



CATOLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

HÁBITOS DE HIGIENE ORAL EM PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESE REMOVÍVEIS

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

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

Por:
Víctor Fontenla Torres

Viseu, 2025



CATOLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

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

Por: Vítor Fontenla Torres

Orientador: Prof. Dr^a. Cristina Isabel Paiva Figueiredo

Coorientador: Mestre Ana Margarida Santos e Silva

Área(s) Disciplinar(es) envolvida(s): Reabilitação Oral

Plataforma do CIIS: Precision Dental Medicine

Viseu, junho de 2025

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho representa a conclusão de uma etapa marcante da minha vida académica e pessoal, que não teria sido possível sem o apoio e contributo de diversas pessoas, a quem desejo expressar o meu mais sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Prof. Dr^a. Cristina Isabel Paiva Figueiredo, e à minha coorientadora, Mestre Ana Margarida Santos e Silva, não só pela sua orientação científica rigorosa, mas também pela proximidade, disponibilidade e paciência com que sempre me acompanharam. A sua forma acessível de orientar, aliada ao apoio constante em todas as fases do projeto, foram determinantes para a superação dos desafios encontrados ao longo do trabalho

Agradeço profundamente a todos os pacientes que participaram voluntariamente neste estudo. A sua colaboração e generosidade foram essenciais para a recolha dos dados e enriqueceram imensamente esta investigação.

Aos meus amigos, tanto aqueles que já me acompanhavam antes do início desta jornada académica e que continuaram ao meu lado ao longo de todo o percurso, como aqueles que tive o privilégio de conhecer durante esta etapa, e com os quais espero continuar a partilhar momentos de amizade e crescimento, deixo o meu reconhecimento e carinho.

À minha família, o meu mais profundo agradecimento. Em especial à minha mãe e ao meu pai, pilares constantes de apoio, amor e incentivo. Quero destacar o papel da minha mãe, que desde pequeno me aproximou do mundo da medicina dentária, despertando em mim esta vocação. Aos meus avós, deixo um agradecimento coletivo, com especial menção ao meu avô materno, já falecido, cuja dedicação e esforço como protésico dentário introduziram a nossa família neste universo profissional. Tenho a certeza de que, se estivesse presente, seria ele quem sentiria um orgulho imenso por esta conquista, talvez mais do que ninguém.

A todos vós, o meu sincero e sentido obrigado.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar os hábitos de higiene oral em utilizadores de próteses dentárias removíveis atendidos numa clínica universitária. Através de uma metodologia descritiva e observacional, foram recolhidos dados com base em questionários estruturados que abordaram a frequência, os métodos de higiene, o tipo e o estado das próteses, as instruções recebidas e complicações associadas, como estomatite protética ou fraturas. Os resultados revelaram uma discrepância entre o conhecimento percebido pelos pacientes e os seus comportamentos reais de higiene. Embora a maioria afirmasse ter informações suficientes, muitos utilizavam produtos inadequados ou realizavam práticas abaixo do recomendado. Não foi identificada associação estatisticamente significativa entre a frequência de consultas odontológicas e melhores condições da prótese. Da mesma forma, a presença de placa ou resíduos alimentares não se associou consistentemente com sinais clínicos de estomatite protética. As principais dificuldades enfrentadas incluíram o recrutamento da amostra e a obtenção de respostas fiáveis, especialmente em idosos com limitações cognitivas. Apesar dessas limitações, o estudo reforça a necessidade de estratégias educativas complementares, como folhetos ilustrativos, para apoiar os cuidados domiciliares e promover maior autonomia do paciente.

Palavras-chave: Prótese removível, hábitos de higiene, saúde oral, educação do paciente.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate oral hygiene practices among users of removable dental prostheses treated at a university clinic. Through a descriptive and observational methodology, data were collected via structured questionnaires addressing frequency, methods of hygiene, type and condition of prostheses, professional guidance received, and related complications such as stomatitis or fractures. The results revealed a discrepancy between patients perceived knowledge and their actual hygiene behaviors. Although most participants believed they had sufficient information, many used inadequate products and had suboptimal hygiene routines. Additionally, no statistically significant association was found between regular dental visits and improved hygiene or prosthetic condition. Similarly, the presence of plaque or food residues was not consistently associated with clinical signs of prosthetic stomatitis. Challenges encountered included recruiting a representative sample and ensuring accurate responses due to cognitive or communication difficulties in elderly participants. Despite these limitations, the study highlights the need for educational reinforcement strategies, including printed visual materials such as flyers to support proper home care practices and enhance patient autonomy.

Keywords: Removable prosthesis, hygiene habits, oral health, patient education.

INDICE

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	III
ABSTRACT	V
1. INTRODUÇÃO	4
1.1 Importância da saúde oral	4
1.2 Relevância do envelhecimento demográfico	5
1.3 Escolha de próteses removíveis como tratamento de reabilitação oral	5
1.4 Relação entre a higienização das próteses e o estado de saúde oral	6
1.5 Doenças relacionadas com a higiene incorreta das próteses	7
1.6 Técnica de higienização de próteses removíveis	9
1.7 Educação para a higiene das próteses	10
2. OBJETIVOS	15
3. MATERIAL E MÉTODOS	19
3.1 Desenho do estudo	19
3.2 Caracterização da amostra	19
3.3 Instrumento de Recolha de Dados	20
3.4 Processamento dos dados	21
4. RESULTADOS	25
5. DISCUSSÃO	37
5.1. Limitações da investigação	43
5.2. Perspetivas Futuras	43
6. CONCLUSÃO	47
7. BIBLIOGRAFIA	52

INDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Caraterização do estado civil da amostra	26
--	-----------

INDICE DE TABELAS

Tabela 1. Sistema de classificação de higienização protética por Hoad-Reddick	21
Tabela 2 – Caraterização da amostra por sexo e idade [n(%)]	25
Tabela 3 – Caracterização da utilização e manutenção de próteses dentárias.....	27
Tabela 4 – Caracterização do nível de conhecimento em relação à higienização da prótese	28
Tabela 5 – Classificação da limpeza da prótese	28
Tabela 6 – Caracterização da idade e sexo versus utilização e manutenção de próteses removíveis.....	29
Tabela 7 – Caracterização das consultas de controlo pela manutenção e estado das próteses removíveis [n/%]	30
Tabela 8 – Caraterização do método de limpeza versus instruções, tempo de higiene e lesões associadas [n/%]	31
Tabela 9 – Caraterização do score verificado [n/%]	32
Tabela 10 – Caraterização da higienização dos dentes remanescentes versus score.....	33

Lista de Acrónimos e siglas:

CAD: Computer-Aided Design

CAM: Computer-Aided Manufacturing

PT: Prótese total

PPR: Prótese parcial removível

Total S: Total superior

Total I: Total inferior

Parcial S: Parcial superior

Parcial I: Parcial inferior

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Importância da saúde oral

A saúde oral é um direito humano que capacita os indivíduos a alcançar uma melhor qualidade de vida. (1) É de carácter multifacetado, englobando a capacidade de falar, sorrir, saborear, mastigar, engolir e expressar emoções com confiança e sem desconforto. É uma componente essencial do bem-estar físico e mental, influenciada pelos valores, atitudes e experiências dos indivíduos e das comunidades, fundamental para a qualidade de vida, adaptando-se às circunstâncias e expectativas de cada indivíduo. (2)

Podemos falar de vários fatores que determinam o estado de saúde oral, são estes: genético e biológico, ambiente social, ambiente físico, hábitos relacionados com a saúde e acesso aos serviços de saúde. Estes fatores podem facilitar ou dificultar a preservação da saúde oral. Além disso, elementos como a idade, a cultura, o rendimento e as expectativas actuam como moderadores que afectam a percepções individuais da saúde oral. (2)

As doenças orais não só causam dor e desconforto como também afetam a capacidade de realizar actividades diárias, como falar e manter a higiene oral. Muitas pessoas dependem de cuidados específicos para estas tarefas, o que sublinha a necessidade de programas de formação específicos para melhorar os níveis de higiene oral. (3)

Verifica-se também um interesse crescente na análise da relação entre a saúde oral e a saúde geral, assim como na identificação de fatores de diagnóstico e/ou de prognóstico e indicadores de deterioração da saúde. (1)

A perda de dentes e a existência de reabilitações potéticas mal ajustadas limitam a capacidade de mastigar alimentos nutritivos, como fruta e proteínas podendo estar na origem de deficiências nutricionais. Indivíduos idosos com problemas orais dependem frequentemente de dietas leves e menos variadas, aumentando o risco de malnutrição e debilitação geral. A xerostomia que é comum nesta população, agrava as dificuldades de alimentação, ao tornar a deglutição mais difícil. (4, 5)

1.2 Relevância do envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico tem emergido, nas últimas décadas, como um problema de saúde pública, devido à sua forte associação com o aumento das taxas de doença, institucionalização e mesmo de morte. Estes fatores apresentam um impacto direto na qualidade de vida dos indivíduos com idades mais avançadas. (1)

O envelhecimento demográfico em Portugal tem vindo a aumentar. Entre 2015 e 2023 observou-se uma diminuição da natalidade e um aumento da esperança média de vida. O índice de envelhecimento, que compara o número de idosos (+ 65 anos) com o de jovens (0-14 anos), atingiu o valor de 188 idosos por cada 100 jovens, um aumento em relação a 2022 (184,4). A idade média da população aumentou para 47,1 anos em 2023, comparada a 46,9 em 2022 e 44,1 em 2015. (6) Entre 2021 e 2023, a esperança de vida à nascença foi estimada em 81,17 anos, sendo 78,37 anos para os homens e 83,67 anos para as mulheres. Comparado com o triénio anterior, houve um aumento de 0,32 anos para os homens e de 0,15 anos para as mulheres. (6)

A perda dentária é influenciada por fatores metabólicos e periodontais, que têm de ser considerados em contextos clínicos e de saúde pública. Assim, o envelhecimento da população é um sinal de que quanto mais velha for a população, maior será a probabilidade de existir necessidade de tratamentos de reabilitação oral. (7)

Indivíduos com 85 anos de idade apresentam uma média de 14 dentes na cavidade oral, o que sugere que a reabilitação protética será um tratamento necessário à medida que nos aproximamos desta idade. (8)

1.3 Escolha de próteses removíveis como tratamento de reabilitação oral

As opções existentes para reabilitação da cavidade oral são: prótese removível, prótese fixa e prótese sobre implantes. (9)

Ao escolher um plano de tratamento para reabilitação oral, há uma série de aspetos essenciais a ter em consideração, nomeadamente o desenho da prótese, a qual deve dar prioridade a uma distribuição uniforme das forças mastigatórias para evitar danos nos tecidos, minimizar a cobertura gengival para facilitar a higiene oral e prever

possíveis perdas dentárias futuras, através de desenhos adaptáveis que permitam modificações sem necessidade de substituições completas. (10) Na fase de escolha da reabilitação protética a realizar, para além das características anatómicas existentes e da vontade do paciente, é também importante a análise do fator económico/financeiro, uma vez que os tratamentos apresentam diferentes custos. (9)

As próteses removíveis representam a opção mais económica para a maioria dos pacientes. Oferecem uma duração aceitável, mas que pode ser limitada por problemas de estabilidade, estética, desgaste e necessidade de ajustes frequentes, especialmente em pacientes que apresentem perda óssea progressiva. A satisfação do paciente com este tipo de prótese pode variar, devido às suas limitações. (9,11)

Por outro lado, as próteses fixas proporcionam uma melhor estabilidade e uma estética superior comparativamente com as próteses removíveis, embora impliquem um custo inicial significativamente mais elevado e o seu sucesso dependa da saúde periodontal dos dentes de suporte. (9,11)

As próteses implanto-suportadas destacam-se como a opção que proporciona maior satisfação ao paciente, especialmente em termos de função e conforto, e também pela sua superior longevidade. No entanto, requerem um planeamento cirúrgico e protético detalhado, e são as mais dispendiosas das três opções existentes. (9, 11)

Dados recentes do Barómetro de Saúde Oral, realizado sob orientação da Ordem dos Médicos Dentistas, refere que 35,9% dos indivíduos com perda de dentes em Portugal apresentam reabilitações com próteses removíveis como método de substituição dentária. Por conseguinte, este tipo de tratamento continua a ser bastante selecionado como recurso de reabilitação dentária na nossa população, pelo que se mantém o interesse no estudo e avaliação do seu desempenho. (12)

1.4 Relação entre a higienização das próteses e o estado de saúde oral

O tema da higienização em prótese removível é considerado de extrema importância, uma vez que a evidência científica relaciona o aparecimento e desenvolvimento de patologia oral, tanto local como sistémica, com a existência de hábitos de higiene oral inadequados. (13, 14)

O maior objetivo da higienização no âmbito da Prostodontia Removível, é o de eliminar microrganismos patogênicos. (13) A presença de biofilme associado à prótese removível representa um fator de risco para o crescimento excessivo de *Candida Albicans* e desenvolvimento subsequente de estomatite protética e já foi reportado como fator de risco para o desenvolvimento de endocardite bacteriana, pneumonia por aspiração ou outras infecções generalizadas do trato respiratório em indivíduos com predisposição para tal. (15)

A higienização oral insuficiente pode dar origem a outras consequências, tais como: o desgaste acelerado do material que constitui a reabilitação, enfraquecendo a sua resistência e alterando a sua forma. Esta deterioração pode levar ao desajuste da prótese, o que reduz a sua eficácia na distribuição das forças mastigatórias e afeta negativamente o conforto do utilizador. Para além disso, as superfícies ásperas e danificadas da prótese podem causar irritação nos tecidos moles circundantes, levando consequentemente ao aparecimento de inflamação, lesão e dor, o que influencia significativamente a qualidade de vida do doente. Desta forma, uma higiene adequada e consultas regulares com o médico dentista são essenciais para prolongar a vida útil das próteses e evitar complicações associadas. (16)

É, assim, de realçar, que os procedimentos de higienização realizados pelos utilizadores de prótese removível são essenciais para o sucesso da reabilitação protética e para a manutenção da sua saúde oral e sistémica. (15)

1.5 Doenças relacionadas com a higiene incorreta das próteses

Uma higienização inadequada pode causar dor e desconforto ao utilizador da prótese, conduzindo por vezes a doenças, entre as mais comuns a infecção por *Candida Albicans* designada por Estomatite Protética. (17)

Este fungo desempenha um papel central na disbiose da microbiota oral. Promove a formação de biofilmes resistentes, associando-se a bactérias patogénicas como o *Streptococcus mutans*, promovendo um ambiente favorável ao desenvolvimento de doenças orais. Para além disso, desloca bactérias benéficas como o *Streptococcus salivarius*, contribuindo para um desequilíbrio microbiano. Em termos de doenças orais, a *Candida albicans* agrava patologias como a periodontite e a cárie dentária, exacerbando a

inflamação e aumentando a produção de ácidos que danificam os tecidos dentários. A sua virulência é atribuída a fatores como as adesinas, a formação de hifas e a secreção de enzimas hidrolíticas que permitem a invasão dos tecidos. (18) Atua como comensal em condições normais e como agente patogénico em circunstâncias específicas, como a imunossupressão ou o tratamento com antibióticos. Este desequilíbrio microbiano não só agrava as doenças existentes, como também predispõe a cavidade oral a novas infeções. (18)

A *Candida* é a estirpe de fungos mais prevalentes no corpo humano e apresenta-se como um patogénico oportunista.. A candidíase oral é uma das principais infeções causadas por estes agentes patogénicos, apresentando uma etiologia multifatorial. O uso de próteses dentárias removíveis contribui, juntamente com a *Candida* para originar uma condição clínica chamada de Estomatite Protética. Esta patologia afeta a mucosa de suporte das próteses removíveis e provoca infeção. (17) Afeta cerca do 70% dos portadores de prótese removível. (19)

A Estomatite Protética é caracterizada principalmente pela inflamação da mucosa oral que entra em contacto com as próteses. Os sintomas da estomatite protética podem variar desde manifestações ligeiras e indolores, ou mesmo assintomáticas, até casos graves caracterizados por inflamação significativa, vermelhidão, inchaço, hiperplasia papilar e hemorragia pontual. Esta doença tem um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e está associada a elevadas taxas de recorrência, mesmo após tratamento antifúngico. (19)

A higienização oral insuficiente pode originar outras consequências como sintomatologia dolorosa, alterações na capacidade mastigatória, alterações na fonética, assim como lesões de cárie e doença periodontal. (3)

Ao mesmo tempo, as próteses removíveis são factores de risco para as principais doenças da cavidade oral como a cárie dentária e a periodontite. Relativamente à cárie dentária os os dentes em contacto com próteses parciais removíveis mostram um aumento significativo na prevalência de cárie, especialmente nas superfícies proximais e oclusais (20). Este fenómeno é atribuído à acumulação de placa bacteriana nas áreas onde a prótese cria uma barreira que dificulta a auto-limpeza natural e a higiene oral. Os dentes pilares, utilizados como suporte das próteses, foram identificados como os mais

vulneráveis, uma vez que o contacto contínuo com a base da prótese aumenta o risco de desmineralização do esmalte e de formação de cáries secundárias. (20)

Em termos de saúde periodontal, os dentes pilares apresentam um aumento significativo da profundidade da bolsa periodontal e da mobilidade dentária. Estes efeitos são particularmente evidentes em pacientes com uma higiene oral deficiente ou com falta de controlos dentários regulares.(19) A inflamação e a deterioração do periodonto nos dentes adjacentes às PPRs foram atribuídas à acumulação de biofilme nas estruturas protéticas, o que promove uma resposta inflamatória crónica e a progressão da doença periodontal nestes dentes fundamentais para a funcionalidade protética. (20)

1.6 Técnica de higienização de próteses removíveis

A remoção do biofilme pode ser realizada através da utilização de diferentes métodos , nomeadamente a higienização mecânica, a utilização de agentes químicos, ou a combinação de ambos os métodos. A higienização mecânica compreende a escovagem manual, a irradiação com micro-ondas e a limpeza com dispositivos ultrassónicos. A escovagem manual representa o método mais utilizado dado, combinar a simplicidade da técnica com a sua eficácia e o facto de ser o método economicamente mais apelativo. Os métodos químicos de limpeza podem incluir um vasto leque de substâncias de limpeza tais como hipoclorito de sódio, peróxidos, peróxidos neutros com enzimas e ácidos, entre outros. (13)

O método de limpeza ideal deverá ser aquele que apresentar ação antibacteriana e antifúngica e que possua a capacidade de manter as características das próteses inalteradas (consequentemente as suas propriedades mecânicas e físicas), tanto da base como dos dentes protéticos. Em particular, a manutenção de características como a cor e a estabilidade dimensional são importantes pré-requisitos para a longevidade clínica da prótese removível. (13).

Dentro da multiplicidade de processos de higienização de próteses removíveis existentes, é importante definir um gold standard ou padrão de ouro, aplicado a todos os indivíduos que não apresentem limitações funcionais, com o objetivo de definir a forma

ideal de comunicar aos indivíduos a metodologia de higienização protética. Este método deve ser depois adaptado às particularidades e exigências específicas de cada indivíduo.

Assim, e de acordo com os autores Carr e Brown, na 12ª Edição do livro McCracken's deve ser utilizada uma escova pequena com cerdas macias com substâncias não abrasivas. (21) Pastas de dentes ou outros agentes de limpeza não devem ser utilizados devido à sua abrasividade. Recomenda-se que a limpeza seja efetuada sobre um recipiente/lavatório com água, para evitar fraturas ou outros danos em caso de queda da prótese. A higienização da prótese deve ser realizada depois das principais refeições e antes do pequeno-almoço, dado ter sido provado que esta higienização é capaz de reduzir o número de microrganismos, o que pode ajudar na manutenção de um correto pH salivar após as refeições. A higienização mecânica poderá ser complementada com a utilização de uma solução de limpeza de próteses, durante cerca de 15 minutos. Caso não seja possível a higienização correta após a refeição, é recomendada a remoção das próteses da cavidade oral e a sua passagem por água corrente, assim como o bochecho da cavidade oral da mesma forma. (21)

A escolha da técnica de fabrico também desempenha um papel importante na prevenção da acumulação microbiana. Estudos recentes referem que as bases fabricadas em CAD/CAM provaram ser menos propensas à colonização microbiana devido à sua melhor qualidade de superfície. (22)

1.7 Educação para a higiene das próteses

Todos os pacientes devem receber instruções personalizadas e adaptadas às suas capacidades/necessidades físicas e emocionais, tendo em consideração que as características da microbiota oral dos indivíduos idosos portadores de próteses removíveis são quantitativa e qualitativamente modificados devido à presença da reabilitação protética e da hipossalivação associada. (15) Estas instruções devem ser também adequadas às capacidades motoras e de compreensão dos indivíduos a que se destinam, uma vez que há um declínio das faculdades mentais verificado com o passar do tempo em indivíduos idosos. (16)

As intervenções realizadas por profissionais especializados em saúde oral, como médicos dentistas e higienistas, têm o potencial de melhorar significativamente a higiene

oral de pacientes geriátricos, reduzindo a formação de placa bacteriana e a ocorrência de complicações, como a estomatite protética. Paralelamente, a capacitação de cuidadores em práticas de higiene adaptadas às condições específicas desses pacientes pode desempenhar um papel crucial, promovendo um cuidado contínuo e eficaz. Espera-se também, com estas ações, contribuir para a redução da incidência de doenças sistêmicas associadas à má higiene oral, como a pneumonia por aspiração, resultando em melhorias significativas na qualidade de vida e no bem-estar geral desta população. (23)

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo analisar os hábitos de higiene oral e protética numa população de desdentados totais e parciais reabilitados com próteses removíveis, que recorreram à consulta de medicina dentária, na Clínica Dentária Universitária.

Procura relacionar as variáveis sociodemográficas da amostra com os hábitos de higiene oral, assim com o estado de higiene em que as próteses removíveis se encontram no momento da avaliação.

Procura-se igualmente identificar as possíveis dificuldades relacionadas com a higienização das próteses removíveis, que possam afetar negativamente a saúde dos pacientes, assim como analisar os conhecimentos de higiene oral dos pacientes portadores de prótese removíveis, com o objetivo de resolver ou minimizar os problemas enfrentados pelos pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Tendo presente o objetivo de avaliar os hábitos de higiene oral de pacientes portadores de próteses removíveis observados na Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu foi realizado um estudo observacional transversal.

A participação foi voluntária e os pacientes foram devidamente informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo antes ou após as suas consultas de controlo na área disciplinar de Prótese Removível.

Para fundamentar este trabalho, foi realizada uma pesquisa rigorosa em bases de dados científicas reconhecidas, garantindo que o estudo foi sustentado por evidência científica atualizada e relevante no campo da medicina dentária e da saúde pública.

3.2 Caracterização da amostra

O presente estudo foi realizado numa amostra de 48 indivíduos que recorreram à consulta de Reabilitação Oral e Prostodontia removível na Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, portadores de próteses removíveis totais ou parciais. De forma a uniformizar os requisitos necessários à participação no presente estudo, foram delineados previamente critérios de inclusão assim como critérios de exclusão.

Como critérios de inclusão o estudo abrange indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades, portadores de prótese removível. Como critérios de exclusão foram utilizados:

- Deficiência cognitiva que impossibilitasse a compreensão das perguntas efetuadas e a sua resposta.
- Falta de vontade/disponibilidade em colaborar.
- A necessidade ou envolvimento de terceira pessoa na realização da higienização dentária e da prótese removível.

3.3 Instrumento de Recolha de Dados

3.3.1 QUESTIONÁRIO

Foi elaborado um questionário, dividido em três partes e com um total de 19 perguntas. A primeira parte do questionário abrange questões relacionadas com os dados sociodemográficos dos indivíduos, tais como idade, sexo, local de residência. A segunda parte do questionário apresenta as questões relacionadas com a reabilitação protética existente. Por último, a terceira parte diz respeito aos hábitos de higiene da prótese removível e das peças dentárias existentes, nomeadamente método de higienização, frequência de realização e materiais utilizados.

Os dados foram recolhidos através do preenchimento de um questionário estruturado, desenvolvido e aplicado na plataforma informática Qualtrics, que abordou de forma padronizada as práticas de higiene oral. As questões incluíram formatos de resposta curta, escolha múltipla e escolha simples, permitindo uma recolha de dados padronizada e objetiva.

O procedimento de recolha de dados iniciou-se com a preparação do paciente, na qual o responsável pelo estudo explicou os objetivos do questionário, esclareceu dúvidas e no caso de o paciente aceitar participar, procedeu à entrega do Consentimento Informado. Os participantes foram informados de que sua participação é voluntária. Todas as informações recolhidas foram armazenadas de forma segura e anónima na base de dados da plataforma Qualtrics, garantindo assim a confidencialidade dos participantes.

3.3.2 SISTEMA DE SCORE DE HIGIENIZAÇÃO DA PROTESE

De forma a ser possível avaliar clinicamente o grau de higienização das próteses removíveis, foi utilizada a metodologia descrita pelo autor Hoad-Reddick em 1990 e utilizada desde então por diversos autores. Dikbas et al. (Investigation of the cleanliness of dentures in a university hospital). (24)

Esta metodologia implica a análise da prótese removível e a sua categorização num de três scores possíveis, de acordo com a classificação em: limpa (score 1), suja

(score 2) e extremamente suja (score 3), de acordo com os critérios presentes na tabela 1. Para a análise das próteses removíveis sob avaliação foi utilizado sempre o mesmo examinador, que analisou todas as próteses com a mesma fonte de luz e nas mesmas condições.

Tabela 1. Sistema de classificação de higienização protética por Hoad-Reddick (24)

Scoring	Descrição
Score 1 (prótese limpa)	Ausência de resíduos moles ou duros e de pigmentação
Score 2 (prótese suja)	Presença de resíduos moles após a colocação da prótese em água corrente nas zonas interproximais dos dentes protéticos; e/ou resíduos sólidos ou manchas presentes em ambas as superfícies lingual e facial dos incisivos centrais mandibulares, ou na face vestibular dos molares maxilares
Score 3 (prótese extremamente suja)	Mesma condição reportada no score 2, com a presença adicional de resíduos na base da prótese

3.4 Processamento dos dados

Neste estudo, após a recolha dos dados no programa Qualtrics, foi feita a codificação e inserção em base de dados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0, onde se realizou o tratamento estatístico. O tratamento dos dados foi realizado tendo em consideração os objetivos do estudo.

Para a análise descritiva recorreu-se às distribuições de frequências e às medidas estatísticas adequadas, assim como às representações gráficas.

Na análise inferencial utilizou-se o teste de independência do qui-quadrado para inferir sobre a possível associação entre as várias variáveis em estudo. O teste do qui-quadrado pressupõe que a amostra seja de grande dimensão e que pelo menos 80% das frequências esperadas sejam no mínimo de cinco, quando não se verifica o pressuposto da frequência esperada recorre-se ao teste exato de Fisher.

O valor de significância considerado foi de 5%.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Participaram neste estudo 48 indivíduos, sendo a maioria, 60,4% (n=29) do sexo feminino. Verificou-se que 43,8% (n=21) têm até 65 anos de idade e 56,2% (n=27) mais de 65 anos. Contudo, foram as mulheres que apresentaram maioritariamente idade até 65 anos, 35,4,% (n=17) enquanto que os homens têm, na maioria mais de 65 anos. Tal facto é realçado pela idade média das mulheres, $64,34 \pm 9,62$ anos e a dos homens, $72,37 \pm 10,32$ anos, conforme tabela 2.

Tabela 2 – Caraterização da amostra por sexo e idade [n(%)].

Características		Masculino	Feminino	Total
Idade	Até 65 anos	5 (10,4)	17 (35,4)	21 (43,8)
	Superior a 65 anos	14 (29,2)	12 (25)	27 (56,2)
	Total	19 (39,6)	29 (60,4)	48 (100)
Média + Desvio Padrão		$72,37 \pm 10,32$	$64,34 \pm 9,62$	$67,52 \pm 10,57$

Em relação ao estado civil, a maioria dos elementos da amostra, 68,75% (n=33) encontram-se casados, 12,5% são solteiros, 12,5% são viúvos e 6,25% apresentam-se divorciados. De referir que a totalidade dos inquiridos residiam na sua habitação e não apresentavam apoio de centros de dia ou residiam em lares.

A Figura 1 representa o tempo de utilização da reabilitação protética. É possível verificar que a maioria dos elementos da amostra utiliza prótese removível há pelo menos dez anos [50,0%, n=24], seguidos de utilizadores há mais de seis anos e menos de 10 [20,8%, n=10].

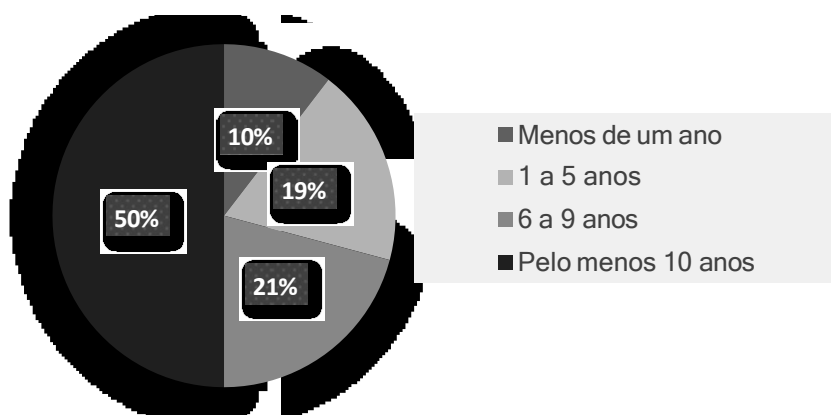


Figura 1 – Tempo de utilização de prótese removível

Foi possível verificar que a maioria da amostra compreende indivíduos com desdentações parciais [87,5%, n=42]. Estes, apresentam-se reabilitados essencialmente com próteses parciais removíveis [71%, n= 34], seguidos por reabilitações combinadas entre parciais e totais [16,6%, n=8] e por último, e menos frequente, verificaram-se as reabilitações de ambas as arcadas com reabilitações totais [12,5%, n=6].

Na tabela 3 encontram-se resumidas as características relativas ao período em que a prótese removível é utilizada e se existe ou não descanso noturno. A maioria dos indivíduos da amostra utilizam a prótese todo o dia (97,9%) e têm o hábito de retirar a prótese no período noturno (72,9%). Em relação à frequência de higienização da prótese 56,3% (n=27) procede à higienização da prótese uma vez por dia e 43,8% (n=21) duas ou mais vezes. Salienta-se o facto da maioria da amostra utilizar pasta de dentes para a realização dessa higienização [56,3%, n=27], sendo que apenas 18,8% recorre a pastilhas de limpeza. Em relação à higienização dos dentes remanescentes, todos os indivíduos da amostra referiram a higienização dos dentes remanescentes como feita diariamente por 66,7% dos indivíduos, sendo que os restantes recorrem adicionalmente à utilização do fio dentário. Quanto a instruções sobre a limpeza da prótese dentária 72,9% (n=35) dos inquiridos respondeu que a recebeu no momento da colocação.

Considerando os resultados apresentados tem-se que a maioria dos pacientes, 68,8% (n=33) notou acumulação de placa bacteriana ou restos de comida, sendo que dezoito destes pacientes afirmaram que esse problema é regular. Em relação ao desgaste ou eventuais fraturas verificadas na prótese removível a distribuição entre ter acontecido e não se ter verificado é semelhante (47,9% não e 52,1% sim). A existência de patologia

associada, nomeadamente estomatite protética, foi identificada por 20 indivíduos da amostra (41,7%). As queixas associadas a patologia do tipo estomatite protética ocorreram com maior frequência em pacientes reabilitados com prótese total.

Tabela 3 - Caracterização da utilização e manutenção de próteses dentárias

		n	%
Usa a prótese durante todo o dia	Não	1	2,1%
	Sim	47	97,9%
Retira a prótese à noite	Não	13	27,1%
	Sim	35	72,9%
Fez consultas de controlo depois de colocar a prótese	Não	10	20,8%
	Sim, mas não regularmente	18	37,5%
	Sim, regularmente	20	41,7%
Com que frequência limpa a prótese	Uma vez por dia	27	56,2%
	Duas ou mais vezes por dia	21	43,8%
Que método utiliza para limpar a prótese	Só escovagem	6	12,5%
	Com pasta de dentes	27	56,3%
	Com sabão	6	12,5%
	Utilização de pastilhas de limpeza	9	18,7%
Hábitos de higiene dos dentes remanescentes	Escovagem diária	28	66,7%
	Escovagem diária e fio dentário	14	33,3%
Quanto tempo demora a higienizar a sua prótese	Menos de 2 minutos	16	33,3%
	2 a 5 minutos	26	54,2%
	Mais de 5 minutos	6	12,5%
Notou acumulação de placa bacteriana ou restos de comida	Não	15	31,3%
	Sim, mas não regularmente	15	31,3%
	Sim, regularmente	18	37,5%
A prótese teve alguma fratura ou desgaste	Não	23	47,9%
	Sim	25	52,1%
Teve alguma lesão associada com a prótese	Não	28	58,3%
	Sim	20	41,7%

A tabela 4 apresenta os resultados obtidos às perguntas cujo objetivo era o de avaliar o nível de conhecimento em relação à metodologia de higienização da prótese, a altura em que esses conhecimentos foram transmitidos, assim como a avaliação da perceção do indivíduo relativamente a esse conhecimento.

Tabela 4 – Caracterização do nível de conhecimento em relação à higienização da prótese.

		n	%
Recebeu instruções sobre como higienizar a sua prótese dentária	Não	8	16,7%
	Sim, no momento de colocação	35	72,9%
	Sim, numa consulta posterior	5	10,4%
Considera que tem conhecimentos suficientes sobre os cuidados a ter com a prótese	Não	8	16,7%
	Sim	40	83,3%
Gostaria de receber mais informação ou formação sobre os cuidados a ter	Não	15	31,3%
	Sim	33	68,8%

Na sequência da avaliação detalhada da/das próteses dos indivíduos da amostra realizou-se a classificação da higienização que se apresenta na tabela 5. Concluiu-se que a maioria das próteses se encontravam sujas [62,5%, n= 30], distribuindo-se pelo Score 2 (prótese suja) 52,1% da amostra e no Score 3 (prótese extremamente suja) 10,4% da amostra.

Tabela 5 – Classificação da limpeza da prótese.

	Classificação	N(%)
Score	1	18 (37,5)
	2	25 (52,1)
	3	5 (10,4)

Nas tabelas seguintes apresentam-se os resultados da estatística inferencial, em que foram realizados os cruzamentos das variáveis em análise. Quando analisados as variáveis idade e sexo, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, em nenhuma das variáveis em estudo. Foi assim verificado que os comportamentos dos pacientes do sexo masculino e feminino e de idades menores ou maiores de 65 anos, quanto à higiene e utilização da prótese são idênticos.

Da análise dos resultados obtidos é possível verificar que o comportamento referente ao descanso noturno da prótese é independente da idade e do sexo dos

indivíduos em estudo. Em relação ao método utilizado para a higienização das próteses utilizadas, é possível verificar que as mulheres, com idades menos avançadas, são aquelas que referem uma maior frequência na utilização de pastilhas de limpeza concomitante à higienização mecânica da prótese (n=8). No entanto também são os indivíduos do sexo feminino, apesar de neste caso apresentarem com idades mais avançadas que referem apenas fazer a higienização da prótese com a escova, não utilizando qualquer substância ou método adicional (n=5). O tempo de higienização é maioritariamente de 2 a 5 minutos e revelou-se independente da idade. Quando analisado por sexo, verificou-se que 37,9% das mulheres referiram lavar em menos de 2 minutos.

Tabela 6 – Caracterização da idade e sexo versus utilização e manutenção de próteses removíveis

			Idade		X (p)	Sexo		X (p)
			< 65	≥ 65		Masculino	Feminino	
	Total		22	26		19	29	
Usa Prótese todo o dia	Não	1 (2,1)	1 (4,5)	0 (0,0)	1,207 (0,458)	0 (0,0)	1 (3,4)	0,669* (0,999)
	Sim	47 (97,9)	21 (95,5)	26 (100)		19 (100)	28 (96,6)	
Retira a prótese à noite	Não	13 (27,1)	7 (31,8)	6 (23,1)	0,461 (0,535)	6 (12,5)	7 (14,6)	0,322 (0,741)
	Sim	35 (72,9)	15 (68,2)	20 (76,9)		13 (27)	22 (45,9)	
Método de limpeza	Só escova	6 (12,5)	2 (9,1)	4 (15,4)	4,577* (0,204)	1 (5,3)	5 (17,2)	6,129* (0,099)
	Pasta de dentes	27 (56,3)	11 (50,0)	16 (61,5)		14 (73,7)	13 (44,8)	
	Com sabão	6 (12,5)	2 (9,1)	4 (15,4)		3 (15,8)	3 (10,3)	
	Pastilhas limpeza	9 (18,8)	7 (31,7)	2 (7,7)		1 (5,3)	8 (27,6)	
Tempo a higienizar	< 2 min	16 (33,3)	7 (31,8)	9 (34,6)	1,216* (0,653)	5 (26,3)	11 (37,9)	0,913* (0,705)
	2 a 5 min	26 (54,2)	11 (50,0)	15 (57,7)		11 (57,9)	15 (51,7)	
	≥ 5 min	6 (12,5)	4 (18,2)	2 (7,7)		3 (15,8)	3 (10,3)	

X - estatística de teste de independência; p - valor de prova; *- teste exato de Fisher

Na tabela 7 apresentam-se os resultados relativos à realização de consulta de controlo por parte do paciente em função do método de limpeza, acumulação de placa bacteriana, fraturas protéticas ou sinais de lesões associadas à prótese. Não foi possível identificar uma associação estatisticamente significativa entre a realização de consultas de controlo e as diversas variáveis estudadas. Relativamente ao método de higienização

da prótese prevalece a utilização de pasta de dentes em todos os grupos, sendo que pacientes que visitam regularmente o médico dentista também se destaca a utilização de pastilhas desinfetantes. A acumulação de placa bacteriana ou restos de comida verifica-se idêntica entre os pacientes, independentemente da frequência das consultas de controlo. As fraturas ou desgastes da prótese observam maioritariamente em pacientes que recorriam a consultas de controlo de forma não regular. Relativamente aos sinais de estomatite protética cerca de 40% dos pacientes de cada grupo referenciou-os.

Tabela 7 – Caracterização das consultas de controlo pela manutenção e estado das próteses removíveis [n/%]

		Faz consulta de controlo				X (p)
		Total	Não	Sim, irregular	Sim, regular	
Método de limpeza	Só escova	6 (12,5)	3 (30,0)	1 (5,6)	2 (10,0)	5,721* (0,463)
	Pasta de dentes	27 (56,3)	5 (50,0)	12 (66,7)	10 (50,0)	
	Com sabão	6 (12,5)	0 (0,0)	3 (16,7)	3 (15,0)	
	Pastilhas limpeza	9 (18,8)	2 (20,0)	2 (11,1)	5 (25,0)	
Acumulação de placa	Não	15 (31,5)	3 (30,0)	9 (50,0)	3 (15,0)	6,393* (0,165)
	Sim, irregular	15 (31,5)	2 (20,0)	5 (27,5)	8 (40,0)	
	Sim, regular	18 (37,5)	5 (50,0)	4 (22,2)	9 (45,0)	
Prótese teve fratura	Não	23 (47,9)	6 (60,0)	5 (27,8)	12 (60,0)	4,680 (0,096)
	Sim	25 (52,1)	4 (40,0)	13 (72,2)	8 (40,0)	
Sinais de lesões associadas à prótese	Não	28 (58,3)	6 (60,0)	10 (55,6)	12 (60,0)	0,091 (0,955)
	Sim	20 (41,7)	4 (40,0)	8 (44,4)	8 (40,0)	

Xestatística de teste de independência; p - valor de prova; *- teste exato de Fisher

Na tabela 8 apresentam-se os resultados da relação entre o método de limpeza utilizado pelo paciente com a existência de sinais de lesões do tipo estomatite protética e do facto de ter recebido ou não instruções de higiene. Atendendo aos resultados obtidos é possível concluir que o método de limpeza não se encontra significativamente associado com o recebimento de instruções de limpeza, com o tempo de duração da higienização da prótese nem com os eventuais sinais de estomatite protética.

Tabela 8 - Caracterização do método de limpeza versus instruções, tempo de higiene e lesões associadas [n/%]

		Método de limpeza					X (p)
		Total	Escova	Pasta dentes	Sabão	Pastilhas	
Recebeu instruções sobre a limpeza	Não	8 (16,7)	2 (33,3)	4 (14,8)	0 (0,0)	2 (22,2)	3,763 (0,748)
	Sim, na colocação	35 (72,9)	4 (66,7)	19 (70,4)	6 (100)	6 (66,7)	
	Sim, numa consulta	5 (10,4)	0 (0,0)	4 (14,8)	0 (0,0)	1 (11,)	
Sinais de lesões	Não	28 (58,3)	4 (66,7)	16 (59,3)	5 (83,3)	3 (33,3)	3,794* (0,301)
	Sim	20 (41,7)	2 (33,3)	11 (40,7)	1 (16,7)	6 (66,7)	

χ - estatística de teste de independência; p - valor de prova; *- teste exato de Fisher

A análise da eficácia da limpeza das próteses removíveis analisadas (*scores verificados*) foi efetuada relativamente a variáveis como o sexo, idade, instruções recebidas de higiene oral, tempo de higienização, método de higienização entre outros descritos na tabela 9. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das relações analisadas. Da análise da tabela foi possível verificar que pacientes scores mais elevados foram verificados em pacientes mais jovens, e portadores de próteses parciais removíveis. Foi também possível de verificar que indivíduos do sexo feminino apresentaram, proporcionalmente, scores mais elevados (52,6% nos homens, 68,9% nas mulheres).

Tabela 9 – Caraterização do score verificado [n/%]

		Score				χ (p)
		Score 1	Score 2	Score 3	Total	
Sexo	Masculino	9	9	1	19	1,630* (0,483)
	Feminino	9	16	4	29	
Idade	< 65	6	14	2	22	2,262* (0,501)
	≥ 65	12	11	3	26	
Recebeu instruções de limpeza	Não	2 (11,1)	5 (20,0)	1 (20,0)	8 (16,7)	2,101* (0,830)
	Sim, na colocação	14 (77,8)	18 (72,0)	3 (60,0)	35 (72,9)	
	Sim, numa consulta	2 (11,1)	2 (8,0)	1 (20,0)	5 (10,4)	
Tempo a higienizar	< 2 minutos	7 (38,9)	8 (32,0)	1 (20,0)	16 (33,3)	1,284* (0,929)
	2 a 5 minutos	9 (50,0)	14 (56,0)	3 (60,0)	26 (54,2)	
	≥ 5 minutos	2 (11,1)	3 (12,0)	1 (20,0)	6 (12,5)	
Método de limpeza	Só escova	2 (11,1)	3 (12,0)	1 (20,0)	6 (12,5)	3,042* (0,867)
	Pasta de dentes	9 (50,0)	15 (60,0)	3 (60,0)	27 (26,3)	
	Com sabão	4 (22,2)	2 (8,0)	0 (0,0)	6 (12,5)	
	Pastilhas limpeza	3 (16,7)	5 (20,0)	1 (20,0)	9 (18,8)	
Frequência da limpeza	Uma vez dia	10 (55,6)	13 (52,0)	4 (80,0)	27 (56,3)	1,233* (0,640)
	Duas ou mais dia	8 (44,4)	12 (48,0)	1 (20,0)	21 (43,8)	
Consulta de controlo	Não	6 (60)	4 (40)	0 (0)	10 (20%)	3,559 (0,468)
	Sim, irregular	6 (33,3)	11 (61,1)	1 (5,6)	18 (37,5%)	
	Sim, Regular	8 (40)	8 (40)	4 (20)	20 (41,7%)	
Total		18	25	5	48	

χ - estatística de teste de independência; p - valor de prova; *- teste exato de Fisher

A tabela 10 apresentam os resultados obtidos na relação entre o score de higienização da prótese e o método de escovagem dos dentes remanescente. Pela aplicação do teste de independência exato de Fisher concluiu-se que o método de higienização dos dentes remanescentes não estava significativamente associado ao score de higienização da prótese. No entanto, importa salientar que grupo que refere a realização de escovagem diária e fio dentário não foram identificados quaisquer score 3.

Tabela 10 – Caraterização da higienização dos dentes remanescentes versus score

		Higienização dos dentes remanescentes			X (p)
		Escovagem diária n (%)	Escovagem diária e fio dentário n (%)	Total n (%)	
Score	Score 1	9 (32,1)	6 (42,9)	15 (35,7)	2,656* (0,307)
	Score 2	14 (50,0)	8 (57,1)	22 (52,4)	
	Score 3	5 (17,9)	0 (0,0)	5 (11,9)	
	Total	28 (100)	14 (100)	42 (100)	

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo caracterizar os hábitos de utilização, manutenção e higiene de próteses dentárias removíveis, numa amostra de 48 indivíduos. Foram abordados aspetos sociodemográficos, práticas de cuidados protéticos, estado das próteses e conhecimentos sobre a sua manutenção. Através da análise estatística descritiva e inferencial, procuraram-se associações significativas entre as diversas variáveis, de modo a identificar fatores que influenciam o estado de conservação das próteses, a qualidade da sua higiene e consequentemente a saúde oral e geral dos indivíduos. (15, 24)

Ao analisar a amostra do presente estudo, que consistiu em 48 participantes, aproximadamente 60% eram mulheres. Embora muitos estudos semelhantes tendam a ter amostras maiores, há também pesquisas na literatura que trabalham com tamanhos de amostra comparáveis. Um exemplo representativo é o estudo de Aoun e Gerges (2017), que utilizou um tamanho de amostra semelhante e apresentou uma distribuição de género muito próxima à do presente trabalho, o que reforça a validade comparativa dos resultados mesmo com uma amostra moderada. (26)

No que diz respeito à variável idade, a amostra deste estudo era constituída por 45,8% de participantes com menos de 65 anos e 54,2% com mais de 65 anos, refletindo uma distribuição equilibrada entre adultos de meia-idade e idosos. Embora muitos artigos sobre higiene de próteses removíveis tendam a centrar-se em populações predominantemente geriátricas, também se encontram alguns estudos com distribuições etárias mais abrangentes. No entanto, muitos dos trabalhos disponíveis na literatura focam-se principalmente em populações geriátricas, identificando uma associação entre a idade e a existência de piores hábitos de higiene das próteses, assim como menor utilização de métodos químicos ou falta de descanso noturno. (25, 26) Este facto é parcialmente relacionável com o próprio processo de envelhecimento assim como à existência de múltiplas doenças locais e sistémicas que estão associadas à idade. Apesar de muitos estudos reportarem que os indivíduos idosos referem higienizar frequentemente as suas próteses dentárias, são detetados frequentemente resíduos, placa bacteriana e tártaro. (27)

Este facto é relacionado com a necessidade de destreza manual, muitas vezes ausente ou reduzida em indivíduos idosos, que se torna imprescindível para uma correta remoção dos resíduos alimentares que ficam retidos na superfície protética. (28) Foi descrito em 2017 que na população portuguesa o facto de ter mais de 65 anos de idade, ser do sexo feminino e pertencer a uma classe social baixa é fator condicionantes da higiene oral dentária e protética, sendo fatore de risco para a cárie dentária e a existência de patologia oral. (29)

Observou-se que 50% dos participantes utilizam próteses removíveis há pelo menos 10 anos, e 20,8% utilizam-nas entre seis a dez anos. Estes dados reforçam a noção de que o uso generalizado de próteses removíveis é comum entre indivíduos com idades mais avançadas, especialmente na Europa (30). O estudo de Emami et al. (2013) também descreveu uma predominância de pacientes com longos períodos de utilização de reabilitações protéticas removíveis, o que se encontra em consonância com os dados obtidos na presente análise. (31)

A maioria dos participantes eram portadores de próteses parciais superiores e inferiores (41,67%), seguidos por utilizadores de próteses parciais em apenas uma das arcadas (29,17%). Apenas 12% eram portadores de próteses totais bimaxilares. Os dados obtidos no presente estudo estão de axordo com os relatados por Namrata et al. em 2017, que identificaram uma distribuição semelhante entre os utilizadores de próteses removíveis, com predominância de reabilitações parciais.(32) Este facto poderá estar relacionado com as melhorias significativas nos cuidados de saúde oral que têm sido implementadas ao longo dos últimoa nos e que têm contribuído para a preservação de pelças dentárias durante períodos mais longos de tempo. (8) No entanto, existem também diversos estudos que apontam para uma maioria de participantes utilizadores de próteses totais, nomeadamente em ambas as arcadas. (33) Esta diferença pode dever-se ao aumento da esperança média de vida nos últimos anos associada a um aumento da qualidade de vida nos países desenvolvidos, e também a outros fatores como o acesso a tratamento dentário ou as abordagens clínicas regionais. (33, 34)

Nos dados em análise de presente estudo não se verificaram associações estatisticamente significativa entre a idade e/ou o sexo e os níveis de higiene protética. No entanto é importante identificar que indivíduos idosos foram aqueles que demonstraram pior técnica de higienização protética, a maioria higienizava as próteses com pasta de dentes, e não utilizava pastilhas de limpeza. Este facto poderá estar relacionado com a falta de informação e conhecimento sobre o assunto, ou por falta de esclarecimento por parte do médico dentista ou por incapacidade de memória e retenção da informação que lhe foi transmitida.

De acordo com os resultados obtidos, a maioria dos participantes refere ter boas práticas básicas de higiene protética, como a remoção da prótese à noite (72,9%), a realização de um check-up profissional (79,2%) e a limpeza da prótese pelo menos uma vez por dia, no entanto, este cuidado não se manifesta quando se realiza a inspeção da prótese removível e se atribui um score de higienização da prótese. No entanto a maioria dos indivíduos refere higienizar a prótese com pasta de dente (56,3%, n=27). Estes resultados estão em consonância com diversos artigos da literatura que referem que a maioria dos indivíduos fazem descanso noturno da prótese, que procedem à sua higienização diária e que receberam instruções de limpeza do profissional de saúde. (13)

A Oral Health Foundation (Reino Unido) promoveu a elaboração de um manual de boas práticas diárias de higiene de próteses dentárias e da sua remoção noturna, intitulado “White Paper on Optimal Care and Maintenance of Full Dentures for Oral and General Health”. Este manual refere que, à semelhança do presente estudo, muitos doentes continuam a utilizar apenas pasta dentífrica, para a higienização protética, embora seja encorajada a utilização de sabão e produtos de limpeza específicos, tais como pastilhas efervescentes. (35) Apesar de diversos estudos referirem que a higienização das reabilitações protéticas com recurso a pasta de dentes provoque danos ao acrílico constituinte da base da prótese (36), este material continua a ser amplamente utilizado na higienização das próteses removíveis. Este facto pode ser justificado dado as pastas de dentes representarem um método fácil de utilizar, serem eficazes na remoção do biofilme acumulado e relativamente baratas. Também pode ser justificado por ser o método mais semelhante ao utilizado para higienizar as peças dentárias e por isso ser o mais natural. (27, 33)

No presente estudo, observou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre a realização de consultas de controlo regulares e as variáveis em estudo. Apesar de os pacientes que realizavam check-ups regulares tenderem a relatar menos problemas, essa diferença não foi suficiente para estabelecer uma relação estatisticamente significativa. Estes achados são consistentes com os resultados descritos por Aoun & Gerges, que verificaram que a frequência de complicações protéticas não variou significativamente entre pacientes com diferentes práticas de acompanhamento médico-dentário. Destacaram ainda que muitos dos entrevistados utilizavam métodos de limpeza inadequados, independentemente de frequentarem check - ups regulares. (26, 36) Konstantopoulou *et al.* concluiu que o autocuidado diário consistente tem um impacto mais direto na saúde protética do que as consultas de controlo regulares. (37) De um modo geral, os resultados do presente estudo estão de acordo com a literatura atual, salientando que, embora as visitas regulares possam indicar uma tendência positiva em alguns hábitos, não constituem, por si só, um fator estatisticamente determinante na qualidade da higiene ou na condição da prótese do paciente.

Relativamente ao nível de informação, 83,3% referiram ter conhecimentos suficientes sobre cuidados protéticos, embora uma proporção considerável (68,6%) tenha manifestado interesse em receber formação adicional. Estes resultados encontram-se em consonância com um estudo desenvolvido por estudo multicêntrico europeu de Algabri *et al.* que refere que, embora a maioria se considerasse informada, também mostrou desejo de receber formação adicional. (13) Diversos estudos referem que a instrução detalhada aos pacientes, sobre os métodos de higienização aconselhados e sobre os problemas de saúde que podem estar associados a uma fraca higiene oral protética são frequentemente negligenciadas pelos médicos dentistas. (33)

Quando analisado o estado de higienização das próteses foi possível verificar que a maioria dos indivíduos apresentou uma prótese suja (52,1%) e 10,4% da população apresentou uma prótese classificada como extremamente suja. Estes valores perfazem um total de 62,5% da população em estudo que não apresentava a reabilitação oral em condições de higienização consideradas de essenciais. Cinquepalmi *et al.*, Gu L. *et al.* entre outros, também verificaram que a maioria dos pacientes envolvidos nos seus

estudos apresentavam níveis de limpeza intermédios e que apenas uma minoria mantinha as próteses em boas condições de higiene. Verificaram também que a autopercepção da higiene muitas vezes não coincide com a avaliação clínica real, como parece ser evidente na amostra em estudo. (15, 38) Este facto poderá estar relacionado com as limitações motoras dos indivíduos e à reduzida destreza manual que o grupo geriátrico apresenta para conseguir proceder à higienização assim como à menor sensibilidade para percepção de alterações existentes na cavidade oral e lacunas na compreensão das instruções profissionais. (33) Adicionalmente estudos existentes na literatura como o desenvolvido por Tuuliainen *et al.* destacam que a faixa etária pode influenciar não apenas a prática em si, mas também a atitude frente à higiene, sendo que indivíduos mais velhos podem apresentar uma percepção diminuída em relação à importância da limpeza regular da prótese. Estes achados sugerem que, em certos contextos populacionais e culturais, a idade apresenta-se como um fator de risco para a higiene inadequada da prótese, especialmente quando associada a baixos níveis de escolaridade ou autonomia funcional. (39)

Neste trabalho conclui-se que o método de limpeza da prótese não mostrou uma associação estatisticamente significativa com o recebimento de instruções, o tempo gasto com a higiene ou a presença de sinais de lesões associadas à prótese.

Estes resultados são consistentes com a revisão publicada em Bashirian S *et al.* que analisou diferentes estudos sobre intervenções educacionais em adultos mais velhos com próteses removíveis. Esta revisão mostrou que, em muitos casos, a educação por si só não resultou em melhorias clínicas ou numa redução significativa de lesões associadas à utilização de prótese. (40)

Em contrapartida, o estudo de Santos *et al.* demonstrou que os métodos de instrução estruturados, com reforço ativo e acompanhamento, conseguiram melhorias significativas tanto na percepção do doente como nos resultados clínicos. Os pacientes que receberam educação pormenorizada tiveram uma menor incidência de estomatite protética e melhores práticas de higiene oral, o que sugere que a eficácia da educação depende do foco e da consistência da intervenção. (41)

Assim, estes resultados realçam que, embora nem sempre se observe uma associação direta entre o método de limpeza e a instrução, a qualidade e a persistência das intervenções educativas podem ser determinantes para influenciar o estado de saúde protética dos pacientes mais idosos.

No presente estudo, analisou-se se os hábitos de higienização dos dentes remanescentes estariam associados ao estado de limpeza das próteses removíveis. Embora os dados não tenham revelado uma associação estatisticamente significativa, observou-se uma tendência de que pacientes com hábitos mais regulares de escovagem e cuidados com os dentes naturais apresentassem scores de higiene protética mais favoráveis. Holde et al., num estudo conduzido na Noruega, comparou diferentes classificações periodontais e fatores de risco, observando que pacientes com higiene precária dos dentes remanescentes também apresentavam maior acumulação de biofilme em estruturas protéticas e mucosas. (42) Esse padrão foi reforçado por Mirani et al. no Reino Unido, que documentou uma correlação direta entre o nível de higiene dos dentes naturais e a adesão de *Candida albicans* em próteses acrílicas. (43) Erdem et al. (2025), num estudo de coorte transversal realizado na Turquia, verificou que pacientes com menor número de dentes remanescentes apresentavam piores indicadores de saúde oral geral, incluindo maior acumulação de resíduos alimentares na prótese. Esses resultados indicam que a qualidade da higiene dos dentes naturais pode influenciar o score de higienização protética, mesmo que a relação não seja direta em todos os estudos. (44) Ainda que a correlação direta entre higiene de dentes remanescentes e score da prótese não tenha sido verificada, outros estudos indicam que a relação pode emergir em contextos onde fatores como educação em saúde, acompanhamento profissional e acesso a materiais de limpeza específicos não estejam bem estruturados.

5.1. Limitações da investigação:

A presente investigação dispõe de algumas limitações associadas. Primeiramente o número de participantes foi uma das principais limitações, afetando a dimensão da amostra e, conseqüentemente, o poder estatístico para encontrar associações fortes. Esta limitação decorreu do facto do estudo ter ocorrido num período de tempo limitado e do número reduzido de consultas de controlo de prótese removível realizadas durante o presente ano letivo.

Em segundo lugar importa destacar que o estudo foi realizado no contexto de uma clínica universitária, onde os recursos humanos e logísticos são muitas vezes limitados e os pacientes apresentam perfis bastante homogéneos quanto ao grau de instrução, condição socioeconómica e motivação para a higienização.

Por último, confiar nas informações fornecidas pelos próprios participantes, como o tempo que afirmam dedicar à limpeza das próteses ou com que frequência dizem proceder à sua higienização, assim como idas a consultas de controlo ou descanso noturno da prótese pode induzir em erro. Estas informações são muitas vezes “floreadas” pelos pacientes de forma a que não tenham que admitir cuidados de higiene inexistentes ou ineficientes.

5.2. Perspetivas Futuras

Pretende-se que este projeto seja um contributo para o desenvolvimento de programas preventivos, optimização de protocolos de cuidados clínicos e sensibilização para a importância dos cuidados protéticos.

O desenvolvimento de material informativo será sustentado por este estudo, onde se prevê uma explicação de forma simples e acessível dos métodos adequados de higiene da prótese, em forma de folheto informativo. É expectável que haja uma integração sistemática deste material no momento de entrega da prótese. Além disso, deverão ser preconizados protocolos de acompanhamento personalizado, especialmente para pacientes com menor grau de literacia em saúde.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

No estudo aqui apresentado, verificou-se que todos os pacientes higienizam a sua prótese e que a grande maioria realiza o descanso noturno da mesma. Constatou-se ainda que os participantes do estudo dizem ter conhecimentos suficientes sobre os cuidados a ter com as próteses. Porém, muitos deles utilizavam métodos de limpeza inadequados, como a pasta de dente convencional e apresentavam práticas de higiene com frequências abaixo das recomendações.

No que diz respeito à acumulação de placa bacteriana e detritos alimentares na prótese, os resultados demonstraram um elevado número com um nível de higiene não adequado. Contudo, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre o baixo nível de higiene da prótese e a presença de estomatite protética.

Relativamente às consultas de controlo, observou-se que a sua ocorrência não estava significativamente associada à melhoria do estado da prótese, à ocorrência ou ausência de estomatite protética ou aos métodos de limpeza utilizados. Esta falta de correlação estatística pode ser atribuída à natureza dos cuidados diários com a prótese, que é largamente dependente do paciente.

Os pacientes portadores de prótese removível disseram, na sua maioria, ter recebido instruções de higiene oral e protética na consulta de colocação da prótese. Embora quase todos refiram ter esses conhecimentos, também muitos preferiam ter acesso a mais informação sobre o tema.

Diante de todas estas considerações, conclui-se que este estudo fornece uma imagem precisa da realidade actual no campo da higiene protética em adultos mais velhos, destacando a importância de intervenções educativas mais eficazes, contínuas e personalizadas. A análise sugere que não é suficiente fornecer instruções gerais no momento da entrega da prótese; é essencial estabelecer estratégias de reforço regulares, avaliações clínicas regulares e adaptar a informação ao perfil sociocultural do paciente.

Por fim, este trabalho contribui para o conhecimento existente e sugere directrizes futuras para a investigação sobre saúde protética. Recomenda-se o alargamento das amostras, a inclusão de métodos clínicos padronizados de avaliação do biofilme e a exploração de intervenções combinadas que integrem tecnologia, educação e acompanhamento clínico. O papel do profissional de medicina dentária é crucial não só na colocação de próteses, mas também no acompanhamento do paciente na sua utilização diária.

BIBLIOGRAFIA

7 BIBLIOGRAFIA

1. Papadiochou S, Polyzois G. Hygiene practices in removable prosthodontics: A systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2018;16(2):179-201.
2. Glick M, Williams DM, Kleinman D V., Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Br Dent J*. 2016;221(12):792-3.
3. Yoon MN, Ickert C, Slaughter SE, Lengyel C, Carrier N, Keller H. Oral health status of long-term care residents in Canada: Results of a national cross-sectional study. *Gerodontology*. 2018;35(4):359-64.
4. El Osta N, Wehbe A, Sleiman N, Drancourt N, El Osta L, Hennequin M. Dental Criteria Could Alert for Malnutrition Risk and Inappropriate Choice of Food Texture in Older Subjects with Dementia: An Analytical Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22).
5. Pacheco VB, Nery G, Fernandes LL, Santana T V., Jimenez M, Borges L, et al. Salivary Proteome, Inflammatory, and NETosis Biomarkers in Older Adult Practitioners and Nonpractitioners of Physical Exercise. *Oxid Med Cell Longev*. 2022;2022(di).
6. Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas Demográficas : 2023. Lisboa : INE, 2024
7. Meisel P, Pink C, Nauck M, Völzke H, Kocher T. Construction of a Biological Age Score to Predict Tooth Loss over 10 Years. *J Dent Res*. 2019;98(10):1096-102.
8. Friel T, Waia S. Removable Partial Dentures for Older Adults. *Prim Dent J*. 2020;9(3):34-9.
9. McKenna G, Allen PF, Woods N, O'Mahony D, Damata C, Cronin M, et al. A preliminary report of the cost-effectiveness of tooth replacement strategies for partially dentate elders. *Gerodontology*. 2013;30(3):207-13.
10. Nevalainen MJ. Prosthetic Rehabilitation of Missing Teeth. Evaluation. 2004.
11. McKenna G, Tada S, McLister C, DaMata C, Hayes M, Cronin M, et al. Tooth replacement options for partially dentate older adults: a survival analysis. *J Dent*. 2020;103(20):103468.
12. Schmutzler A, Rauch A, Nitschke I, Lethaus B, Hahnel S. Cleaning of Removable Dental Prostheses - a Systematic Review. *J Evid Based Dent Pract*. 2021;21(4):1-12.
13. Algabri R, Alqutaibi AY, Altayyar S, Mohammed A, Khoshafa G, Alryashi E, et al. Behaviors, hygiene habits, and sources of care among removable complete and partial dentures wearers: A multicenter cross-sectional study. *Clin Exp Dent Res*. 2024;10(2).
14. Cakan U, Yuzbasioglu E, Kurt H, Kara HB, Turunç R, Akbulut A, et al. Assessment of hygiene habits and attitudes among removable partial denture wearers in a university hospital. *Niger J Clin Pract*. 2015;18(4):511-5.

15. 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;125(5):772.e1-772.e7.
16. Dakka A, Nazir Z, Shamim H, Jean M, Umair M, Muddaloor P, et al. Ill Effects and Complications Associated to Removable Dentures With Improper Use and Poor Oral Hygiene: A Systematic Review. *Cureus.* 2022;14(8).
17. Qiu J, Roza MP, Colli KG, Dalben YR, Maifrede SB, Valiatti TB, et al. Candida-associated denture stomatitis: clinical, epidemiological, and microbiological features. *Brazilian J Microbiol.* 2023;54(2):841-8.
18. Kashyap B, Padala SR, Kaur G, Kullaa A. Candida albicans Induces Oral Microbial Dysbiosis and Promotes Oral Diseases. *Microorganisms.* 2024;12(11):1-16.
19. Yano J, Yu A, Fidel PL, Noverr MC. Candida glabrata Has No Enhancing Role in the Pathogenesis of Candida -Associated Denture Stomatitis in a Rat Model . *mSphere.* 2019;4(2).
20. Augustin MM, Joke D, Bourleyi SI, Shenda LP, Fidele NB, Gabriel BP, et al. Risks Factors of Caries and Periodontal Diseases in the Patients, after 5 Years Use a Partial Removable Denture Keywords Partial Removable Denture Acrylic Resin, Caries and Periodontal Diseases, Oral Health Related Quality of Life. *Open J Stomatol.* 2016;6(6):185-92.
21. Carr AB, Brown DT. McCracken's Removable Partial Prosthodontics. 12th ed. St. Louis: Elsevier; 2011. Cap. 20, p. 295-297.
22. Sahin Z, Ozer NE, Calı A. Biofilm inhibition of denture cleaning tablets and carvacrol on denture bases produced with different techniques. *Clin Oral Investig.* 2024;28(7):1-11.
23. Yi Mohammadi JJ, Franks K, Hines S. Effectiveness of professional oral health care intervention on the oral health of residents with dementia in residential aged care facilities: a systematic review protocol. *JBI database Syst Rev Implement reports.* 2015;13(10):110-22.
24. Dikbas I. Investigation of the Cleanliness of Dentures in a University. 2006;294-8.
25. Tosun B, Uysal N. Denture care attitudes, hygiene levels and oral mucosal lesions in complete denture wearers from a single-institution cross-sectional study. *Sci Rep.* 2025;15(1):1421.
26. Aoun G, Gerges E. Assessment of Hygiene Habits in Acrylic Denture Wearers : a Cross-sectional Study. 2017;29(June):216-8.
27. Kanlı A, Demirel F, Sezgin Y. Oral candidosis, denture cleanliness and hygiene habits in an elderly population. *Aging Clin Exp Res.* 2005;17(6):502-7.
28. Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arikan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil.* 2002;29(3):300-4.
29. Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *Int Dent J.* 2017;67(3):139-47.
30. Cankaya ZT, Yurdakos A, Kalabay PG. The association between denture care and oral hygiene habits, oral hygiene knowledge and periodontal status of geriatric

- patients wearing removable partial dentures. *Eur Oral Res.* 2020;54(1):9-15.
31. Emami E, De Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. *Int J Dent.* 2013;2013.
 32. M Namrata, Ganapathy D. Awareness about denture hygiene: A survey among patients wearing complete dentures and removable partial dentures. *Int J Orolfac Biol.* 2017;1(2):59-65.
 33. Bacali C, Nastase V, Constantiniuc M, Lascu L, Badea ME. Oral Hygiene Habits of Complete Denture Wearers in Central Transylvania, Romania. *Oral Health Prev Dent.* 2021;19(1):107-13.
 34. Osmari D, Fraga S, Braun KO, Unfer B. Behaviour of the elderly with regard to hygiene procedures for and maintenance of removable dentures. *Oral Heal Prev Dent.* 2016;14(1):21-6.
 35. Bartlett D, Carter N. White Paper on Optimal Care and Maintenance of Full Dentures for Oral and General Health Global Task Force for Care of Full Dentures. 2018;(August):1-26.
 36. Basker RM, Davenport JC, Tomlin HR. Prosthetic Treatment of the Edentulous Patient. *Prosthetic Treatment of the Edentulous Patient.* 1992.
 37. Konstantopoulou K, Kossioni AE. Association between Oral Hygiene Information Sources and Daily Dental and Denture Care Practices in Urban Community-Dwelling Older Adults. *J Clin Med.* 2023;12(8).
 38. Yang Y, Zhang H, Chai Z, Chen J, Zhang S. Multiple logistic regression analysis of risk factors associated with denture plaque and staining in Chinese removable denture wearers over 40 years old in Xi'an - A cross-sectional study. *PLoS One.* 2014;9(2):1-8.
 39. Tuuliainen E, Autonen-Honko Nen K, Nihtilä A, Komulainen K, Nykänen I, Hartikainen S, et al. Oral Health and Hygiene and Association of Functional Ability: A Cross-Sectional Study Among Old Home Care Clients. *Oral Health Prev Dent.* 2020;18(1):253-62.
 40. Bashirian S, Khoshravesh S, Ayubi E, Karimi-Shahanjarini A, Shirahmadi S, Solaymani PF. The impact of health education interventions on oral health promotion among older people: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2023;23(1):1-28.
 41. Santos IC, Colaço C, Canales GD la T, Proença L, Polido M, Mendes JJ, et al. Comparison of the Effects of Oral Hygiene Instruction Methods on Oral Hygiene and Self-Perception in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Med.* 2024;13(24).
 42. Holde GE, Bunæs DF, Jönsson B. Comparison Between the 2017 EFP/AAP and CDC/AAP Case Definitions on Periodontal Status and Their Association With Risk Factors in an Adult Norwegian Population—Insights From the Tromsø Study: Tromsø7. *Int J Dent Hyg.* 2025;1-14.

43. Khan SA, Mirani ZA, Khalid T, Khan EMWA, Choudhary Z, Kazmi SMR. Effect of polishing methods on *Candida albicans* adhesion and contributing factors in heat-cured acrylic dentures: an in-vitro comparative study. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):1-8.
44. Erdem RZ, Erdem M, Kiranatlı M, Karakaya K. Relationship between bone mineral density and oral health: a cross sectional observational study. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):250.