64)

O assoalho da boca, a zona lateral da língua e o lábio inferior são locais com maior potencial de malignização. (62)

A eritroplasia é conhecida como a lesão da mucosa oral com maior potencial de malignização. É definida pela OMS como uma mancha vermelha na mucosa oral que não é possível ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença definível. (65)

O tratamento do cancro oral passa habitualmente por cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia. (15)

1.5.6 Lesões da mucosa oral associadas à reabilitação oral

A perda dentária é um dos problemas mais frequentes no paciente geriátrico. Surge, assim, a necessidade de reabilitar proteticamente a cavidade oral para restabelecer as funções dos tecidos orais perdidos, de modo, a alcançar uma condição favorável. (7)

Os pacientes portadores de próteses removíveis estão sujeitos a que o biofilme oral se altere de forma qualitativa e quantitativa e, deste modo, os pacientes tornam-se mais suscetíveis ao desenvolvimento de processos inflamatórios na mucosa oral, cárie dentária e problemas periodontais. É fundamental a higienização das próteses dentárias e higiene oral para a prevenção de patologias e manutenção da saúde oral. (66,67)

A estomatite protética consiste numa lesão localizada na mucosa oral, é a condição oral mais comum em pacientes portadores de prótese dentária removível parcial ou total e a mais relatada em pacientes idosos. (1,26) Esta lesão pode provocar uma ligeira sensação de queimadura, contudo, normalmente

não apresenta sintomatologia. Está frequentemente associada à colonização por *candida albicans*, mas existem outros fatores etiológicos como reações alérgicas ao material da prótese dentária, manifestações de doenças sistêmicas, próteses desajustadas e o seu tempo de uso, a oclusão e a dimensão vertical e, também, o consumo de álcool e tabaco. (1,68,69)

Além da estomatite protética, existem outras lesões relacionadas com a utilização de prótese como são exemplo: queilite angular, hiperplasias e úlceras traumáticas. (70)

Mais uma vez, é de salientar a importância da higiene oral e protética para que os tecidos orais se mantenham saudáveis e para a prevenção do desenvolvimento das patologias mencionadas. (67)

1.6 Objetivos

O presente estudo tem como foco principal avaliar e caracterizar a saúde oral, a qualidade de vida e a reabilitação oral de uma amostra de idosos institucionalizados em Viseu.

Esta investigação tem como objetivos específicos:

- Caracterizar a saúde oral e comportamentos de higiene oral, bem como o seu impacto na qualidade de vida do idoso reabilitado e não reabilitado numa amostra de idosos institucionalizados em Viseu;
- Determinar a prevalência da reabilitação oral de idosos institucionalizados em Viseu;
- Desenvolver *guidelines* para os cuidadores de forma a garantir um melhor acompanhamento da saúde oral do idoso institucionalizado;
- Avaliar a qualidade de vida com recurso ao Oral Health Impact Profile 14 (OHIP-14) e o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI).

2.MATERIAIS E MÉTODOS

2. Materiais e métodos

2.1 Desenho do estudo

Estudo observacional transversal com uma recolha de dados em lares de idosos do distrito de Viseu com o objetivo de avaliar e caracterizar a saúde oral e o seu impacto na qualidade de vida do idoso reabilitado e não reabilitado.

2.2 Caracterização da amostra

O estudo foi realizado tendo como base uma amostra de conveniência constituída por 529 pacientes residentes em lares de idosos do distrito de Viseu. Esta base de dados foi constituída em setembro do ano 2017 até fevereiro de 2020 nas unidades curriculares de Gerodontologia I e II do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, prévia à constituição da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa. A recolha de dados foi executada no âmbito do projeto “Sorrisos Maiores” da Faculdade de Medicina Dentária que consistia na realização de ações de promoção para a saúde oral junto dos idosos institucionalizados e seus respetivos cuidadores.

Foram previamente definidos critérios de inclusão e exclusão com o propósito de uniformizar os requisitos necessários à participação neste estudo. Desta forma, foi definido como critério de inclusão os idosos institucionalizados com idade igual ou superior a 65 anos e como critérios de exclusão os idosos não colaborantes e idosos ou seus representantes legais que não autorizem a participação no estudo através do consentimento informado.

2.3 Instrumentos de recolha de dados

2.3.1 Questionário

Num primeiro momento foi efetuada a recolha de dados sociodemográficos e dados acerca da saúde oral da amostra através de um questionário aplicado em forma de entrevista face-to-face (Anexo 1).

2.3.2 “Geriatric Oral Health Assessment Index” – GOHAI

Em 2020, foi incluída no questionário a escala “Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)”. Este índice foi desenvolvido para a população idosa e validado para a população portuguesa pelos autores Carvalho e Salvado (Anexo 2). (25)

Esta escala possibilitou-nos avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida do idoso, é focado na função física (mastigação, fonação e deglutição), função psicossocial (preocupação e autoconsciência sobre a saúde oral, nível de satisfação com a aparência e isolamento social devido a problemas orais) e na dor ou desconforto. (71)

Consiste num questionário constituído por doze questões com três opções de resposta: “Sempre”; “Às vezes” e “Nunca” que correspondem aos números 1, 2 e 3 respetivamente. No final realiza-se a soma dos valores para obter uma pontuação que varia de 12 a 36 pontos. Considera-se uma autoperceção “Elevada” da qualidade de vida relacionada com a saúde oral quando se obtém uma pontuação entre 34-36 pontos, “Moderada” entre 30-33 pontos e “Baixa” quando inferior a 30 pontos. (25,72)

2.3.3 “Oral Health Impact Profile 14” – OHIP-14

Neste estudo foi também aplicado o “Oral Health Impact Profile 14 (OHIP-14)” validado para a população portuguesa. (73) Este questionário além de possuir boas qualidades psicométricas, viabiliza medir a autopercepção das consequências inerentes às condições orais (Anexo 3). (74)

Segundo Locker *et al.*, é um método centrado nos efeitos psicológicos e comportamentais do paciente, ou seja, permite avaliar melhor o impacto psicossocial das alterações orais na qualidade de vida. Este questionário reúne informações acerca do impacto negativo sobre a QdVRSO quanto à gravidade, extensão e prevalência numa única aplicação. (5)

O OHIP 14 é composto por catorze questões em que as respostas se apresentam sob a forma de escala Likert: 0- “Nunca”, 1- “Raramente”, 2- “Poucas vezes”, 3- “Algumas vezes” e 4- “Quase sempre”. (5,74)

2.4 Análise estatística

A base de dados foi desenvolvida pelo *software* do programa de análise estatística IBM-SPSS (versão 24.0). Os resultados obtidos serão depois sujeitos a análise estatística descritiva e inferencial dos dados, com um limiar de significância estatística de $p < 0,05$.

2.5 Princípios éticos

A presente investigação foi aprovada pela Comissão de Ética para a saúde da Universidade Católica Portuguesa (Anexo 4).

O tratamento dos dados foi efetuado garantindo a confidencialidade e anonimato e utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto. Todos os participantes foram identificados por um código numérico, não havendo a associação dos dados recolhidos com o respetivo sujeito do estudo. A

correspondência do código-participante é do conhecimento exclusivo do investigador responsável. Todos os participantes ou seus responsáveis no estudo assinaram um consentimento informado (Anexo 5), esclarecido e livre para a participação neste estudo de investigação.

3.RESULTADOS

3. Resultados

3.1 Dados sociodemográficos da amostra

Este estudo é constituído por uma amostra de 529 pacientes. Destes, 69.4% (n=367) eram do género feminino e 30.6% (n=162) do género masculino, como se pode observar na Figura 1. Relativamente à faixa etária dos indivíduos da amostra constatou-se que 39.3% (n=208) apresentavam idades compreendidas entre os 70 e 80 anos, 23.6% (n=125) com idade inferior a 70 anos e 37.1% (n=196) encontravam-se com mais de 80 anos (Figura 2).

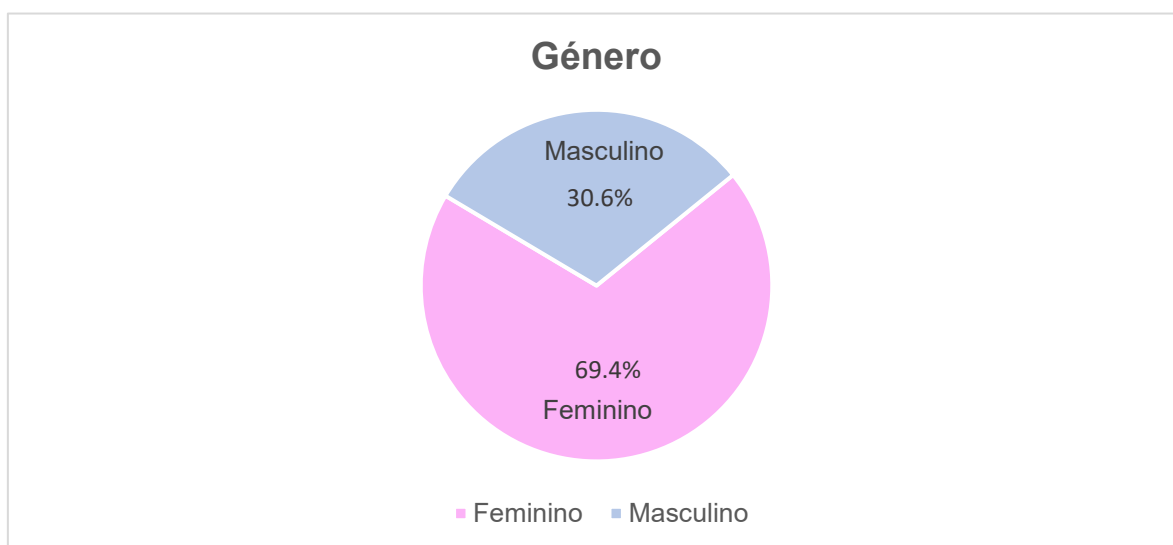


Figura 1 - Distribuição da amostra consoante o género.

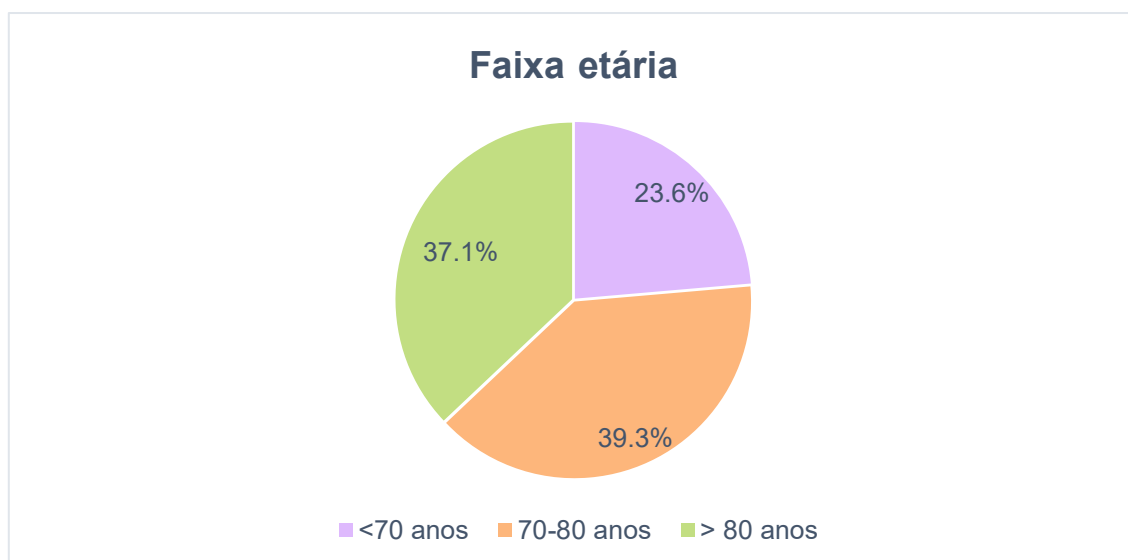


Figura 2 - Distribuição da amostra consoante a idade.

3.2 Caracterização da saúde oral da amostra

Na caracterização da saúde oral da amostra foi possível verificar que a maioria, 81.2% (n=419), dos participantes afirma realizar a escovagem diária e apenas 18.8% (n=97) não (Figura 3).

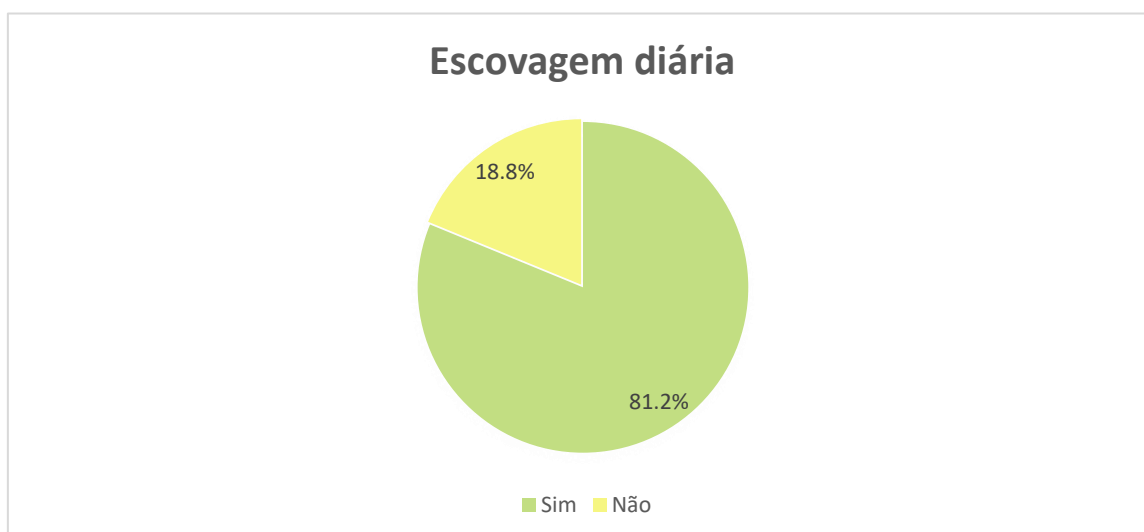


Figura 3- Distribuição da amostra consoante a escovagem diária.

Relativamente à frequência de escovagem constatou-se que 12.9% (n=61) dos inquiridos afirma não realizar a escovagem. Em 41.8% (n= 198) dos participantes a escovagem é efetuada uma vez por dia, 32.7% (n=155) escova duas vezes ao dia, 11.8% (n=56) três vezes e apenas 0.8% (n=4) afirma escovar 4 vezes durante o dia (Figura 4).

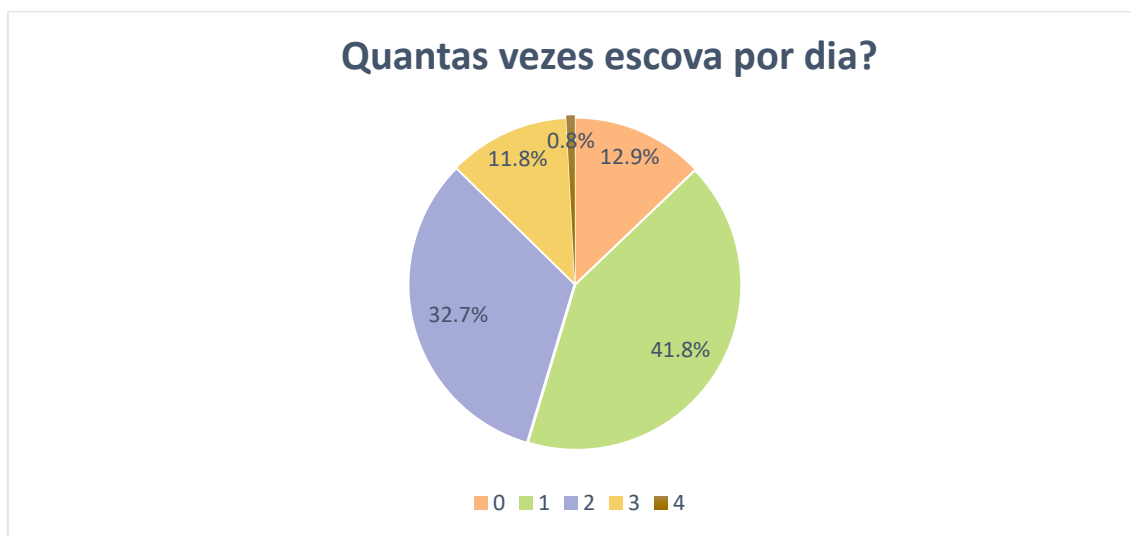


Figura 4- Distribuição da amostra de acordo com a frequência de escovagem.

Quanto ao fio dentário a maior parte, 90.8% (n=364) não faz uso, 3.2% (n=13) diz utilizar às vezes e apenas 1.0% (n=4) faz uso diário do fio dentário. E ainda, 5.0% (n=20) admite não ter conhecimento do que é o fio dentário (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da amostra de acordo o uso de fio dentário.

	N	%
Não	364	90.8%
Sim, às vezes	13	3.2%
Sim, diariamente	4	1.0%
Não sei o que é o fio dentário	20	5.0%

No que concerne à assiduidade ao consultório médico-dentário constatou-se que a grande maioria, 80.1%, dos participantes não recorreu ao Médico Dentista nos últimos 12 meses (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição da amostra de acordo com a ida ao médico dentista nos últimos 12 meses.

	N	%
Não	406	80.1%
Sim	101	19.9%

Verificou-se que 69.0% dos participantes não se deslocou ao consultório médico-dentário porque não sentiu necessidade, enquanto 13.4% não foi devido ao custo e 10.6% porque apresentava dificuldades de deslocação. Já para 2.8% dos participantes, o medo foi o principal motivo. Apenas 4.2% afirmou visitar regularmente ao médico dentista (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição da amostra de acordo com o motivo de não visitar o médico dentista.

	N	%
Consultas caras	19	13.4%
Medo	4	2.8%
Não sinto a necessidade de ir à consulta	98	69.0%
Não consigo deslocar-me	15	10.6%
Costumo consultar regularmente	6	4.2%

Quanto ao uso de próteses dentárias, observou-se que 63.2% são portadores de prótese e os restantes participantes (38.8%) não utilizam (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição da amostra consoante a utilização de prótese dentária.

	N	%
Não	188	38.8%
Sim	323	63.2%

Quando questionados acerca da frequência de utilização das próteses dentárias, a maior parte dos participantes, 94.2%, referiu usar sempre, 2.3% afirmou utilizar as próteses dentárias às vezes e 3.5% mencionou nunca utilizar (Tabela 5).

Tabela 5- Distribuição da amostra de acordo com a frequência de utilização das próteses.

	N	%
Sempre	243	94.2%
Às vezes	6	2.3%
Nunca	9	3.5%

Constatou-se que 82.6% dos participantes manifestou sentir-se melhor quando coloca a prótese dentária, em contrapartida 11.6% revelou não sentir melhoria aquando da colocação a prótese (Tabela 6).

Tabela 6- Distribuição da amostra de acordo com o facto de se sentir melhor quando coloca a prótese.

	N	%
Não	10	11.6%
Sim	71	82.6%
Não sei	5	5.8%

Observou-se que grande parte dos inquiridos, 65.9%, alegou não sentir desconforto quando coloca a prótese dentária, por sua vez, 34.1% afirmou o oposto (Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição da amostra de acordo com o facto de sentir desconforto quando coloca a prótese.

	N	%
Não	178	65.9%
Sim	92	34.1%

No que diz respeito à satisfação com as próteses dentárias, verificou-se que 84.1% dos participantes encontra-se satisfeito com a prótese que utiliza e apenas 15.9% dos inquiridos referiu não estar agradado (Tabela 8).

Tabela 8- Distribuição da amostra de acordo com a satisfação com a prótese.

	N	%
Não	53	15.9%
Sim	280	84.1%

No que se refere há higienização de próteses dentárias constatou-se que 73.8% dos participantes realizam sempre a higiene das suas próteses, 24.3% às vezes e apenas 1.9% revela nunca efetuar a limpeza das próteses dentárias (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo com a higienização da prótese.

	N	%
Sempre	194	73.8%
Às vezes	64	24.3%
Nunca	5	1.9%

Quanto à frequência de higienização diária das próteses, 37.2%, afirma higienizar uma vez por dia, 21.8% duas vezes e 35.9% dos participantes dizem higienizar as próteses três vezes ao dia. Enquanto uma pequena parte, 5.1%, revela realizar a higienização das próteses quatro vezes ao dia (Tabela 10).

Tabela 10- Distribuição da amostra de acordo com a frequência de higienização da prótese.

	N	%
1	29	37.2%
2	17	21.8%
3	28	35.9%
4	4	5.1%

Verificou-se que a maioria dos inquiridos, 71.4%, não utiliza nenhum produto de higiene para a prótese dentária. Apenas 28.6% fazem uso de produtos específicos para higienização protética (Tabela 11).

Tabela 11- Distribuição da amostra de acordo com a utilização de algum produto de higiene para a prótese.

	N	%
Não	40	71.4%
Sim	16	28.6%

Constatou-se que grande parte dos participantes, nomeadamente 86.5% recebeu instruções de um profissional de saúde acerca da higienização da prótese dentária. Porém, 13.5% dos inquiridos refere não ter tido qualquer tipo de instrução (Tabela 12).

Tabela 12- Distribuição da amostra de acordo com o facto de ter recebido instruções sobre a higienização da prótese por um profissional de saúde

	N	%
Não	7	13.5%
Sim	45	86.5%

Observou-se que a 57.7% dos participantes retira as próteses dentárias à noite, em contrapartida, 28.5% afirma nunca realizar o descanso noturno da prótese. Verificou-se ainda que 11.5% retira apenas às vezes a prótese durante a noite e 2.4% raramente (Tabela 13).

Tabela 13- Distribuição da amostra de acordo com a realização do descanso noturno da prótese.

	N	%
Sempre	146	57.7%
Às vezes	29	11.5%
Raramente	6	2.4%
Nunca	72	28.5%

De acordo com a tabela 14, é possível verificar que a maioria dos participantes não apresenta dor dentária, 70.5%, ao contrário de 29.5% dos idosos. Relativamente à dificuldade mastigatória, 64.0% não apresentam e 36.0% sim. Por fim, em relação a dificuldades na deglutição observou-se que 67.8% afirmaram não ter e 32.4% responderam que sim.

Tabela 14 - Distribuição da amostra de acordo com dor dentária, dificuldade em mastigar e deglutir

		Não	Sim
Dor dentária	N	285	119
	%	70.5	29.5
Dificuldade em mastigar	N	259	146
	%	64.0	36.0
Dificuldade em deglutir	N	50	24
	%	67.8	32.4

3.3 Análise descritiva do Índice GOHAI

Como já mencionado anteriormente, o índice de GOHAI é composto por doze questões com as opções de resposta: 1- “Sempre”; 2- “Às vezes” e 3- “Nunca”. No final do questionário efetua-se a soma dos valores, obtendo-se uma pontuação entre 12-36 pontos. Sendo que uma pontuação entre 34-36 pontos significa uma autopercepção “Elevada” da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, “Moderada” entre 30-33 pontos e “Baixa” quando abaixo dos 30 pontos.

Na **Tabela 15**, é possível verificar que, 26.0% dos idosos possui uma autopercepção “Elevada” da sua saúde oral, enquanto 41.5% apresenta uma autopercepção “Moderada” e 32.5% uma autopercepção “Baixa”. O nível de percepção positiva da saúde oral é tanto menor quanto mais baixa for a pontuação.

As respostas a cada questão que compõem este índice podem ser observadas na **Tabela 16**.

Tabela 15 - Distribuição da amostra de acordo com o índice GOHAI total.

	N	%
Autoperceção elevada (34 a 36 pontos)	32	26.0%
Autoperceção moderada (30 a 33 pontos)	51	41.5%
Autoperceção baixa (<30 pontos)	40	32.5%

Tabela 16- Distribuição da amostra de acordo com o índice GOHAI individual

GOHAI	N/%	Sempre	Às vezes	Nunca
1	N	12	11	100
(Mudou a alimentação)	%	9.8	8.9	81.3
2	N	29	58	36
(Dificuldade em mastigar)	%	23.6	47.2	29.3
3	N	5	52	66
(Dor para engolir)	%	4.1	42.3	53.7
4	N	9	40	74
(Mudou o modo de falar)	%	7.3	32.5	60.2
5	N	5	54	64
(Desconforto a comer)	%	4.1	43.9	52.0
6	N	5	7	111
(Deixou de se encontrar com outros)	%	4.1	5.7	90.2
7	N	9	61	53
(Satisfeito com a aparência)	%	7.3	49.6	43.1
8	N	9	10	104
(Necessitou de tomar medicação)	%	7.3	8.1	84.6
9	N	5	32	86
(Sentiu-se preocupado)	%	4.1	26.0	69.9
10	N	18	24	81
(Sentiu-se nervoso)	%	14.6	19.5	65.9
11	N	5	17	101
(Evitou comer com pessoas)	%	4.1	13.8	82.1
12	N	20	19	84
(Sentiu sensibilidade)	%	16.3	15.4	68.3

3.4 Análise descritiva do Índice OHIP-14

Como já mencionado anteriormente, OHIP 14 é constituído por catorze questões com as seguintes opções de resposta: 0- “Nunca”, 1- “Raramente”, 2- “Poucas vezes”, 3- “Algumas vezes” e 4- “Quase sempre”. O cálculo do OHIP-14 global é realizado através da soma de todas as questões valorizadas de acordo com a opção de resposta. Possibilitando avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida da amostra através de sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, limitação física, limitação psicológica, limitação social e incapacidade.

Na **Tabela 17** é possível observar a média das sete dimensões do OHIP-14 e a sua média final. No resultado do OHIP-14 obteve-se uma média de 15 num mínimo de 0 e máximo de 56. Verificou-se também que as dimensões com menor grau de impacto foram: a Limitação social” com uma média de 1.52 seguida da “Incapacidade” (1.67). Por sua vez, as dimensões com maior impacto foram a “Dor física” (2.70), “Limitação funcional” (2.46) e “Limitação física” (2.45). Na **Tabela 18** podemos verificar cada uma das respostas às questões do OHIP-14.

Tabela 17- Média do OHIP-14 final e das suas 7 dimensões.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
OHIPFinal	,00	56,00	15,0070	16,03296
Limitação funcional	,00	8,00	2,4638	2,57712
Dor física	,00	8,00	2,7047	2,47278
Desconforto psicológico	,00	8,00	2,2333	2,60555
Limitação física	,00	8,00	2,4570	2,82931
Limitação psicológica	,00	8,00	1,7510	2,44236
Limitação social	,00	8,00	1,5285	2,49643
Incapacidade	,00	8,00	1,6784	2,44688

Tabela 18 - Quantificação das respostas ao OHIP-14

Dimensões	Questões	N/%	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Raramente	Nunca	Não sei/Não se aplica
Limitação Funcional	OHIP 1	N %	93 18.8	64 12.9	43 8.7	55 11.1	232 46.9	8 1.6
	OHIP 2	N %	51 10.3	50 10.1	28 5.7	61 12.3	280 56.6	25 5.0
Dor Física	OHIP 3	N %	24 4.8	112 22.6	51 10.3	84 17.0	221 44.6	3 0.6
	OHIP 4	N %	65 13.1	66 13.3	93 18.8	67 13.5	201 40.6	3 0.6
Desconforto Psicológico	OHIP 5	N %	54 10.9	49 9.9	79 16.0	48 9.7	256 51.7	9 1.8
	OHIP 6	N %	36 7.3	49 9.9	69 13.9	74 14.9	259 52.3	8 1.8
Limitação Física	OHIP 7	N %	75 15.2	68 13.7	35 7.1	80 16.2	235 47.5	2 0.4
	OHIP 8	N %	54 10.9	43 8.7	64 12.9	55 11.1	261 52.7	18 3.6
Limitação Psicológica	OHIP 9	N %	36 7.3	36 7.3	57 11.5	84 17.0	265 53.5	17 3.4
	OHIP 10	N %	51 10.3	24 4.8	29 5.9	53 10.7	321 64.8	17 3.4
Limitação Social	OHIP 11	N %	43 8.7	10 2.0	42 8.5	38 7.7	329 66.5	33 6.7
	OHIP 12	N %	50 10.1	17 3.4	48 9.7	65 13.1	307 62.0	8 1.6
Incapacidade	OHIP 13	N %	35 7.1	19 3.8	65 13.1	80 16.2	287 58.0	8 1.8
	OHIP 14	N %	49 9.9	14 2.8	47 9.5	75 15.2	301 60.8	8 1.8

3.5 Análise inferencial

De modo a analisar detalhadamente a informação dos resultados adquiridos, realizou-se uma prospeção de algumas associações entre variáveis.

Serão somente apresentados os resultados com significância estatística ($p \leq 0.05$).

3.5.1. Índice de GOHAI Total

Foi realizada uma análise de associação entre algumas variáveis com o índice de GOHAI total através dos testes de qui-quadrado de Pearson.

- **GOHAI Final Vs Dor**

De acordo com a **Tabela 19**, pelo teste qui-quadrado obteve-se um valor de $p=0,000$ na associação das variáveis GOHAI final e “Dor”, constatando, assim que do ponto de vista estatístico existe uma associação estatística significativa.

Estes dados permitem depreender que a maior percentagem de dor está associada a uma autoperceção “baixa” da qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Tabela 19-Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI Final e Dor

DOR		Autopercepção			Total
		Elevada	Moderada	Baixa	
Não	N	21	14	5	40
	%	52,5%	35,0%	12,5%	100,0%
Sim	N	0	0	34	34
	%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total	N	21	14	39	74
	% em Dor	28,4%	18,9%	52,7%	100,0%
Qui-quadrado de Pearson			$p=0,000$ $\chi^2=56.449^a$		

- **GOHAI Final Vs Mastigar**

Na análise da associação entre o GOHAI final e a variável “Mastigar” através do teste qui-quadrado, foi obtido um valor de $p=0,000$, isto significa, que do ponto de vista estatístico existe uma associação significativa entre estas variáveis (**Tabela 20**).

Podemos assim aferir, que a autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral é superior em situações em que não existe dificuldade ao mastigar.

Tabela 20 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI Final e Mastigar

MASTIGAR		Autopercepção			Total
		Elevada	Moderada	Baixa	
Não	N	18	10	9	37
	%	48.6%	27,0%	24,3%	100,0%
Sim	N	3	5	30	38
	%	7.9%	13.2%	78.9%	100,0%
Total	N	21	15	39	75
	% em Mastigar	28,0%	20.0%	52,0%	100,0%
Qui-quadrado de Pearson			$p=0,000$ $\chi^2=23.680^a$		

- **GOHAI Final Vs Deglutir**

Utilizou-se o teste qui-quadrado com o intuito de analisar uma potencial associação entre o GOHAI final e a variável “Deglutir”, no qual se obteve um valor de $p=0,001$, logo, verifica-se uma associação significativa do ponto de vista estatístico entre as variáveis analisadas (**Tabela 21**).

Estes resultados demonstram-nos que a autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral é baixa em situações de dificuldade ao deglutir.

Tabela 21- Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI Final e Deglutir

DEGLUTIR		Autopercepção			Total
		Elevada	Moderada	Baixa	
Não	N	18	13	19	50
	%	36.0%	26,0%	38.0%	100,0%
Sim	N	3	1	20	24
	%	12.5%	4.2%	83.3%	100,0%
Total	N	21	14	39	74
	% em Deglutir	28,4%	18,9%	52,7%	100,0%
Qui-quadrado de Pearson			$p=0,001$ $\chi^2=13.565^a$		

4.DISSCUSSÃO

4. Discussão

Ao longo dos anos tem se verificado um aumento da população com idade igual ou superior a 65 anos e, conseqüentemente, um envelhecimento da população.

O envelhecimento é um processo associado a diversas transformações a nível da saúde geral e oral, que podem condicionar o bem-estar e qualidade de vida dos idosos. É muito importante a elaboração de estratégias de prevenção e educação com o objetivo de promover um envelhecimento saudável, de forma a dar resposta às necessidades desta faixa etária.

Nesta secção irão ser discutidos os resultados apresentados anteriormente, iniciando pelos dados sociodemográficos da amostra de idosos institucionalizados em lares do distrito de Viseu.

4.1.1 Dados sociodemográficos

A análise dos dados sociodemográficos do presente estudo composto por uma amostra de 529 pacientes, dos quais 367 mulheres (69.4%) e 162 homens (30.6%), permitiu aferir que o género feminino é o que predomina (**Figura 1**). Similarmente a um estudo de Takamiya *et al.*, numa amostra de 224 pacientes observou-se que a maioria, 72.3%, eram mulheres. (33) Assim como, num estudo de Schembri *et al.*, constituído por uma amostra de 1982 idosos institucionalizados, o sexo feminino também domina a maioria com 70%. (75)

Em relação à faixa etária, esta abrange idades entre menos de 70 anos e mais de 80 anos (**Figura 2**), verificou-se que 208 dos inquiridos (39.3%), ou seja, a maioria apresenta idade compreendida entre os 70 e 80 anos e que 196 pacientes (37.1%) tinham mais de 80 anos. Constatando desta forma um envelhecimento evidente do grupo populacional em estudo, estes dados vão no seguimento da informação que se encontra no Anuário Estatístico de Portugal de 2021. (4) À semelhança de um estudo de Choufani *et al.*, numa amostra com-

posta por 526 idosos institucionalizados, 156 tinham idades compreendidas entre 65 e 74. Enquanto 370 idosos, ou seja, a maioria apresentava idades superiores a este intervalo. (76)

4.1.2 Caracterização da saúde oral

Quanto à caracterização da saúde oral verificou-se que a maioria dos participantes (81.2%) afirma realizar a escovagem diária (**Figura 3**). No que diz respeito à frequência deste hábito, 198 dos participantes (41.8%) afirmou realizar a escovagem uma vez por dia e 32.7% duas vezes (**Figura 4**).

Estes resultados indicam-nos que a maior parte da amostra realiza a escovagem diária entre uma ou duas vezes por dia, o que se revela idêntico aos resultados de Shao *et al.*, que numa amostra de 744 idosos, 336 (45.2%) afirmam realizar a escovagem uma vez por dia e 244 (32.8%) duas ou mais. (77) Em contrapartida, no estudo de Bianco *et al.*, com uma amostra de 288 indivíduos apenas 18.4% afirmam realizar a escovagem dentária frequentemente. (78) Zuluaga *et al.* afirmam que a baixa frequência deste hábito nos idosos institucionalizados pode ser justificada pelo facto da saúde oral ser desvalorizada e não ser considerada prioritária, também pela inexistência de protocolos de higiene oral, ou devido há falta de conhecimento sobre saúde oral por parte dos cuidadores dos idosos. (79)

A utilização do fio dentário é praticamente nula nos participantes deste estudo (90.8%) como é possível verificar na **Tabela 1**, pelos mesmos motivos referidos anteriormente relativos à frequência de escovagem diária e também devido ao edentulismo que constitui um dos problemas mais prevalentes desta faixa etária. (80)

Segundo os dados recolhidos, 80.1% dos idosos não se dirigiu ao Médico Dentista nos últimos 12 meses (**Tabela 2**). Também no estudo de Gaszynska *et al.*, composto por 259 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos se verificou que a maioria (75%) não visitou o médico dentista nos últimos 12 meses. (81)

Para justificar o facto de não se deslocarem ao consultório médico-dentário nos últimos 12 meses, a maioria dos inquiridos (69.0%) referiu como principal motivo não sentir necessidade de recorrer ao médico dentista. Os restantes pelo custo, dificuldades em se deslocar e medo (**Tabela 3**). Estes dados permitem reforçar as observações de vários autores que referem que este grupo populacional se desloca ao consultório médico dentário unicamente em caso de emergência, ou seja, em situações de sintomatologia dolorosa e não por rotina. (34,80)

A maior percentagem dos inquiridos (63.2%) referiu que utiliza prótese dentária e apenas 38.8% afirmou não fazer uso (**Tabela 4**). Estes dados são expectáveis, uma vez que, o edentulismo constitui um dos principais problemas desta faixa etária e um contínuo desafio para a saúde pública. (13,82)

Relativamente à frequência do uso das próteses dentárias, 94.2%, dos idosos afirmou usar sempre (**Tabela 5**). A maioria dos participantes (82.6%) revelou sentir-se melhor quando utiliza a prótese (**Tabela 6**). O edentulismo é uma complicação oral com grande impacto na qualidade de vida do indivíduo, uma vez, que dificulta as atividades diárias, além de apresentar várias repercussões particularmente ao nível mastigatório, fonético e estético. Dessa forma, a reabilitação oral através de próteses dentárias permite o restabelecimento das funções perdidas e, por consequência, melhora a qualidade de vida destes pacientes. (83) Contudo, 11.6% dos idosos referiram não se sentir melhor quando utilizam a prótese dentária, dado que, as próteses dentárias também apresentam as suas limitações principalmente durante o período de adaptação. As limitações mais comuns consistem em falta de estabilidade ou retenção, comprometimento funcional, estético e também impacto ao nível psicológico. (18,83)

Quanto ao desconforto ao colocar a prótese dentária, grande parte dos idosos, 65.9%, afirmou não apresentar, já 34.1% refere desconforto (**Tabela 7**). À semelhança do estudo de Chu *et al.*, composto por 182 participantes portadores de prótese dentária apenas 12.1% referiu desconforto. (84) Frequentemente, este desconforto é provocado por próteses dentárias desajustadas, reações alérgicas ao material protético, inflamação na mucosa oral devido ao tem-

po de utilização da prótese dentária, lesões nos tecidos orais ou até mesmo por motivos estéticos. (27)

Observou-se que a maioria dos inquiridos (84.1%) sente-se satisfeito com a prótese que utiliza e só uma percentagem de 15.9% dos inquiridos refere que não se encontra satisfeito (**Tabela 8**). No estudo Santucci *et al.*, numa amostra de 278 idosos, 169 eram portadores de prótese dentária, foi medido o grau de satisfação da prótese dentária através de um questionário em que a pontuação máxima era 60, a pontuação média obtida foi de 42.8, demonstrando assim, à semelhança do presente estudo que a maioria dos participantes se encontra satisfeito com a sua prótese dentária. (85)

O grau de satisfação do uso de próteses dentárias pode ser determinado através de fatores como a capacidade de adaptação, a relação do paciente com o médico dentista e também ao nível psicológico. (86) O estudo de Chen *et al.*, reforça-nos a perceção de que uma boa comunicação entre paciente e médico dentista se reflete numa maior satisfação dos pacientes com as suas próteses dentárias. (87)

No que concerne à higiene de próteses dentárias verificou-se que a maioria dos inquiridos (73.8%) afirmam realizar sempre a higiene (**Tabela 9**). Estes valores são inferiores aos resultados obtidos no estudo de Marchini *et al.*, em que num grupo de 236 indivíduos, 98.7% realizam a higiene diária das suas próteses dentárias. (86) Em relação à frequência deste hábito, 37.2% refere fazer a higiene das próteses dentárias uma vez por dia, 21.8% duas vezes, 35.9% dos participantes dizem higienizar as próteses três vezes ao dia e 5.1%, revela realizar a higienização das próteses quatro vezes ao dia (**Tabela 10**). Por sua vez, no estudo de Castellucci *et al.*, uma parte considerável dos participantes, 62.6%, afirma realizar a higiene das suas próteses três ou mais vezes ao dia. (27) A carência de hábitos de higiene predispõe o surgimento de complicações orais, nomeadamente inflamações e infeções ao nível da cavidade oral. (88)

Observou-se que grande parte dos participantes (71.4%) não faz uso de nenhum produto de higiene para a prótese, somente 28.6% utiliza (**Tabela 11**). À semelhança do estudo de Cinquanta *et al.*, também se verificou uma baixa

percentagem de participantes (14.3%) que utiliza soluções assépticas para higienizar as próteses dentárias. (89)

Segundo Cruz *et al.* a higienização mecânica das próteses dentárias é insuficiente e, quando complementada com métodos químicos, os resultados são mais eficazes principalmente em idosos com limitações motoras. (42,90)

Uma das funções do médico dentista consiste em educar o paciente para a higiene das próteses dentárias. No presente estudo 86.5% dos participantes referiu ter recebido instruções acerca da higienização da prótese (**Tabela 12**). Em contrapartida, num estudo de Marchini *et al.*, apenas 22.5% dos idosos receberam instruções. (86)

De acordo com o estudo de Chhabra *et al.*, os participantes que receberam instrução verbal e escrita acerca dos cuidados a ter com a prótese dentária apresentavam melhor higiene oral e protética em comparação com os que não obtiveram nenhuma instrução ou apenas indicações verbais. (91)

Em conformidade com a **Tabela 13**, é possível verificar que 57.7% dos idosos fazem o descanso noturno da prótese dentária, 28.5% refere nunca retirar as próteses à noite, 11.5% afirma efetuar o descanso às vezes e 2.4% raramente. Em contrapartida, num estudo de Cinquanta *et al.*, aproximadamente um terço dos inquiridos relataram remover a prótese apenas no momento da higienização não realizando o descanso noturno da mesma. (89)

Segundo o estudo de Sadig, as complicações orais, como a estomatite protética estão relacionadas com a não realização do descanso noturno das próteses dentárias. (88) Posto isto, é fundamental que o descanso noturno das próteses dentárias seja um hábito diário, de modo, a evitar o risco de desenvolver patologias orais, nomeadamente estomatite protética. (45)

Através da **Tabela 14**, podemos verificar que a maioria dos participantes não apresenta dor dentária nem dificuldades na mastigação e deglutição.

A doença periodontal, a cárie dentária, lesões nos tecidos orais, alterações nas glândulas salivares e edentulismo são alguns dos problemas

mais frequentes nesta faixa etária que podem afetar funções como a mastigação, deglutição e ainda provocar sintomatologia dolorosa. (1,11)

No presente estudo verifica-se um número reduzido de idosos com estes problemas, isto pode ser justificado pelos hábitos de higiene oral, que por sua vez, diminuem o risco de desenvolver este tipo de complicações. (11,14) E também pelo facto de que a maioria dos idosos da amostra apresenta reabilitação com prótese dentária.

Segundo Lamy *et al.*, num estudo composto por 120 idosos, verificou-se que os participantes edêntulos não reabilitados apresentavam maior dificuldade em mastigar e deglutir os alimentos. (92)

4.1.3 Análise descritiva do Índice de GOHAI

O índice de GOHAI foi utilizado para avaliar a autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Neste estudo foi possível verificar que a maioria dos inquiridos, 41.5%, possui uma autopercepção “Moderada” da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, por sua vez, 32.5% apresentou uma autopercepção “Baixa” e 26.0% uma autopercepção “Elevada” (**Tabela 15**). O nível de percepção positiva da saúde oral é tanto menor quanto mais baixa for a pontuação, posto isto, podemos depreender que a percepção da saúde oral dos inquiridos não é tão positiva como no estudo de Carvalho *et al.*, em que a maioria da amostra (59.9%) apresentou uma autopercepção “Elevada” da sua saúde oral. (25) Esta diferença pode ser justificada pelo facto dos participantes da amostra serem residentes numa instituição, segundo o estudo de Medeiros *et al.*, a institucionalização dos idosos influencia de forma negativa a sua qualidade de vida. (93)

4.1.4 Análise descritiva do Índice OHIP-14

Como referido anteriormente, o OHIP-14 é um questionário que nos permite avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de uma amostra.

Perante os resultados obtidos verificou-se que a qualidade de vida foi pouco afetada pela saúde oral, uma vez que, em todas as questões a opção de resposta mais selecionada pelos participantes foi “Nunca”. Também no estudo de Santucci *et al.*, constituído por 278 idosos se verificou que a maioria dos participantes respondeu “Nunca” nas questões, o que indica uma boa qualidade de vida relacionada à saúde oral. (85)

De acordo com a **Tabela 17** as dimensões menos afetadas foram a Limitação social” (1.52) seguida da “Incapacidade” (1.67). O maior impacto observou-se na dimensão de “Dor física” (2.70). Também no estudo de Kotzer *et al.*, constituído por 1460 participantes verificou-se que umas das dimensões com mais impacto na QdVRSO foi a “dor física”. (94)

Relativamente ao OHIP-14 global, obteve-se uma média de 15 num valor mínimo de 0 e máximo de 56. Desta forma, é possível concluir que o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos participantes é baixo. Os hábitos de higiene oral diária da amostra podem ser uma justificativa para estes resultados, uma vez que, os cuidados com a saúde oral funcionam como prevenção.

4.2 Estatística inferencial

4.2.1 Índice de GOHAI

Relativamente à associação da variável “GOHAI Final” com as variáveis “Dor” (**Tabela 19**), “Mastigar” (**Tabela 20**) e “Deglutir” (**Tabela 21**) através do teste qui-quadrado, foi obtido em todas estas associações um valor de $p \leq 0.05$, assim sendo, conclui-se que do ponto de vista estatístico existe uma associação significativa entre elas.

Com estes resultados foi também possível verificar que a autopercepção da qualidade de vida relacionada à saúde oral é tanto maior quanto menor for a sintomatologia dolorosa e menor a dificuldade em mastigar e deglutir, ou seja, este tipo de complicações tem um impacto negativo na qualidade de vida.

À semelhança do estudo de Dhama *et al.*, constituído por 340 idosos, demonstrou que a maioria apresentava uma autopercepção da QdRSO baixa, principalmente devido a problemas como dificuldade em mastigar e deglutir influenciando assim de forma negativa a qualidade de vida da população idosa em estudo. (95)

4.3 Guidelines

A incidência de complicações orais pode ser minimizada e/ou evitada se adotarmos medidas de prevenção. Como tal, e em concordância com os resultados obtidos no presente estudo, serão abaixo descritas algumas orientações de cuidados de saúde oral baseadas na evidência científica.

4.3.1 Orientações gerais:

- Os lares de idosos devem ter diretrizes institucionais relacionadas com cuidados de saúde oral; (96)
- A saúde oral de cada idoso deve ser avaliada de forma contínua e o plano de cuidados deve ser ajustado sempre que necessário melhorando assim a qualidade de vida do idoso institucionalizado; (97)
- O cuidado com a saúde oral deve ser individualizado e adequado às necessidades de cada idoso; (39)
- A regularidade dos cuidados de higiene oral deve ser incluída na rotina dos idosos institucionalizados e adaptados às suas condições psicomotoras; (98)

- Os idosos institucionalizados devem ter acesso a consultas regulares no médico dentista, pelo menos, a cada 6 meses ou uma vez por ano no caso dos edêntulos; (99)
- A formação sobre saúde oral dos cuidadores deve ser contínua. Segundo Kullberg *et al.*, a recapitulação de programas educativos sobre saúde oral destinados aos cuidadores melhoram a saúde oral dos idosos institucionalizados; (99)
- Os cuidadores deverão examinar frequentemente as áreas cobertas pela prótese dentária dos idosos, devido ao surgimento de estomatite protética (lesão mais comum em portadores de prótese removível), normalmente observa-se inflamação e eritema nessas zonas. (100)
- Consultar o médico dentista em situações de sintomatologia dolorosa, surgimento de alterações na mucosa oral, como lesões com coloração esbranquiçada ou vermelha, feridas que não cicatrizam, queixas de boca seca ou até mesmo efeitos secundários de medicação. É importante ter em atenção os comportamentos não verbais como alterações na conduta diária, redução de apetite e perda de peso, visto que, podem ser indicativos de algum problema na cavidade oral; (97)

4.3.2 Orientações acerca da higiene oral e protética:

- Em dentados:

- A escovagem dentária deve ser realizada pelo menos duas vezes por dia, principalmente antes de dormir. Deve demorar cerca de dois a três minutos com uma pasta dentífrica com flúor (1000-1500 ppm); (39)
- Não deve ser exercida demasiada pressão durante a escovagem esta técnica deve abranger todas as superfícies dentárias, bem como, a mucosa e a língua; (39)
- A utilização de fio dentário e escovilhão deve ser incutido nos hábitos de higiene oral do idoso; (40)

- Se por algum motivo não for possível fazer a higiene oral diária, aplicar gel de Clorexidina 1% prescrita por um médico dentista, uma vez por dia de forma a prevenir a doença periodontal; (97)

- Em desdentados parciais:

- As próteses dentárias retiram-se e higienizam-se quando o idoso for dormir e armazenam-se num local seco, próprio para este fim. A gengiva, palato, dentes e língua devem ser igualmente higienizadas; (45)
- A prótese dentária deve ser escovada em água corrente com a ajuda de uma escova de dentes convencional de cerdas suaves ou específica para o efeito; (40)
- De forma a complementar o método mecânico de higiene da prótese dentária dever ser também utilizado um método químico. (46)

- Em desdentados totais:

- Além da higienização das próteses dentárias o cuidador deve limpar a cavidade oral com uma gaze humedecida; (45,97)

4.4 Limitações

Nesta secção serão abordadas algumas das limitações do presente estudo.

Os questionários foram aplicados sob entrevista *face-to-face*, este método de aplicação pode levar a algum viés nas respostas, uma vez que os participantes podem decidir responder o que julgam ser mais correto e não o que corresponde à realidade.

Outras das limitações, consistiu no número de omissos, uma vez que, durante o questionário existiram alguns participantes que não responderam a todas das questões, por diversos motivos como o facto de não conseguirem perceber algumas das questões colocadas e por desistência a meio do questionário por fadiga.

O número de respostas do índice GOHAI também constitui uma das limitações deste estudo, devido ao facto de ter sido aplicado apenas no último ano de recolha de dados.

5.CONCLUSÃO

5. Conclusão

Com o presente estudo é possível concluir que a saúde oral apresenta um grande impacto na qualidade de vida do idoso institucionalizado. Verificou-se que na amostra em estudo os grandes problemas consistem:

- Fraca assiduidade ao consultório médico-dentário. Este grupo populacional apenas recorre ao médico dentista em caso de sintomatologia dolorosa;
- A maioria dos participantes do estudo utiliza prótese dentária, o que nos revela uma grande prevalência de perda dentária nos idosos e a necessidade de estabelecer medidas de prevenção;
- Quanto aos hábitos de higiene oral a maioria refere fazer a escovagem diária e a higienização das próteses dentárias apenas uma vez por dia.

Contudo, também se observou que grande parte dos participantes que utiliza prótese dentária sente-se melhor e satisfeito com a prótese dentária, sendo assim possível depreender que a reabilitação promove o bem-estar e qualidade de vida.

Em relação à estatística inferencial foi possível concluir que a presença de dor e dificuldade na função mastigatória e de deglutição induzem no indivíduo uma baixa percepção da qualidade de vida relacionada à saúde oral. Permitindo assim constatar que estas complicações apresentam um impacto negativo na qualidade de vida.

Através do índice de GOHAI verificou-se que a maior parte dos participantes deste estudo apresenta uma autopercepção moderada da sua saúde oral. No entanto, no OHIP-14 verificou-se que o impacto da saúde oral na qualidade de vida da amostra em estudo é baixo. Concluindo assim, que a maioria dos inquiridos apresenta um estado de saúde oral razoável que influencia de forma positiva a sua qualidade de vida. No entanto, existem casos em que o mesmo não acontece e, por isso, são fundamentais a implementação de medidas de prevenção e o desenvolvimento de programas educativos e promocionais da saúde oral, de modo, a consciencializar não só o paciente geriátrico como tam-

bém os seus cuidadores. Desta forma, promovemos o bem-estar e qualidade de vida destes pacientes.

6.BIBLIOGRAFIA

6. Bibliografia

1. Côrte-Real IS, Figueiral MH, Reis Campos JC. As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2011 Jul 1;52(3):175–80.
2. Rodrigues SM, Oliveira AC, Vargas AMD, Moreira AN, Ferreira E. Implications of edentulism on quality of life among elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(1):100–9.
3. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people-Call for public health action. *Community Dent Health*. 2010;(2):257–68.
4. Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico de Portugal 2020. INE. 2021;
5. Rodakowska E, Mierzyńska K, Bagińska J, Jamiołkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Bi- alystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*. 2014 Aug 20;14(1):1–8.
6. Veiga N, Domingues A, Douglas F, Rios S, Vaz A, Coelho C, et al. The Influence of Chronic Diseases in the Oral Health of the Elderly. *J Dent Oral Heal*. 2015;1(4):1–4.
7. Rosa L, Zuccolotto MC, Bataglion C, Coronatto E. Odontogeriatría- a saúde bucal na terceira idade. *Rev Fac Odontol (Univ Passo Fundo)*. 2008;13(2):82–6.
8. Wong FMF, Ng YTY, Leung WK. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents—A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct 26;16(21):4132.

9. Zucoloto ML, Maroco J, Campos JADB. Impact of oral health on health-related quality of life: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2016 May 12;16(1):55.
10. Paredes-Rodríguez VM, Torrijos-Gómez G, González-Serrano J, López-Pintor-Muñoz RM, López-Bermejo M ángel, Hernández-Vallejo G. Quality of life and oral health in elderly. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(5):590–6.
11. Veiga N, Castro A, Mendes J, Marques M, Domingues M, Maravilha T, et al. Oral Health and Physical and Mental Limitations among the Elderly. *Int J Dent Oral Heal*. 2016;2(6):1–3.
12. Lauritano D, Moreo G, della Vella F, Stasio D di, Carinci F, Lucchese A, et al. Oral Health Status and Need for Oral Care in an Aging Population: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):1–23.
13. Khanagar SB, Al-Ehaideb A, Shivanna MM, UI Haq I, al Kheraif AA, Naik S, et al. Age-related Oral Changes and Their Impact on Oral Health-related Quality of Life among Frail Elderly Population: A Review. Vol. 21, *J Contemp Dent Pract*. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd; 2020. p. 1298–303.
14. Kossioni AE, Dantas AS. The stomatognathic system in the elderly. Useful information for the medical practitioner. *Clin Interv Aging*. 2007;2(4):591.
15. Gil-Montoya JA, de Mello ALF, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: A nonsystematic review. Vol. 10, *Clin Interv Aging*. Dove Medical Press Ltd.; 2015. p. 461–7.
16. Nascimento JE, Sales MSM, Ferreira EF e, Farias PKS, Ferreira RC, Martins AME de B. Reabilitação com prótese dentária total em idosos e melhoria na dimensão do OHIP. *Arq Odontol, Belo Horizonte*. 2018;54(5):1–9.

17. van Waas MAJ. The influence of clinical variables on patients' satisfaction with complete dentures. *J Prosthet Dent.* 1990 Mar;63(3):307–10.
18. Ellis JS, Pelekis ND, Thomason JM. Conventional Rehabilitation of Edentulous Patients: The Impact on Oral Health-Related Quality of Life and Patient Satisfaction. *J Prosthodont.* 2007 Jan;16(1):37–42.
19. Minic I, Pejicic A, Kostic M, Krunic N, Mirkovic D, Igic M. Prevalence of Oral Lesions in Elderly. *West Indian Med J.* 2016 Apr 6;65(2):375–8.
20. 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. *Revista de Enfermagem Referência.* 2014 Mar 15;IV Série(Nº 1):125–34.
21. Makhija SK, Gilbert GH, Clay OJ, Matthews JC, Sawyer P, Allman RM. Oral Health-Related Quality of Life and Life-Space Mobility in Community-Swelling Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Mar;59(3):512.
22. Barbosa T de S, Mialhe FL, Castilho ARF de, Gavião MBD. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 2010;20(1):283–300.
23. Kuo HC, Chen JH, Wu JH, Chou TM, Yang YH. Application of the Oral Health Impact Profile (OHIP) among Taiwanese elderly. *Qual Life Res.* 2011 Dec 7;20(10):1707–13.
24. Figueiredo D de R, Bastos JL, Silva L, Peres KG. Multidimensional indices of clinical oral conditions from a population perspective: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016 Apr;44(2):180–7.
25. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Asses-

- sment Index (GOHAI). Rev Port Saúde Pública. 2013 Jul;31(2):153–9.
26. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2005 Apr;33(2):81–92.
 27. de Castellucci Barbosa L, Ferreira MRM, de Carvalho Calabrich CF, Viana AC, de Lemos MCL, Lauria RA. Edentulous patients' knowledge of dental hygiene and care of prostheses. Gerodontology. 2008 Jun;25(2):99–106.
 28. AlBaker AM. The oral health-related quality of life in edentulous patients treated with Conventional complete dentures. Gerodontology. 2013 Mar;30(1):61–6.
 29. Anastassiadou V, Robin Heath M. The effect of denture quality attributes on satisfaction and eating difficulties. Gerodontology. 2006 Mar;23(1):23–32.
 30. H Wahbi R, I Elamin E. Impact of Removable Partial Denture on Quality-of-life of Sudanese Adults in Khartoum State. J Contemp Dent Pract . 2018;19(1):102–8.
 31. Kosuru KR, Devi G, Grandhi V, Prasan K, Yasangi M, Dhana-lakshmi M. Denture care practices and perceived denture status among complete denture wearers. J Int Soc Prev Community Dent . 2017;7(1):41.
 32. Sharma N, Shukla J, Sharma D, Mehta D, Kakde L, Bais K. Perceived status and care practices among complete denture wearers. J Pharm Bioallied Sci. 2020;12(5):336.
 33. Takamiya AS, Monteiro DR, Marra J, Compagnoni MA, Barbosa DB. Complete denture wearing and fractures among edentulous patients treated in university clinics. Gerodontology. 2012 Jun;29(2):e728–34.

34. Simons D, Baker P, Jones B, Kidd EAM, Beighton D. An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes. *Br Dent J*. 2000 Feb 26;188(4):206–10.
35. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Oral health care among nursing home residents in Avon. *Gerodontology*. 2000 Jul;17(1):33–8.
36. Boyle PKAAP. Mouthwash Use and the Prevention of Plaque, Gingivitis and Caries. *Oral Diseases*. 2014 Jan;20:1–68.
37. Gil-Montoya JA, Sánchez-Lara I, Carnero-Pardo C, Fornieles-Rubio F, Montes J, Barrios R, et al. Oral Hygiene in the Elderly with Different Degrees of Cognitive Impairment and Dementia. *J Am Geriatr Soc* . 2017 Mar;65(3):642–7.
38. Cornejo-Ovalle M, Costa-de-Lima K, Perez G, Borrell C, Casals-Pedro E. Oral health care activities performed by caregivers for Institutionalized elderly in Barcelona-Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;e641–9.
39. Gil-Montoya JA, de Mello ALF, Cardenas CB, Lopez IG. Oral Health Protocol for the Dependent Institutionalized Elderly. *Geriatr Nurs*. 2006 Mar;27(2):95–101.
40. Hitz Lindenmüller I, Lambrecht JT. Oral Care. In: *Topical Applications and the Mucosa*. Basel: KARGER; 2011. p. 107–15.
41. Shah SS, Apratim A, Sinha M, Chhaparia N, Abubakkar A. Denture Hygiene Habits among Elderly Patients Wearing Complete Dentures. *J Contemp Dent Pract*. 2013 Dec;14(6):1161–4.
42. Cruz PC, Andrade IM de, Peracini A, Souza-Gugelmin MCM de, Silva-Lovato CH, Souza RF de, et al. The effectiveness of chemical denture cleansers and ultrasonic device in biofilm removal from complete dentures. *J Appl Oral Sci*. 2011 Dec;19(6):668–73.
43. Papadiochou S, Polyzois G. Hygiene practices in removable prosthodontics: A systematic review. *Int J Dent Hygiene*. 2018 May;16(2):179–201.

44. Paranhos H de FO, Salles AES, Macedo LD de, Silva-Lovato CH da, Pagnano VO, Watanabe E. Complete denture biofilm after brushing with specific denture paste, neutral soap and artificial saliva. *Braz Dent J.* 2013;24(1):47–52.
45. Razak PA, Richard KMJ, Thankachan RP, Hafiz KAA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *J Int Oral Heal: JIOH.* 2014;6(6):110–6.
46. Rocha MM, Carvalho AM, Coimbra FCT, Arruda CNF de, Oliveira V de C, Macedo AP, et al. Complete denture hygiene solutions: anti-biofilm activity and effects on physical and mechanical properties of acrylic resin. *J Appl Oral Sci.* 2021;29.
47. Takamiya AS, Monteiro DR, Barão VAR, Pero AC, Compagnoni MA, Barbosa DB. Complete denture hygiene and nocturnal wearing habits among patients attending the Prosthodontic Department in a Dental University in Brazil. *Gerodontology.* 2011 Jun;28(2):91–6.
48. Shet R, Shetty SR, Naveen Kumar M, Dev Yadav R. A Study to evaluate the Frequency and Association of Various Mucosal Conditions among Geriatric Patients. *J Contemp Dent Pract.* 2013;14(5):904–10.
49. Coleman P. Improving oral health care for the frail elderly: A review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs.* 2002 Jul;23(4):189–99.
50. Highfield J. Diagnosis and classification of periodontal disease. *Aust Dent J.* 2009 Sep;54:S11–26.
51. Huttner EA, Machado DC, de Oliveira RB, Antunes AGF, Hebling E. Effects of human aging on periodontal tissues. *Special Care in Dentistry.* 2009 Jul;29(4):149–55.
52. Yang H, Xiao L, Zhang L, Deepal S, Ye G, Zhang X. Epidemic trend of periodontal disease in elderly Chinese population, 1987-2015: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2017;7:45000.

53. Mack F, Mojon P, Budtz-Jorgensen E, Kocher T, Splieth C, Schwahn C, et al. Caries and periodontal disease of the elderly in Pomerania, Germany: results of the Study of Health in Pomerania. *Gerodontology*. 2004 Mar;21(1):27–36.
54. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *The Lancet*. 2007 Jan;369(9555):51–9.
55. Wyatt J, Wang D, Aleksejuniene J. Incidence of dental caries among susceptible community-dwelling older adults using fluoride toothpaste: 2-year follow-up study. *J Can Dent Assoc* . 2014. p. e44.
56. Gupta A, Felton DA, Jemt T, Koka S. Rehabilitation of Edentulism and Mortality: A Systematic Review. *J Prosthodont*. 2019 Jun 23;28(5):526–35.
57. Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The Impact of Edentulism on Oral and General Health. *Int J Dent*. 2013;2013:1–7.
58. Anil S, Vellappally S, Hashem M, Preethanath RS, Patil S, Samaranayake LP. Xerostomia in geriatric patients: a burgeoning global concern. *J Investig Clin Dent* . 2016 Feb;7(1):5–12.
59. Janket SJ, Jones JA, Rich S, Meurman J, Garcia R, Miller D. Xerostomic medications and oral health: The Veterans Dental Study (Part I). *Gerodontology*. 2003 Jul;20(1):41–9.
60. Llana-Puy C. The rôle of saliva in maintaining oral health and as an aid to diagnosis. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*. 2006 Aug;11(5):E449-55.
61. Nazar H, Shyama M, Ariga J, El-Salhy M, Soparkar P, Alsumait A. Oral Cancer Knowledge, Attitudes and Practices among Primary Oral Health Care Dentists in Kuwait. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019 May 1;20(5):1531–6.
62. Irani S. Pre-Cancerous Lesions in the Oral and Maxillofacial Region: A Literature Review with Special Focus on Etiopathogenesis. *Iran J Pathol*. 2016;11(4):303–22.

63. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncology*. 2009 Apr;45(4–5):317–23.
64. Escribano Bermejo M, Bascones-Martínez A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Av odontoestomatol*. 2009;83–97.
65. Warnakulasuriya S, Johnson Newell W, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2007 Jul 26;36(10):575–80.
66. Mahonen K, Virtanen K, Larmas M. The effect of prosthesis disinfection on salivary microbial levels. *J Oral Rehabil*. 1998 Apr;25(4):304–10.
67. Fonseca P, Areias C, Figueiral MH. Higiene de Próteses Removíveis. *Rev Port de Estomatol Cir Maxilofac*. 2007 Jul;48(3):141–6.
68. Motta-Silva AC, Aleva NA, Chavasco JK, Armond MC, França JP, Pereira LJ. Erythematous Oral Candidiasis in Patients with Controlled Type II Diabetes Mellitus and Complete Dentures. *Mycopathologia*. 2010 Mar 17;169(3):215–23.
69. Figueiral MH, Fonseca P, Lopes MM, Pinto E, Pereira-Leite T, Sampaio-Maia B. Effect of Denture-Related Stomatitis Fluconazole Treatment on Oral *Candida albicans* Susceptibility Profile and Genotypic Variability. *Open Dent J*. 2015 Jan 30;9(1):46–51.
70. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais R. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases*. 2002 Jul;8(4):218–23.
71. Aguirre-Bustamante J, Barón-López FJ, Carmona-González FJ, Pérez-Farinós N, Wörnberg J. Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. *BMC Oral Health*. 2020 Dec 19;20(1):61.
72. Denis F, Hamad M, Trojak B, Tubert-Jeannin S, Rat C, Pelletier JF, et al. Psychometric characteristics of the “General Oral Health Assessment Index (GOHAI) » in a French representative sample of

- patients with schizophrenia. *BMC Oral Health*. 2017 Dec 11;17(1):75.
73. Afonso A, Silva I, Meneses R, Frias-Bulhosa J. Oral Health-related Quality of Life: Portuguese Linguistic and Cultural Adaptation of OHIP-14. *Psicologia, Saúde & Doença*. 2017 Jul 25;18(2):374–88.
 74. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997 Aug;25(4):284–90.
 75. Schembri A, Fiske J. Oral health and dental care facilities in Maltese residential homes. *Gerodontology*. 2005 Sep;22(3):143–50.
 76. Choufani A, Folliguet M, Chahine N, Rammal S, Doumit M. Prevalence of Oral Mucosal Lesions Among the Institutionalized Elderly Population in Lebanon. *Gerontol Geriatr Med*. 2020 Jan 25;6:233372142092518.
 77. Shao R, Hu T, Zhong YS, Li X, Gao YB, Wang YF, et al. Socio-demographic factors, dental status and health-related behaviors associated with geriatric oral health-related quality of life in Southwestern China. *Health Qual Life Outcomes*. 2018 Dec 21;16(1):98.
 78. Bianco A, Mazzea S, Fortunato L, Giudice A, Papadopoli R, Nobile CGA, et al. Oral Health Status and the Impact on Oral Health-Related Quality of Life among the Institutionalized Elderly Population: A Cross-Sectional Study in an Area of Southern Italy. *Int J Environ Res Public Health* . 2021 Feb 23;18(4):2175.
 79. Zuluaga DJM, Ferreira J, Montoya JAG, Willumsen T. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*. 2012 Jun;29(2):e420–6.
 80. Ribeiro D, Pires I, Pereira M de L. Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do

Porto, Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2012 Oct;53(4):221–6.

81. Gaszynska E, Szatko F, Godala M, Gaszynski T. Oral health status, dental treatment needs, and barriers to dental care of elderly care home residents in Lodz, Poland. *Clin Interv Aging* . 2014 Sep;1637.
82. Roberto LL, Crespo TS, Monteiro-Junior RS, Martins AMEBL, de Paula AMB, Ferreira EF, et al. Sociodemographic determinants of edentulism in the elderly population: A systematic review and meta-analysis. *Gerodontology*. 2019 Dec 5;36(4):325–37.
83. Deeb M al, Abduljabbar T, Vohra F, Zafar MS, Hussain MA. Assessment of factors influencing oral health-related quality of life (OHRQoL) of patients with removable dental prosthesis. *Pak J Med Sci*. 2019 Dec 16;36(2).
84. Chu K, Cockrell D, Naganathan V, Stanaway F, Wright F. Oral health status of newly admitted residents living in residential aged care. *Aust Dent J*. 2021 Dec 5;66(4):391–6.
85. Santucci D, Attard N. The Oral Health–Related Quality of Life in State Institutionalized Older Adults in Malta. *Int J Prosthodont*. 2015 Jul;28(4):402–11.
86. Bellini D, dos Santos MBF, de Paula Prisco Da Cunha V, Marchini L. Patients' expectations and satisfaction of complete denture therapy and correlation with locus of control. *J Oral Rehabil*. 2009 Sep;36(9):682–6.
87. Chen JH, Huang HL, Lin YC, Chou TM, Ebinger J, Lee HE. Dentist–Patient Communication and Denture Quality Associated with Complete Denture Satisfaction Among Taiwanese Elderly Wearers. *Int J Prosthodont*. 2015 Sep;28(5):531–7.
88. Sadig W. The denture hygiene, denture stomatitis and role of dental hygienist. *Int J Dent Hyg*. 2009 Aug;3:227–31.

89. Cinquanta L, Varoni EM, Barbieri C, Sardella A. Patient attitude and habits regarding removable denture home hygiene and correlation with prosthesis cleanliness: A cross-sectional study of elderly Italians. *J Prosthet Dent*. 2021 May;125(5):772.e1-772.e7.
90. Machado de Andrade I, Cruz PC, Silva-Lovato CH, de Souza RF, Cristina Monteiro Souza-Gugelmin M, de Freitas Oliveira Paranhos H. Effect of Chlorhexidine on Denture Biofilm Accumulation. *J Prosthodont*. 2012 Jan;21(1):2–6.
91. Chhabra A, Chhabra N, Jain A, Kabi D. Elderly patient's knowledge, attitudes and behaviors regarding care and maintenance of the removable prosthesis: a qualitative study. *Minerva Stomatol*. 2015 Dec;64(6):265–73.
92. Lamy M, Mojon P, Kalykakis G, Legrand R, Butz-Jorgensen E. Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *J Dent*. 1999 Aug;27(6):443–8.
93. de Medeiros MMD, Carletti TM, Magno MB, Maia LC, Cavalcanti YW, Rodrigues-Garcia RCM. Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2020 Dec 5;20(1):44.
94. Kotzer RD, Lawrence HP, Clovis JB, Matthews DC. Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(1):50.
95. Dhama K, Razdan P, Niraj L, Ali I, Patthi B, Kundra G. Magnifying the senescence: Impact of oral health on quality of life and daily performance in geriatrics: A cross-sectional study. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2017;7(8):113.
96. de Visschere LMJ, van der Putten GJ, Vanobbergen JNO, Schols JMGA, de Baat C. An oral health care guideline for institutionalised older people. *Gerodontology*. 2011 Dec;28(4):307–10.

97. Jesus RM de, Campos FL, Rodrigues LG, Perazzo M de F, Soares AR dos S, Ribeiro MT de F, et al. Guideline for oral care of dependent elders: mapping review and cross-cultural adaptation to Portuguese-Brazil. *Braz Oral Res.* 2020;34.
98. Ferreira RC, Schwambach CW, Magalhães CS de, Moreira AN. Atenção odontológica e práticas de higiene bucal em instituições de longa permanência geriátricas. *Cien Saúde Colet.* 2011 Apr;16(4):2323–33.
99. Kullberg E, Sjögren P, Forsell M, Hoogstraate J, Herbst B, Johansson O. Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. *J Adv Nurs.* 2010 Apr 1;66(6):1273–9.
100. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and Etiology of Denture Stomatitis. *J Prosthodont.* 2011 Jun;20(4):251–60.

7.ANEXOS

7. Anexos

Anexo 1 – Questionário



Código: _____

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

A Faculdade de Medicina Dentária 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	☐
Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	☐
Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe	☐
Fez exame da 4ª classe	☐
Completo o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente)	☐
Completo o 7º ano (curso complementar do liceu)	☐
Completo o ensino superior	☐
Nível de ensino completado na idade adulta (ex. programas novas oportunidades)	☐
Ensino especial	☐
Outro	☐

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	12- Dislipidemia	1 - Sim	2 – Não
2- Glaucoma/Cataratas	1 – Sim	2 - Não	13- Doença dos rins	1 - Sim	2 – Não
3- Asma/Bronquite/DPOC	1 – Sim	2 - Não	14- Doença do fígado	1 - Sim	2 – Não
4- Hipertensão arterial	1 – Sim	2 - Não	15- Doença do sistema urinário	1 - Sim	2 – Não
5- Diabetes	1 – Sim	2 - Não	16- Antecedentes de AVC	1 – Sim	2 – Não
6- Hipertireoidismo	1 – Sim	2 - Não			
7- Hipotireoidismo	1 – Sim	2 - Não	17- Doença de Parkinson	1 - Sim	2 – Não
8- Problemas cardíacos	1 – Sim	2 - Não	18- Doença de Alzheimer	1 - Sim	2 – Não
9- Problemas circulatórios	1 – Sim	2 - Não	19- Outra doença psiquiátrica	1 - Sim	2 – Não
10- Problemas gástricos	1 – Sim	2 - Não	20- Outra doença degenerativa	1 – Sim	2 – Não
			21- Síndrome de Sjogren	1 – Sim	2 – Não
11- Doença oncológica	1 – Sim	2 - Não	22- Doenças infeto-contagiosas	1 – Sim	2 – Não

10. Caso apresente patologias gastrointestinais, indique qual/quais das seguintes:

- Obstipação ☐
- Úlcer gástrica ☐
- Hérnia do hiato ☐
- Refluxo gastroesofágico ☐
- Gastrite ☐
- Colite Ulcerativa ☐
- Cálculo da Vesícula ☐
- Tumores ☐
- Doença celíaca ☐
- Diarreia ☐
- Doença de Chron ☐
- Disfagia ☐
- Outro ☐

Qual? _____

11. Toma medicamentos diariamente? ☐Não ☐Sim

11.1. Se sim, quais são os medicamentos que toma? _____.

12. Alguma vez efectuou tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia? ☐Não ☐Sim

12.1 Se sim, há quanto tempo? _____.

13. Faz algum tipo de actividade física? ☐Não ☐Sim

13.1. Se sim, que tipo de actividade física realiza? _____.

14. Costuma fumar ? ☐Não ☐Sim ☐Ex-fumador

14.1. Se sim, quantos cigarros fuma por dia? _____.

15. Costuma ingerir bebidas alcoólicas? ☐Não ☐Sim

16. Que tipo de alimentação costuma fazer na instituição?

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

II – 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 dificuldade em deglutir (engolir) os alimentos? ☐Não ☐Sim

9. Sente alguma alteração no paladar? ☐Não ☐Sim

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

10.1. Se sim, quando é que iniciou a sensação de “boca seca”? _____.

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

11. Sente algum “mau sabor” na boca ou cheiro desagradável da boca (halitose)? ☐Não ☐Sim

III – 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. Sente que a prótese está pouco retentiva e/ou estável quando a coloca na boca? ☐Não ☐Sim ☐Não sei.

6. Costuma colocar algum produto para segurar melhor a sua prótese dentária? ☐Não ☐Sim ☐Às vezes.

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

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

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

9.1. Se retira a sua prótese à noite, onde coloca a sua prótese à noite? _____

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

10.1. Se higieniza a prótese todos os dias, quantas vezes/dia higieniza a sua prótese? _____ vezes.

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

_____.

12. Há quanto tempo utiliza uma prótese dentária? _____ anos.

13. Há quanto tempo tem a actual prótese dentária? _____ anos.

14. Quando lhe foi fornecida a sua prótese, foram-lhe dadas as instruções/conselhos para a sua limpeza e cuidado apropriado da sua prótese? ☐ Não ☐ Sim

14.1. Se sim, de que forma lhe foi fornecida as instruções/conselhos?

☐ Oralmente ☐ Por escrito ☐ Ambos ☐ Outro método: _____

15. Teve algum dente não natural adicionado à sua prótese desde que ela foi feita inicialmente?

☐ Não ☐ Sim

Anexo 2 – Índice de GOHAI

Índice GOHAI				
		Sempre	Às Vezez	Nunca
1	Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?			
2	Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?			
3	Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?			
4	Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?			
5	Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto a comer algum alimento?			
6	Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com algumas pessoas por causa da sua boca?			
7	Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?			
8	Nos últimos 3 meses teve de tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?			
9	Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?			
10	Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?			
11	Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na sua boca?			
12	Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?			

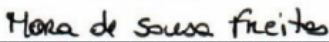
Anexo 3 – OHIP-14

IV – 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 problemas em pronunciar alguma palavra?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
2. Sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
3. Sentiu dores na sua boca ou nos seus dentes?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
4. Sentiu-se desconfortável ao comer algum alimento?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
5. Sentiu-se preocupado(a)?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
6. Sentiu-se nervoso(a)?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
7. A sua alimentação ficou prejudicada?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
8. Teve que interromper as suas refeições?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
9. Encontrou dificuldade para relaxar?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
10. Sentiu-se envergonhado(a)?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
11. Ficou irritado(a) com as outras pessoas?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
12. Teve dificuldade em realizar as suas tarefas diárias?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
13. Sentiu que a sua vida, em geral, ficou pior?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre
14. Ficou totalmente incapacitado para realizar as suas atividades?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Repetidamente ☐ Sempre

Anexo 4 – Parecer da Comissão de Ética

contruída por esta CES: https://www.ucp.pt/sites/default/files/2021-04/Ferramenta%20Apoio%20CI%20CES%20UCP%20abril%202021%20-%20CES-UCP.pdf
Apreciação: <i>As vantagens/benefícios do presente estudo ficaram claras no formulário de CI, contudo não há referência aos riscos, se existem ou não e caso existam, clarificar as medidas de mitigação dos riscos reais ou potenciais, assim como as medidas para partilha dos benefícios decorrentes deste estudo.</i>
Solicitamos esclarecimento.
Apreciação: Esclarecimento satisfatório.
Estiveram presentes na reunião nº 39 da CES-UCP Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas Vice-Presidente: Doutora M ^a Teresa Marques Doutor Jerónimo Santos Trigo Doutor Pedro Garcia Marques Doutora Ana Mineiro Zaky Mestre Ivone Gaspar
Conclusão Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 04 de maio de 2022, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade emitir Parecer Favorável .
Esta CES solicita ao Investigador Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.
A Presidente,  _____ Mara de Sousa Freitas 04/05/2022

Anexo 5 – Consentimento Informado



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

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

Título do estudo: “Oral rehabilitation among the institutionalized elderly in Viseu”

Enquadramento: Estudo realizado com o fim de obtenção do grau de Doutor em Cirurgia e Odontoestomatologia, na Universidade de Salamanca, pela doutoranda Ana Margarida Silva, orientada pelo Profº Doutor Javier Montero e coorientado pelo Profº Doutor Nélío Veiga e pelo Profº Doutor André Correia.

Explicação do estudo: A área da Gerodontologia é cada vez mais atual, visto estarmos perante uma sociedade envelhecida, com uma esperança média de vida aumentada, concomitante com a presença de patologias de carácter crónico que se prolongam por vários anos. Por diversas razões, actualmente, muitos são os idosos que se encontram institucionalizados. O objectivo deste estudo é realizar uma caracterização da saúde oral, do tipo de desdentação e de reabilitação protética e ainda dos cuidados de higiene oral nos idosos institucionalizados em alguns lares e centros de dia da Santa Casa da Misericórdia de Viseu. Os participantes do estudo poderão beneficiar de um esclarecimento sobre o seu estado de saúde oral, bem como das suas próteses dentárias. Um dos objetivos consiste em desenvolver guidelines para os cuidadores por forma a garantir um melhor acompanhamento da saúde oral do idoso institucionalizado. Os dados a serem recolhidos serão através da aplicação de um questionário aos idosos abordando aspetos sócio-demográficos, condição de saúde oral e sistémica, bem como a aplicação de índices de avaliação da qualidade de vida, o OHIP14 (Oral Health Impact Profile 14) e o GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index). Será realizada também uma observação intra-oral para avaliação da saúde oral do participante e o seu nível de reabilitação oral caso se verifique necessário. Não se prevê quaisquer riscos/incómodos para os participantes do estudo. Os participantes do estudo poderão beneficiar de um esclarecimento sobre o seu estado de saúde oral, bem como das suas próteses dentárias (se for o caso). Um dos objetivos consiste em desenvolver guidelines para os cuidadores por forma a garantir um melhor acompanhamento da saúde oral do idoso institucionalizado.

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

Confidencialidade e anonimato: Os dados são recolhidos garantindo a confidencialidade e anonimato e utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto. Todos os participantes serão identificados por um código numérico apenas, não havendo a associação dos dados recolhidos com o respetivo sujeito do estudo. Para o tratamento estatístico dos dados, irá manter-se o mesmo pressuposto de codificação por forma a garantir a continuidade do processo de anonimização dos dados recolhidos. O participante no estudo poderá retirar o seu

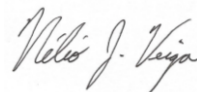
consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar e podendo ter acesso e correção aos dados recolhidos pelo participante. O período de recolha de dados será de 1 ano, sendo o período para a guarda da informação recolhida de 5 anos. A análise dos dados será efetuada em ambiente que garanta a total privacidade dos mesmos.

Para qualquer esclarecimento adicional deve contactar:

Nélio Jorge Veiga

Contato: nveiga@ucp.pt, 966454933

Viseu, 12 de Janeiro de 2022



Nélio Jorge Veiga (Investigador Principal)



Data Protection Officer - UCP

Dra. Frederica Campos de Carvalho

Contacto telefónico: +351 217214179

E-mail: compliance.rgpd@ucp.pt

Consentimento informado

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

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

NOME: _____

BI/CC Nº: _____ DATA OU VALIDADE: ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

Nome do participante no estudo.

Assinatura: _____ . Data: ____/____/____

Nome do investigador responsável.

Assinatura: _____ . Data: ____/____/____