



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

***NECESSIDADE DE EXECUÇÃO DE TRATAMENTOS DE SAÚDE ORAL
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS***

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Ricardo José da Silva Cardoso



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**NECESSIDADE DE EXECUÇÃO DE TRATAMENTOS DE SAÚDE ORAL
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Orientador: Doutora Cláudia Ribeiro

Co-Orientador: Mestre Nélcio Veiga

Por:

Ricardo José da Silva Cardoso

Dedicatória

Dedico todo este percurso académico à minha Avó Cândida, que me criou, me instruiu, me moldou e me fez crer que nunca é tarde demais para se concretizar um sonho e para fazer projetos, maiores ou menores, desde que para mim sejam importantes.

Saudades de ti, onde quer que estejas!

Agradecimentos

“Obrigado” à Professora Doutora Cláudia Ribeiro, que me desafiou a fazer um pouco mais que a média e me provou, que a bondade, a inteligência e a humildade, podem coabitar numa só pessoa.

“Obrigado” ao Mestre Nélio Veiga, co-orientador deste trabalho, pela disponibilidade e apoio sempre manifestados.

“Obrigado” à minha Família – Luísa, José, Teresa, André e Marco.

“Obrigado” às minhas colegas de trabalho, Elisa Batista e Manuela Baptista, pela genuinidade das vossas personalidades e pela amizade e compreensão com que me brindaram, desde o primeiro dia em que profissionalmente me liguei a vós.

“Obrigado” à enfermeira Ana Seixas, que no meio de tanto trabalho, conseguiu arranjar um pedaço enorme de tempo, para me ceder informação necessária e fulcral à elaboração desta investigação.

“Obrigado” ao Sr. Augusto Passos pelo apoio incondicional que sempre me dispensou e por ter autorizado a investigação no Lar Viscondessa de S. Caetano (LVSC), enquanto Mesário da valência.

Um “Obrigado” póstumo, ao Coronel Soeiro, antigo Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Viseu (SCMV), que um certo dia me disse “Conta comigo! Avança!” e que me ajudou e permitiu, pela sua convicção, a manter o meu exercício profissional na Instituição a que presidiu e em simultâneo iniciar e concretizar o meu sonho em Medicina Dentária (MD).

“Obrigado” aos meus colegas e Professores do curso de MD 2009/2014, pelos momentos únicos que vivi, dificuldades e alegrias, que para sempre ficarão na minha memória. Em especial aos colegas: Jenifer, Ema, Luís, Tiago e David.

“Obrigado” sincero a todos os utentes e colegas do Lar que participaram e que me possibilitaram a execução desta investigação.

E finalmente dirijo um “Obrigado” a todos os que me apoiaram neste desafio, na concretização deste projeto, de reabilitar e de construir um sorriso mais bonito em cada pessoa que reveja em mim a competência de a cuidar.

Resumo

Introdução: o impacto da ausência de saúde oral é profundo quando relacionado com a Qualidade de Vida (QdV). Nos idosos, as manifestações mais comuns são: cárie radicular, xerostomia, lesões dos tecidos moles, doença periodontal, edentulismo, abrasão/erosão dentária, halitose, dificuldade de mastigação e deglutição, algumas delas associadas à polimedicação e doenças sistêmicas, que vão influenciar a dificuldade de higienização da boca, necessidade de prótese e crescente dependência de terceiros. **Objetivos:** verificar prevalência da necessidade de tratamentos orais em idosos institucionalizados e verificar a eficiência dos cuidados orais pelos auxiliares geriátricos. **Métodos:** Efetuou-se um estudo transversal, baseado em duas amostras randomizadas - idosos institucionalizados em Viseu e funcionários da instituição. Nos idosos, recolheram-se informações sociodemográficas e económicas, contextos medicamentosos e clínicos, de condição (Índice CPO) e higienização orais, grau de autonomia (Índice de *Barthel*), estado nutricional com o *Mini Nutritional Assessment* (MNA®), auto-perceção da saúde (SF-36v2™) e relação entre a saúde oral e a qualidade de vida com o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), tendo-se apurado no final as necessidades de execução de tratamentos dentários. Nos funcionários, para além dos dados sociodemográficos, verificou-se a sua condição oral com o *Oral Health Assessment Tool* (OHAT) e a atitude cuidadora e promotora dos cuidados bucais para com os utentes do lar. **Resultados:** amostra de idosos maioritariamente feminina, idade média de 79,6 anos, sobretudo viúva ou solteira; medicação associada especialmente a patologias dos sistemas cardiovascular e nervoso central; elevado edentulismo; níveis de halitose baixos, alguma auto-perceção de boca seca (42,8%), dificuldade em mastigar alimentos duros; maioria da amostra com falta de hábitos de higienização e de consulta em dentária, cujo principal motivo se referiu a próteses; número de funcionalmente independentes reduzido (16,9%); valores de Índice de Massa Corporal (IMC) equilibrados e presença de risco de desnutrição para 50,7% da amostra; desconforto frequente na alimentação devido a problemas orais; 23,6% relatam saúde fraca e 2,9% dores corporais fortes; 79% necessitam de execução cuidados orais, em que protéticos (78,8%), exodontias (12,4%), dentisteria (24,8%), Periodontologia (10,6%). Dos funcionários, a maioria assume que o lar promove a higiene oral, que as próteses são limpas, que os idosos têm boa saúde oral. **Conclusões:** há elevada necessidade de intervenção na saúde oral dos idosos institucionalizados, embora isso não se reflita diretamente na QdV, exceto na alimentação; e os cuidadores na sua maioria demonstrou assertividade nos cuidados orais aos residentes.

Palavras-chave: idosos; institucionalizados; saúde oral; cuidados da cavidade oral.

Abstract

Introduction: the impact of the absence of oral health is profound when related with Quality of Life. In the elderly, the most common manifestations are root decay, dry-mouth, soft tissue injuries, periodontal disease, tooth loss, abrasion / erosion on tooth, halitosis, difficulty chewing and swallowing, some of them associated with polypharmacy and systemic diseases, which will influence the difficulty of oral hygiene, the need for prostheses and a growing dependence on third parties. **Objectives:** verify the prevalence of need for oral treatment among institutionalized elderly and verify the effectiveness of oral care by geriatric aides. **Methods:** it has been conducted a cross-sectional study, based on two random samples - institutionalized elderly in Viseu and employees of the same institution. In the elderly, it has been collected sociodemographic and economic information, pharmacological and clinical settings, oral condition (CPO Index) and oral hygiene, degree of autonomy (Barthel Index), nutritional status with the MNA®, self-perception health test(SF-36v2™) and the relationship between oral health and quality of life with the OHIP-14 test; and at the end enumerated the needs of dental treatments. In employees, beyond the demographic data, it has been measured their oral condition with the OHAT and their attitude and promotion of oral care for the home users as a caregiver. **Results:** mostly female sample, average age of 79.6 years, mostly widowed or single; medication especially associated with the cardiovascular and central nervous systems disease's; high edentulism; low levels of halitosis, some self-perception of dry mouth (42.8%), difficulty in chewing hard food; most of the sample with lack of hygiene habits and dental consultation, the main reason referred to prostheses; reduced number of functionally independent (16.9%); balanced values of body mass index and the presence of risk of malnutrition for 50.7% of the sample; discomfort due to frequent oral feeding problems; 23.6% reported poor health and 2.9% stronger body aches; 79% require implementing oral care, in which prosthetic (78.8%), extractions (12.4%), dentistry (24.8%) and periodontology (10.6%). Employees, the majority assumes that the institution promotes oral hygiene, that dentures are clean, that the elderly have good oral health. **Conclusions:** There is high need for intervention in the oral health of institutionalized elderly, although this is not reflected directly in Quality of Life, except for nourishing; and caregivers mostly demonstrated assertiveness in oral care for residents.

Keywords: elderly; institutionalized; oral health, oral cavity care.

Índice

Agradecimentos.....	VII
Resumo	VIII
Abstract.....	IX
Índice	XI
Índice de imagens.....	XV
Índice de gráficos.....	XVII
Índice de tabelas.....	XIX
Lista de siglas.....	XXI
A. Introdução	1
B. Revisão da Literatura	7
1. O ENVELHECIMENTO.....	9
1.1. Breves considerações acerca do envelhecimento a nível global	9
1.2. Envelhecimento populacional em Portugal	10
1.3. A terceira idade - contextualização	12
1.4. A institucionalização.....	13
2. SAÚDE NA TERCEIRA IDADE	15
2.1. Patologias sistémicas com maior índice de prevalência entre idosos	15
2.2. A medicação tipicamente associada à terceira idade e os efeitos adversos.....	19
2.3. Outras condições típicas da terceira idade	22
3. SAÚDE ORAL	24
3.1. Modificações características na cavidade oral, na idade sénior.....	25
3.2. Patologias orais no idoso	28
3.2.1. Cárie dentária	28
3.2.2. Doença Periodontal.....	30
3.2.3. Edentulismo e o uso de próteses	32
3.2.4. Xerostomia	34
3.2.5. Halitose.....	37

3.2.6. Lesões e condições patológicas nos tecidos moles	38
4. A SAÚDE ORAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE LONGO TERMO – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	42
4.1. Autoconhecimento das necessidades e execução dos hábitos correctos	42
4.2. O estado de dependência associado à saúde oral.....	45
4.3. Os auxiliares em geriatria enquanto promotores e executores da higienização.....	46
4.4. Gerodontologia – contextos e formas de intervenção	47
5. NECESSIDADE DE TRATAMENTOS DENTÁRIOS FACILITADORES DA QdV	51
5.1. A auto-estima associada à saúde oral	52
5.2. A manutenção das atividades da vida diária – fonética, estética e mastigação	52
5.3. A importância da nutrição e sua associação à saúde da cavidade oral	53
5.4. Diagnóstico das necessidades de tratamento na cavidade oral.....	55
C. Problemas em estudo	59
D. Materiais e métodos	65
1. POPULAÇÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA	67
2. DIMENSÃO DA AMOSTRA.....	67
3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	68
4. CONDIÇÕES DA AVALIAÇÃO CLÍNICA.....	68
5. MATERIAIS UTILIZADOS	69
6. REGISTO DOS DADOS RECOLHIDOS	69
6.1. Conteúdo dos questionários aplicados.....	69
6.1.1. Questionário aplicado aos idosos.....	70
6.1.2. Questionário aplicado aos colaboradores da Instituição	71
6.2. Critérios de diagnóstico clínico.....	71
6.2.1. Identificação das características sociodemográficas e económicas	71
6.2.2. Cuidados e hábitos de saúde oral	71
6.2.3. Antecedentes patológicos e medicação actual.....	71
6.2.4. Caracterização da saúde oral e seu estado	72

6.2.5. Relação entre estado da saúde oral e QdV.....	73
6.2.6. Grau de autonomia – Índice de <i>Barthel</i>	74
6.2.7. Avaliação do estado de necessidade de tratamento dentário.....	75
6.3. Tratamento estatístico dos dados.....	76
E. Resultados.....	77
F. Discussão.....	93
G. Conclusão.....	117
H. Bibliografia.....	121
I. Anexos.....	135

Índice de imagens

Imagem 1 - Espiral da deterioração da saúde oral.	25
Imagem 2- Língua saburrosa.	38
Imagem 3 - Periodontite.....	38
Imagem 4 - Cicatrização tecidual.....	38
Imagem 5 - Hiperplasia fibrosa inflamatória.....	38
Imagem 6 - Cáries.	38
Imagem 7 - Próteses mal adaptada e mal higienizada.	38

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011..	10
Gráfico 2 – Percentagem da prevalência de doenças crónicas, em idosos, utentes da Clínica Integrada, FOAr.	17
Gráfico 3 - Percentagem de utilização de medicamentos na população de idosos, utentes da Clínica Integrada, FOAr.	21
Gráfico 4- Distribuição das localizações observadas para as diferentes lesões identificadas em idosos.	26
Gráfico 5 - Dificuldade para comer, devido a problemas dentários, por faixas etárias.	54
Gráfico 6 - Medicação atual	81
Gráfico 7 - Antecedentes patológicos	81

Índice de tabelas

Tabela 1 - Índice de envelhecimento, 2001 e 2011.	11
Tabela 2 - Índice de longevidade, 2001 e 2011.....	11
Tabela 3 - Índices de dependência na população idosa em Portugal (INE, 2009).....	14
Tabela 4 - Fatores de risco para cárie dentária em pessoas idosas.....	29
Tabela 5 - Fatores de risco para a xerostomia.....	36
Tabela 6 - Razões que contribuem à negligência na provisão de cuidado oral a idosos institucionalizados de longo termo.....	42
Tabela 7 - Parâmetros avaliados pelo SF-36v2™.....	74
Tabela 8 - Caracterização sociodemográfica e económica.....	79
Tabela 9 - Medicação atual e antecedentes patológicos.....	80
Tabela 10 - Resultados referentes ao estado da saúde oral.....	82
Tabela 11 - Comportamentos e cuidados de higiene oral.....	83
Tabela 12 - Índice de <i>Barthel</i> , estado nutricional e IMC.....	83
Tabela 13 - OHIP-14 – Respostas a algumas questões.....	84
Tabela 14 - SF-36v2™: respostas às questões 1 e 7.....	85
Tabela 15 - SF-36v2™: respostas à questão 11.....	85
Tabela 16 - SF-36v2™: respostas à questão 12a.....	85
Tabela 17 - Necessidade de tratamento dentário.....	86
Tabela 18 - Caracterização sociodemográfica e económica dos cuidadores.....	86
Tabela 19 – Comportamentos, cuidados e atuação de higiene oral dos cuidadores.....	87
Tabela 20 - Correlações entre a idade e o número de dentes cariados, obturados e perdidos ...	88
Tabela 21 - Idade segundo a presença de prótese.....	88
Tabela 22 - Sensação da boca seca segundo a medicação atual e antecedentes patológicos...	89
Tabela 23 - Motivo da última consulta segundo a presença de próteses.....	90
Tabela 24 - Comportamentos e estado da saúde oral segundo a percepção de promoção de higiene oral pela instituição.....	90
Tabela 25 - Frequência de incapacidade de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária segundo o motivo da última consulta.....	91
Tabela 26 - Comportamentos e estado da saúde oral segundo o Índice de <i>Barthel</i>	91
Tabela 27 - Número absoluto e distribuição da frequência das prescrições dos grupos farmacológicos mais prevalentes entre idosos institucionalizados.....	97

Tabela 28 - Valores Índice CPO em idosos de 65 a 74 anos.....	98
Tabela 29 - Valores Índice CPO comparativos entre idosos institucionalizados ou não, com idade entre os 61 e os 89 anos de idade.....	99
Tabela 30 - Frequência de uso e necessidade de prótese em idosos de 65 a 74 anos.	101
Tabela 31 - Situação periodontal por sextante e total usando o PSR em paciente geriátricos.	102

Lista de siglas

AINE - Anti-inflamatórios não esteróides

ATM - Articulação temporo-mandibular

AVD - Atividades da vida diária

DP - Desvio padrão

DCNT - Doenças crónicas e não transmissíveis

HTA - Hipertensão arterial

IMC - Índice de massa corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

LVSC - Lar Viscondessa de S. Caetano

M - Média

MD - Medicina de Dentária

MNA® - *Mini Nutritional Assessment*

OHAT - *The Oral Health Assessment Tool*

OHIP-14 - *Oral Health Impact Profile – 14*

PSR - Exame Periodontal Simplificado

OMS - Organização Mundial de Saúde

QdV - Qualidade de Vida

SCMV - Santa Casa da Misericórdia de Viseu

SBA - Síndrome da Boca Ardente

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

A. Introdução

São escassos os artigos da bibliografia consultada, que não façam imediata referência a um fato que está por demais constatado, que consiste no grau de envelhecimento já atingido na população mundial e que, devido a um decréscimo no índice de natalidade, é tendencial⁽¹⁻⁴⁾.

Por esse motivo seria incontornável e talvez até imprudente, não iniciar este documento que aborda a população geriátrica e as suas necessidades de cuidados de saúde oral, sem fazer a referência a tal fato.

Assim, a quantidade de população mundial envelhecida tem aumentado ao longo dos últimos anos^(1, 2, 5), com razões etiológicas diversas, sendo que muito se deve aos inúmeros avanços na medicina, cujo objeto, passa pela extensão da preservação da saúde humana, e conseqüentemente, na melhoria dos índices de QdV das pessoas^(5, 6). Os números não disfarçam, que esta sobreposição da quantidade de pessoas idosas, sobre a quantidade de crianças e jovens, em muito se deve também, a uma baixa taxa de natalidade^(2, 7).

Em Portugal, comparando com medições anteriores, a quantidade de idosos segue a mesma trajetória, ocupando segundo os últimos estudos estatísticos em 2011, 19% da população total nacional^(8, 9).

Se a população idosa ocupa uma fatia tão grande da distribuição etária tanto mundial, como nacional, convém não relevar para planos secundários, de que a QdV dos mesmos e a manutenção e prolongamento funcional das suas capacidades físicas, cognitivas e mnésicas, são um objectivo a considerar de forma assumida, emergindo a necessidade de lhes proporcionar dignidade e cuidados⁽¹⁰⁾.

Falar em QdV na velhice compreende aspetos como independência, a autonomia, o prolongar de papéis sociais, o apoio formal e informal, a segurança ambiental e claro, a saúde^(11, 12).

Sabendo-se acerca de uma espectável degeneração global, tanto física como mental, assim como um decréscimo espontâneo na independência, interessa considerar a necessidade dos cuidados a prover, despertando especial ênfase a saúde física e emocional, de forma mais generalista e em particular os cuidados e tratamentos da cavidade oral, já que a saúde da boca no cidadão sénior representa um fator preponderante no seu dia-a-dia, associando-se frequentemente a uma boa capacidade mastigatória, expressão verbal, estética favorável e manutenção do paladar^(13, 14).

Frequentemente, o idoso apresenta uma maior vulnerabilidade em diversos parâmetros da sua condição, mas particularmente na incidência e prevalência de enfermidades psicofisiológicas nomeadamente aquelas cuja manifestação decorre na cavidade oral^(15, 16). Entre essas, sabe-se acerca de especial propensão ao surgimento de cáries dentárias, complicações periodontais⁽¹⁷⁾, edentulismo⁽¹⁸⁾ e neoplasias orais^(14, 19). Igualmente bastante frequente é a sintomatologia associada à xerostomia, com diversos factores etiológicos, mas com especial destaque para o decréscimo funcional das glândulas salivares, quer seja por degeneração natural das mesmas, quer seja provocado por medicação prescrita⁽¹⁶⁾.

No seguimento da ideia, relativamente à perda progressiva da capacidade de autocuidado no idoso e a outros factores, nomeadamente no que toca à ausência de retaguarda familiar capaz de promover o bem-estar do membro mais velho da família, existem hoje em dia, perfeitamente implementadas na sociedade, inúmeras instituições dedicadas ao cuidado integral do cidadão envelhecido⁽²⁰⁾. Dentro destas incluem-se na maioria das vezes, as de cuidado temporário ou outras, como a considerada neste trabalho, que são as de permanência de longo termo. Lares são infra-estruturas dotadas de equipas multidisciplinares, que tentam colmatar as diversas carências do coletivo, mas também subjetivas a cada residente⁽²¹⁾, que atuam perante a incapacidade dos cuidadores familiares em manter o idoso em casa⁽²⁰⁾. Segundo diversos estudos é descuidado o protocolo da manutenção da saúde oral nos idosos, não obrigatoriamente devido a uma atitude negligente ou de menosprezo pela saúde oral, mas uma consideração pouco relevante pelas patologias afetas à boca, em detrimento de outras cuja supervisão é salvaguardada por um corpo clínico permanente onde habitualmente não se inclui o médico dentista⁽⁶⁾.

Quer seja pela ausência de um médico dentista em lares ou eventualmente por uma obstaculização involuntária ou inconsciente no acesso ao cuidado da cavidade oral, por parte dos diversos cuidadores (formais e informais) intervenientes no apoio ao sénior, é dado aceite pela comunidade médica dentária, que a higiene e saúde oral do idoso institucionalizado de longo termo é insuficiente⁽¹⁹⁾.

A incapacidade funcional, a falta de auto-perceção das necessidades, a inabilidade para exposição do problema ou sintomatologia aos seus responsáveis, a atenção insuficiente da retaguarda cuidadora (auxiliares em geriatria e família) são fatos que contribuem para a ausência de saúde oral em idosos residentes em lares⁽²²⁾.

Este problema não é recente e não é ignorado. Diretivas que assegurem a prestação de cuidados na saúde oral para pessoas idosas são uma prioridade para a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹³⁾.

Portanto, neste trabalho, existem alguns objetivos:

- a) Obter um estudo significativo, relativo à condição de saúde oral, numa amostra propositadamente não fraccionada, eventualmente devido à sua condição física ou mental ou funcional, incluindo-se todos os residentes idosos de uma instituição de acolhimento de longo termo, que pretendam participar.
- b) Esboçar um protocolo de triagem das necessidades de execução de tratamentos de saúde oral em idosos institucionalizados, de acordo com os questionários propostos, em que são ponderados diversos parâmetros, tais como a condição patológica sistémica, a medicação a uso, o grau de dependência, a auto-perceção da necessidade de cuidados, os reflexos na QdV, a condição da saúde oral e claro, a necessidade de execução de tratamentos na boca.
- c) Correlacionar a necessidade de cuidados e higiene orais, dependente de terceiros (sobretudo os auxiliares em geriatria) e a capacidade de estes enquanto promotores e executores para que tal aconteça.

B. Revisão da Literatura

1. O ENVELHECIMENTO

Kofi Annan, durante o seu discurso na II Assembleia Mundial das Nações Unidas subordinado ao tema de envelhecimento, afirmou “A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da Humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, ativo e plenamente integrado”⁽⁸⁾.

1.1. Breves considerações acerca do envelhecimento a nível global

Ao longo das últimas décadas, tem-se assistido a um envelhecimento da população nas sociedades desenvolvidas⁽⁵⁾, em grande parte, devido aos muitos avanços em áreas tão distintas, mas complementares, como a saúde, a segurança, o trabalho, a economia e sociedade⁽²³⁾. A considerar como fatos contributivos para este quadro demográfico, a diminuição da fertilidade e aumento da expectativa de vida, suportam o progressivo e rápido aumento de idosos, esperando-se que em 2050 a população de 60 anos ou mais seja responsável por aproximadamente metade do crescimento total da população mundial^(7, 24).

É igualmente constatado que esta tendência está longe do seu término. Na Europa, os cidadãos com 65 anos ou mais, representam 14-15% do total da população, estimando-se no atual contexto, que atinja os 27,9% em 2050⁽²³⁾.

A proporção de pessoas idosas em países desenvolvidos é hoje em dia muito mais elevada do que nos países em desenvolvimento, não obstante o facto, de a maioria residir nos primeiros, pelas condições implícitas à QdV nesses existentes. A faixa etária de cidadãos com 80 ou mais anos, embora representem só 2% da população mundial, dá indicativos de crescimento bastante significativo - o número de pessoas muito idosas deverá quadruplicar nos próximos 40 anos, ou seja, passar dos 90 milhões contabilizados em 2005 para quase 400 milhões previstos para 2050⁽²⁴⁾. Globalmente, este aumento da esperança de vida não é similar entre os géneros, sendo o aumento para o feminino mais significativo do que para o masculino⁽²⁵⁾.

Atualmente o envelhecimento, é debatido por investigadores, sociólogos, gestores e políticos em todo o mundo, tendo-se já assumido a transição de altas taxas de fecundidade e de mortalidade para tendências inversas nos dois parâmetros e uma transição epidemiológica entre o declínio de doenças do tipo infecto-parasitário, para outras, doenças crónicas e não transmissíveis (DCNT)⁽²⁶⁾.

O envelhecimento da população é um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas⁽²⁷⁾, já que em inúmeros contextos, a idade avançada, geralmente leva a uma deterioração da QdV quando os sujeitos idosos experienciam inoperância na área saúde, da habitação, em suma da retaguarda de suporte⁽²⁸⁾.

1.2. Envelhecimento populacional em Portugal

A exemplo do que acontece no resto do mundo, Portugal acompanha o aumento quantitativo de população idosa, como aliás foi possível constatar nos dados obtidos do último Censos, em 2011. Tal como globalmente acontece, as causas para que tal situação ocorra, devem-se à diminuição do índice de natalidade e em grande parte, à melhoria das condições de vida e de saúde, que por consequência provoca o aumento do índice de longevidade dos cidadãos nacionais^(27, 29).

Dos dados recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), ao comparar a distribuição por idades e por género da população portuguesa entre os anos 2001 e 2011, é possível comprovar as assimetrias, neste caso a diminuição de população jovem, em detrimento de um envelhecimento ascendente. Pode-se observar no Gráfico 1, na faixa etária entre os 75 e os 85 anos o aumento de população que houve em apenas 10 anos de intervalo^(11, 27).

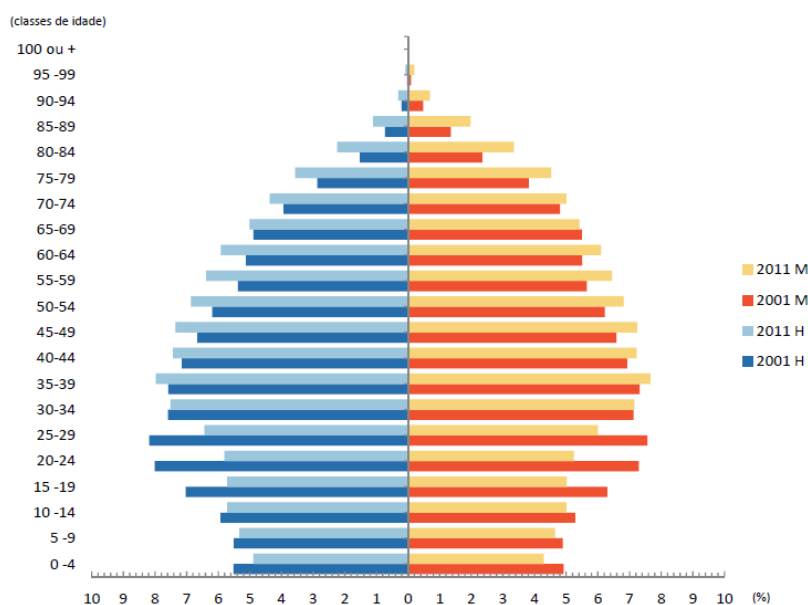


Gráfico 1 - Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011. Retirado de⁽²⁷⁾.

De sublinhar que no grupo das idades mais avançadas se verificou quantitativamente, um acréscimo no total da população nacional, já que a população com 70 e mais anos representava já 11% em 2001 passando a representar 14% em 2011⁽²⁷⁾.

Outros estudos levados a cabo pelo INE em função dos dados recolhidos confirmam um aumento do índice de envelhecimento entre 2001 e 2011, como aliás se pode constatar na Tabela 1. Os dados são claros ao concluir que em 2011 existiam por cada 100 jovens, 128 idosos, grave do ponto de vista socioeconómico e da sustentabilidade, se se comparar com 2001 – 102 idosos para cada 100 jovens.⁽²⁷⁾

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Portugal	102,23	83,56	121,78	127,84	104,77	151,98

Tabela 1 - Índice de envelhecimento, 2001 e 2011. Retirado de⁽²⁷⁾.

Esse movimento ascendente de maior peso nas faixas etárias mais elevadas, tem vindo a ocorrer de homogénea em todo o território, quando em mensurações passadas esse cenário era menos visível nas zonas mais metropolitanas do litoral e mais incidente na zona interior de Portugal.⁽²⁷⁾

Outro barómetro considerado pelo INE refere-se ao índice de longevidade, no qual é feita a ponderação entre a população com 75 ou mais anos de idade e o total da população idosa. Conforme na Tabela 2, em 2011 era de 48, em oposição a 41 em 2001 e um pouco mais distante, 39 em 1991. Facilmente se induz acerca do aumento da esperança média de vida em Portugal, enquanto indicador da similitude com a tendência mundial nas áreas mais desenvolvidas ou em vias de desenvolvimento.⁽²⁷⁾

ÍNDICE DE LONGEVIDADE	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Portugal	41,42	37,75	44,05	47,86	43,79	50,79

Tabela 2 - Índice de longevidade, 2001 e 2011. Retirado de⁽²⁷⁾.

Outros indicadores permitiram verificar em Portugal, que a esperança de vida aos 65 anos passou de 11,9 e 13,8 anos em 1950 para 16,3 e 19,8 anos em 2006, para homens e mulheres, respetivamente⁽²⁹⁾.

Fazendo a ponte, com os capítulos que se seguem, presume-se que este aumento no índice de longevidade ^(28, 30) e o número cada vez maior de seniores, que são acompanhados por uma melhoria da QdV, também significam um aumento no índice de desenvolvimento de patologias na cavidade bucal, que não dispensam tratamento, quer seja devido às patologias ou

à reabilitação *per se*, critério cuja consolidação e *following up* são indispensáveis à presença de QdV. De considerar também a presença de patologias sistêmicas e medicações prescritas pela importância e dimensão que assumem nesta fase da vida⁽²³⁾.

1.3. A terceira idade - contextualização

A terceira idade, que é para alguns autores, constituída por pessoas com 65 anos ou mais - critério cronológico que é historicamente aceite e com base no qual, no corpo em geral, a eficiência e tolerância a influências externas é limitada^(4, 23); e para outros, uma fase com início aos 60 anos de idade por particularidades semelhantes^(3, 13, 30, 31) – é uma etapa que passa pela promoção de um estilo de vida ativo e reflexivo que se baseie na saúde e lazer, em vez de enfermidade e pobreza⁽²⁸⁾.

Existem várias formas de classificar ou definir o envelhecimento. Alguns autores afirmam tratar-se de um processo exclusivamente biológico, outros enquanto processo socioeconómico ou psicossocial e outros ainda como patológico^(32, 33).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – envelhecimento - contínuo desde que se nasce, denominado de terceira idade, define-se como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao *stress* do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”⁽²⁵⁾.

Enquanto etapa da vida o desafio centra-se na correlação existente entre as limitações progressivas e contínuas que decorrem e a independência desejada^(9, 34), factor contributivo à prevalência de QdV, exponenciada quando a retaguarda de apoio, quer familiar, quer social, reconhecerem as potencialidades e valor da população geriátrica^(25, 35).

Torna-se assim, possível dizer que os indivíduos envelhecem de formas diversas, podendo-se falar de idades biológica, social e psicológica, para além da cronológica, que nem sempre é proporcional às outras três⁽³⁶⁾:

a) Idade biológica – associada ao envelhecimento orgânico, em que os órgãos sofrem alterações, que condicionam o seu funcionamento assim como a capacidade de auto-regulação, que se torna menos eficaz;

b) Idade social – que se refere ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa relativamente ao contexto social em que se insere;

c) Idade psicológica – diz respeito às competências comportamentais, que o sujeito pode adequar às mudanças do ambiente e onde incluem a inteligência, a memória e a motivação.

Ao falar-se em envelhecimento é também incontornável a abordagem da dependência funcional que o avanço da idade usualmente acarreta em que indivíduos com a mesma idade cronológica poderão ser ou não dependentes. Para que tal se consiga avaliar, por definição a população geriátrica é dividida em três grupos major de funcionalidade⁽⁴⁾:

a) Idosos funcionalmente independentes que vivem em comunidade dispensando assistência;

b) Idosos débeis que perderam parte da sua independência, mas que continuam a viver em comunidade com a ajuda de serviços de assistência ou da retaguarda familiar (semi-dependentes); e

c) Idosos funcionalmente dependentes que são incapazes de viver na comunidade de forma independente e que vivem confinados à sua casa ou institucionalizados.

De referir, que no LVSC, estas são as classificações adoptadas, levando à distribuição dos residentes por pisos, conforme o seu grau de dependência e cuja mensuração se baseia no valor aferido pelo Índice de *Barthel*.

1.4. A institucionalização

“ (...) a existência de redes de suporte social são um importante elemento de bem-estar e saúde física e mental dos idosos.”⁽³³⁾

Existem dois tipos de redes sociais de apoio. As de apoio informal e as de apoio formal. As primeiras são mantidas sobretudo pela família, podendo-se incluir os amigos e os vizinhos. As redes de apoio formal estão geralmente associadas ao Estado, à Segurança Social ou instituições locais, mais especificamente lares para a terceira idade, serviços de apoio ao domicílio, centros de dia ou de convívio⁽³³⁾.

A institucionalização do idoso é um fenómeno relativamente recente na nossa sociedade⁽⁹⁾. As mudanças nos padrões demográficos, a tendência migratória dos mais jovens rumo aos grandes centros urbanos e a alteração no perfil do agregado familiar contemporâneo, provocaram alterações no papel da retaguarda familiar, enquanto provedores de suporte aos

idosos, pelo que as instituições de acolhimento de longo termo surgem face à necessidade de albergar população nesta faixa etária^(9, 35, 37).

O acolhimento pode ser de curta duração, de longa duração ou definitiva. As fases de acolhimento iniciam quando a decisão da institucionalização é vislumbrada como a opção mais exequível, passando pela escolha do lar e culminando no processo de acolhimento e integração na instituição que passa a ser a nova casa do idoso. Considera-se que um idoso está institucionalizado quando este é entregue aos cuidados de uma instituição (que não seja a sua família) permanecendo aí 24 horas por dia⁽³³⁾.

A população geriátrica, sobretudo, o grupo dos mais idosos que nela se inclui, constitui uma faixa etária mais vulnerável ao estabelecimento de quadros clínicos associados a algum grau de dependência, que por vezes antecipa a institucionalização do idoso^(9, 38). Segundo outras fontes, a capacidade funcional que se reporta à autonomia do sujeito para a realização de tarefas quotidianas revelou-se como a principal razão encontrada na decisão de institucionalização de indivíduos idosos^(11, 39, 40). Atendendo ao conjunto total de idosos, a tabela que se segue informa acerca da quantidade de dependentes em Portugal, segundo dados estatísticos recentes.

	Portugal	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
Índice de dependência de idosos	26,29	22,49	31,27	25,86	36,09	28,98	18,04	18,78

Tabela 3 - Índices de dependência na população idosa em Portugal (INE, 2009). Retirado de⁽⁹⁾

De acordo dados pesquisados, sugeriu-se que a existência da família não garante *per si* a permanência do idoso no núcleo familiar, dependendo da presença do casal de idosos, a manutenção de ambos em casa e estabelecendo-se assim a perda do cônjuge como factor determinante para o encaminhamento para um Lar. Para além deste fator, outros assumidos como etiológicos a esta decisão são as condições precárias de saúde, distúrbios de comportamento, necessidade de reabilitação, falta de espaço físico para que a retaguarda familiar possa atuar, falta de recursos financeiros, solidão ou até abandono do idoso pela família⁽³⁵⁾. É com o agravamento da dependência do idoso que estas manifestações se revelam e o remeter o idoso para uma instituição se torna na maioria dos casos a única solução viável^(9, 33).

2. SAÚDE NA TERCEIRA IDADE

A OMS define saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.”⁽⁹⁾.

“A prevalência de DCNT, como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, cancro e diabetes, aumenta dramaticamente com a idade, o que parcialmente explica por que essas doenças estão se tornando rapidamente líderes enquanto causas de incapacidade e mortalidade em todo o mundo.”⁽²⁴⁾.

2.1. Patologias sistêmicas com maior índice de prevalência entre idosos

O envelhecimento define-se como sendo um processo natural e gradual, capaz de produzir limitações e alterações no funcionamento do organismo, a todos os níveis, induzindo o sujeito a uma maior vulnerabilidade às diversas doenças^(3, 10, 11, 32, 35, 41, 42).

Definidas como qualquer condição prolongada, cuja duração seja superior a três meses, habitualmente progressivas e não curáveis, as mais prevalentes em idosos, são as doenças crônicas, que podem ser controladas por terapêutica medicamentosa^(26, 31).

Embora a maior parte das pessoas ambicione uma vida mais longa, o risco de desenvolver pelo menos uma doença crônica aumenta à medida que a idade avança, reflectindo o efeito cumulativo de exposição a fatores de risco ao longo da vida, não estando unicamente atribuído à idade enquanto causa primária⁽²⁴⁾.

Após pesquisa bibliográfica, foi possível encontrar algumas referências concisas quanto à classificação seriada das patologias mais prevalentes durante a terceira idade. Porém há um artigo que se destacou, que se refere a um estudo recente e que tem o seu grau de associação à MD, realizado na Universidade Complutense de Madrid, cuja abordagem versava sobre a identificação das doenças sistêmicas mais prevalentes em cidadãos com idade maior ou igual a 65. O estudo, descritivo transversal, decorreu recorrendo à listagem de pacientes idosos, do Departamento de Medicina Oral e Cirurgia da Faculdade de Odontologia da dita universidade madrilena, que tivessem solicitado tratamento cirúrgico-dentário.⁽²³⁾

Os investigadores participantes estabeleceram dois grupos, de acordo com os critérios propostos por *Katz* e colaboradores e *Holm-Pedersen* e colaboradores, em que o primeiro grupo tinha as seguintes características:

a) "Idosos independentes", representativos da maioria dos seniores em que havia habitualmente um transtorno clínico ligeiro e supervisionado, por exemplo do tipo artrite ou hipertensão, associado a cerca de 70 a 80% dos idosos;

b) "Idosos frágeis" caracterizado por pessoas com 80 anos ou mais, especialmente vulneráveis, sendo que o seu historial clínico, implicava a presença de duas ou mais doenças crónicas, hospitalização recente e toma de 5 ou mais medicamentos.

Comum aos dois grupos foi o agrupamento das patologias sistémicas pela seguinte ordem: cardiovasculares, do aparelho digestivo, do aparelho respiratório, endócrino-metabólicas, génito-urinárias, osteoarticulares, neuronais e sensoriais.

Para o grupo dos "idosos independentes" os resultados apurados a partir dos antecedentes clínicos dos pacientes participantes ajudaram a determinar que as patologias mais comuns eram as doenças cardiovasculares (23, 25, 26, 30, 31, 35, 43, 44) e digestivas, com valores de prevalência de 30,8% e 13,75% respetivamente. O resto dos problemas de saúde, por ordem de grandeza quantitativa foi o seguinte: desordens endócrino-metabólicas 6,66%, respiratórias 6,25%, génito-urinárias 3,75%, osteoarticulares 2,91% e o conjunto das patologias do sistema nervoso e dos órgãos sensoriais 2,08%. Entre as patologias cardiovasculares, a mais frequente foi a hipertensão arterial (HTA) (confirmado noutros estudos revistos e cujos valores vão normalmente aumentando em proporção ao aumento da idade cronológica ⁽³¹⁾), ao afetar 22,97% de todos os pacientes e equivalendo a 40,5% de todas as patologias deste grupo. A existência de insuficiência cardíaca também foi contabilizada em 11,91% dos participantes, fibrilação auricular e enfarte agudo do miocárdio. No grupo das desordens do sistema digestivo, gastrite crónica e úlceras gástricas foram as mais representativas. Dentro do conjunto de patologias endócrino-metabólicas, diabetes *mellitus*⁽³⁰⁾ ocupou o primeiro lugar - 62,51% equiparável quanto à prevalência por género. No segundo posto, ficaram as patologias que afectam a glândula tiróide (distúrbios de hipotireoidismo e bócio). Relativamente às doenças de foro respiratório, constatou-se que 10,81% da amostra apresentava doença pulmonar obstrutiva crónica equivalente a 53,30% desse subgrupo de doenças respiratórias. A asma ocupou igual lugar de destaque. Acerca dos distúrbios do trato geniturinário, as vulgares pedras nos rins, a hipertrofia prostática e a cirurgia da próstata afectavam no seu conjunto 77,7% da amostra estudada. No que se refere a patologias do tipo osteoarticular, a maior frequência atribui-se a osteoartrite (57,20%) e osteoporose (28.60%). Nas desordens do sistema nervoso, Parkinson é a mais representativa⁽²³⁾.

No grupo de “idosos frágeis”, verificou-se a distribuição da presença das patologias da seguinte forma: cardiovasculares e osteoarticulares 100%, endócrino-metabólicas 85,71%, digestivas e respiratórias 57,14% e geniturinário e sistema nervoso aproximadamente 43%.⁽²³⁾

Segundo outras fontes, conforme descrito no gráfico que se segue, existe a confirmação da percentagem de prevalência das patologias acima descritas, ao estabelecer como doenças crônicas com maior índice de frequência em idosos, as respiratórias, as condições coronárias avançadas, a debilidade renal, doenças do tipo cardiovasculares, artrite, distúrbios emocionais ou psicológicos (como ansiedade ou depressão^(45, 46)) e endócrinas como a diabetes tipo dois⁽³¹⁾.

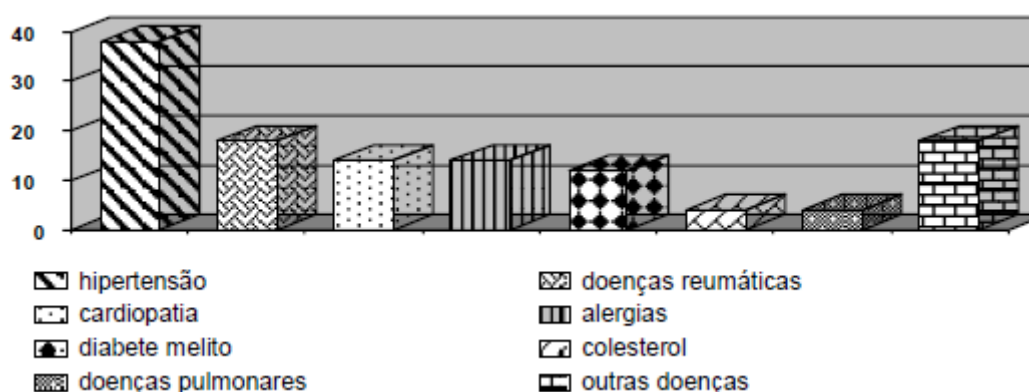


Gráfico 2 - Percentagem da prevalência de doenças crônicas, em idosos, utentes da Clínica Integrada, FOAr. Retirado de⁽³¹⁾.

O índice de colesterol elevado tem um grau de prevalência alto⁽²⁶⁾ havendo associação com a ausência de dentes⁽³⁰⁾.

Segundo outros dados recolhidos, no âmbito das patologias neuro-degenerativas sugere-se a doença de Alzheimer enquanto tipo mais comum, inscrevendo-se no grupo das demências^(25, 47), que é a forma generalista de descrever diversas doenças e condições que se desenvolvem no momento em que acontece a morte das células nervosas do cérebro (neurónios) ou deixam de funcionar normalmente. Estes comprometimentos neuronais causam mudanças na memória, no comportamento e na cognição podendo comprometer as capacidades na execução das Atividades da Vida Diária (AVD), tais como as corporais básicas, locomoção e deglutição⁽⁴⁸⁾. Atualmente, os fatos etiológicos, bem delimitados, indicam a associação desta patologia, à idade avançada, à síndrome de *Down*, a uma escolaridade baixa ou nula e maioritariamente às mulheres⁽²⁵⁾. Outras fontes referem a presença de antecedentes familiares genéticos positivos e condições patológicas vasculares⁽⁴⁷⁾. Habitualmente, os primeiros sintomas da sua presença, acontecem aos 60 anos de idade, evoluindo gradualmente, mais ou menos

rápido, durante um período que oscila num intervalo de 8 a 12 anos⁽²⁵⁾. Prevê-se que em 2050, a população afetada quadruplica⁽⁴⁷⁾. Um estudo de 2005 demonstrou que pacientes com comprometimento cognitivo ou seja, demência grave, têm um risco aumentado para presença de patologias orais e que a saúde oral é menor do que em pessoas idosas que não sofrem de demência, devido à medicação associada, à dependência nos cuidados com a saúde oral e dificuldades com a higienização oral (devido à restrição comportamental)⁽⁴⁹⁾. Ainda no foro das afecções psíquicas, dados relativos à terceira idade, informam que a depressão constitui a maior causa para internamento psiquiátrico ^(35, 50). A depressão está frequentemente vinculada às perdas, principalmente afetivas e de papéis familiares. No idoso institucionalizado, as perdas são muitas, e isso justifica a grande incidência de estados depressivos^(35, 51).

Pelo grau elevado de prevalência em idosos, as doenças reumáticas, podem manifestar-se sob a forma de danos (dor, trismo e eritema) na articulação temporo-mandibular (ATM), assim como, igualmente lesivas, as manifestações nos membros superiores, que quando comprometidos podem modificar o modo de higienização oral e conseqüentemente a saúde dessa área^(26, 31, 51).

Uma outra patologia que merece especial referência neste capítulo devido ao seu índice de prevalência bastante significativo é a diabetes, havendo uma tendência ao aumento da sua manifestação com o envelhecimento^(21, 25, 31, 35, 52). Esta patologia, afeta de forma significativa a condição bucal do idoso, competindo ao médico dentista valorizar a sua presença em pacientes idosos. O diagnóstico pode ser validado por historial de sede, perda de peso, poliúria e prurido. Na boca, a sintomatologia, caracteriza-se por um rápido aparecimento de lesões gengivais (sobretudo em pacientes não controlados) e pela presença de doença periodontal severa. Igualmente presentes podem estar sintomas tais como boca seca com hiperemia e tumefação da mucosa, sensação de ardência nos lábios, língua e palato bem como perda das papilas filiformes da língua⁽³¹⁾.

Outra patologia a considerar, a endocardite infecciosa bacteriana por merecer destaque no decurso de tratamentos dentários, já que pode haver risco de vida para o paciente e por não dispensar a antibioterapia para prevenção de bacterémias antes de procedimentos que promovam sangramento da mucosa oral. Essa situação torna-se mais preocupante entre os pacientes geriátricos, habitualmente portadores de doenças crónicas que aumentam o risco de desenvolvimento da endocardite infecciosa⁽⁵¹⁾. No grupo das patologias cardiovasculares, é

pertinente referir, que se caracterizam por ser as mais letais entre a população geriátrica, havendo uma elevada prevalência de HTA^(2, 43).

2.2. A medicação tipicamente associada à terceira idade e os efeitos adversos

Para além das modificações fisiológicas constatadas em pacientes geriátricos, estes formam globalmente, o maior grupo de consumidores de medicação *per capita*^(32, 53). Várias características do envelhecimento condicionam a prescrição medicamentosa para este grupo, obrigando a uma seleção apropriada e complexa da farmacoterapia a seguir⁽⁵⁴⁾.

A idade é uma variável associada à terapia medicamentosa, verificando-se um acréscimo desta mesmo antes dos 60 anos, já que a possibilidade de ter prescrito um qualquer tipo de fármaco aumenta desde a quarta década de vida⁽³⁹⁾.

As mudanças físicas, mentais, sociais e comportamentais que acompanham o envelhecimento estão na maioria das vezes associadas aos efeitos diretos das patologias crónicas ou agudas⁽⁶⁾ e é do conhecimento geral, que o número de consultas médicas que visem o seu acompanhamento e supervisão aumentam proporcionalmente⁽²⁵⁾. Como consequência desse facto, ocorre um aumento no consumo de medicamentos, de exames complementares e de episódios de internamento hospitalar⁽²⁶⁾.

É várias vezes referido, que a frequência enorme com que a população geriátrica é sujeita a prescrições medicamentosas, que visam uma actuação sobre patologias sistémicas, propicia o desenvolvimento de efeitos lesivos colaterais sobre a cavidade oral^(6, 13, 26, 32, 40, 51) ou vice-versa⁽⁵⁵⁾. Entre esses quadros patológicos há vários exemplos. Considerem-se as hiperplasias gengivais^(30, 40, 51) - provocadas por terapêutica como anticonvulsivantes⁽²⁶⁾, imunossupressores e antihipertensores; ou as ulcerações e alergias⁽³⁰⁾ – por anti-inflamatórios não esteróides (AINE); ou a quantidade e qualidade da saliva^(31, 40).

A polimedicação, terminologia associada ao uso de diversos medicamentos pela mesma pessoa, muito comum em população geriátrica^(4, 25, 40, 45, 56), favorece a presença de reações adversas e interações medicamentosas^(53, 57, 58), podendo ao mesmo tempo haver sinergia e antagonismo na sua ação^(25, 39). Nem sempre se reconhecem os efeitos indesejados da associação de vários medicamentos, porque várias vezes essa sintomatologia, mimetiza a presença de outras patologias, sendo extremamente difícil, definir essa adversidade que não se pretende que ocorra. Como que se de um ciclo se trate, prescrevem-se outras medicações para recuperar o efeito de outras e nesse sentido continuamente, extrapolando-se as

consequências⁽²⁵⁾. O risco de interação é tão maior, quanto mais elevado for o número de medicação prescrita, sendo que os números confirmam a presença desse receio. Segundo um rastreio, 13% dos pacientes têm duas medicações associadas e 82% têm mais de seis⁽²⁵⁾. Noutro estudo os números são mais impressionantes, já que se constatou que em lares de idosos, os residentes, em média, tomam entre 5 a 9 medicações diárias diferentes e mais de 20% utilizam mais de 10 medicamentos⁽⁵⁸⁾.

Ainda noutra investigação, com uma amostra de 500 idosos, apurou-se que a 270 (57,9%) eram administrados de um a três fármacos e a 196 (42,1%) eram administrados quatro ou mais medicamentos. O consumo médio de medicamentos por idoso foi de 3,3 (desvio padrão (DP)=2,62)⁽³⁹⁾.

Há prevalência do uso de determinados grupos de medicamentos na população idosa, tais como os analgésicos, os anti-inflamatórios e os psicotrópicos. Segundo a mesma fonte, em função de um estudo realizado, as classes terapêuticas mais consumidas foram: complexos vitamínicos (8,7%), analgésicos (8,4%), neurolépticos (6,1%), bloqueadores dos canais de cálcio (5,8%), anti-inflamatórios (5,6%), diuréticos (4,8%), antiácidos, antiflatulentos e antiulcerosos (3,7%), β bloqueadores (2,9%), suplementos minerais (2,7%) e inibidores da enzima conversora de angiotensina (2,5%). Entre os fármacos mais vendidos a partir de prescrições médicas, os mais comuns foram: agentes oftalmológicos (6,7%), vitaminas (6,6%), bloqueadores dos canais de cálcio (6,1%), neurolépticos (5,7%), anti-reumáticos e anti-inflamatórios (5,0%), diuréticos (4,7%), agentes cardiovasculares e vasodilatadores cerebrais e periféricos (3,9%) e β bloqueadores (2,9%). Da medicação adquirida sem prescrição nesta faixa etária, os mais solicitados foram: analgésicos (3,8%), vitaminas (2,0%), relaxantes musculares (1,1%), antiácidos, antiulcerosos e antiflatulentos (0,9%), laxantes (0,8%), anti-reumáticos e anti-inflamatórios (0,6%)⁽⁵³⁾.

Na relação entre a terapêutica medicamentosa mais prescrita e a que favorece a presença de efeitos colaterais em idosos temos as relacionadas com patologias cardiovasculares, os antibióticos, os diuréticos, os anticoagulantes, os hipoglicémicos, os corticóides, os opióides, os anticolinérgicos⁽³²⁾, os benzodiazepínicos e os AINE⁽²⁵⁾, conforme aliás se pode confirmar no gráfico que se segue, de uma fonte diferente, mas com resultados semelhantes:

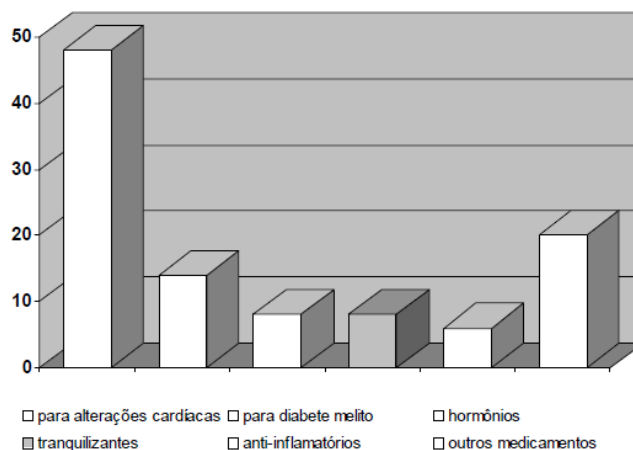


Gráfico 3 - Percentagem de utilização de medicamentos na população de idosos, utentes da Clínica Integrada, FOAr. Retirado de (31).

Dos efeitos adversos descritos nos idosos enquanto mais prevalentes, observam-se os distúrbios eletrolíticos, modificações nas funções renais e gastrointestinais, hemorragias e irregularidades no sistema endócrino⁽²⁵⁾.

A varfarina, um anticoagulante comumente usado na prevenção da trombose obriga a uma administração cuidada. Existem alguns fatores de risco associados à sua toma, neste caso a idade avançada, o aumento da sensibilidade e a interação com outros medicamentos, que podem exponenciar o risco de sangramento^(25, 40).

Relativamente à HTA, vulgar na idade sénior⁽⁴³⁾, é comum o uso recorrente de anticoagulantes, anti-hipertensivos e ácido acetilsalicílico⁽³¹⁾.

A maioria da medicação prescrita a idosos tem efeitos colaterais na boca, destacando-se a perda de paladar, as estomatites e a xerostomia^(26, 50).

Num estudo⁽¹³⁾ em que foi analisada uma amostra de 316 idosos, num intervalo etário que abrangia dos 65 aos 99 anos e em que 166 dos quais estavam institucionalizados procedeu-se à verificação da presença de lesões bucais, com patologias ou alterações sistémicas e relacionar esses parâmetros com medicação prescrita, tendo-se obtido uma situação condizente com os pressupostos anteriormente enunciados. As lesões orais mais frequentemente encontradas foram a estomatite^(4, 40), a xerostomia, a atrofia da papila lingual⁽³⁴⁾, a presença de língua fissurada⁽⁴¹⁾ e hemangioma. Em cerca de 90% dos idosos que integravam a amostra estavam presentes patologias sistémicas, entre as quais as cardiovasculares, a hipertensão, depressão ou ansiedade. Verifica-se que a polimedicação diária aumenta o possível aparecimento de lesões bucais⁽⁵⁹⁾.

2.3. Outras condições típicas da terceira idade

Neste subcapítulo incluem-se algumas das manifestações de conjuntos de sinais e sintomas frequentemente observados em indivíduos idosos, sobretudo nas faixas etárias mais elevadas, de origem multifatorial e que contribuem de uma forma negativa e degenerativa na capacidade funcional do sujeito. De entre as mais prevalentes e exigentes na assistência e diagnóstico precoce podem-se descrever as seguintes^(3, 25):

a) Iatrogenias – complicações ou efeitos adversos resultantes de intervenção médica⁽⁵⁶⁾, onde incluem a medicação (exponenciada pelo acompanhamento simultâneo de vários especialistas clínicos), exames complementares ou terapia reabilitativas, sendo a primeira variante a mais comum entre a população geriátrica e eventualmente fatal. No caso da medicação, os efeitos causados considerados iatrogénicos, dependem das modificações fisiológicas afetas ao envelhecimento, que condicionam a farmacocinética (processo farmacológico de absorção, distribuição, metabolismo e eliminação das drogas). Essas alterações são variáveis e difíceis de prever.

b) Incontinência urinária – depende da integridade anatómica do trato urinário inferior e dos mecanismos fisiológicos envolvidos na eliminação da urina, mas também da capacidade cognitiva, mobilidade, destreza manual e motivação para ir aos sanitários⁽⁴⁶⁾. A sua manifestação consiste na perda de urina involuntária cuja prevalência aumenta com o avançar da idade, afetando metade da população idosa institucionalizada e mais frequente no género feminino, na relação de 2:1 quanto ao masculino até aos 80 anos de idade altura pela qual os valores percentuais se tornam equivalentes. Pode agravar os índices de dependência funcional e por consequência obrigar à dependência de cuidadores e em última instância a integração em instituições de acolhimento de longo termo. Uma deteção e tratamento precoces podem reduzir este impacto negativo nos pacientes⁽⁴¹⁾ e promover uma melhor e duradoura QdV.

c) Desequilíbrio e quedas – porque a marcha fica condicionada com o evoluir do envelhecimento. Associada à deslocação condicionada e com o sentido proprioceptivo comprometido⁽³²⁾, a frequência de quedas aumenta. Existe maior prevalência no género feminino neste escalão etário, sendo que no intervalo dos 75 aos 84 anos de idade, em idosos com dependência nas atividades da vida diária há um risco 14 vezes maior para queda, se se comparar com sujeitos independentes. Num estudo, constatou-se que a prevalência de quedas em idosos institucionalizados é considerada alta, oscilando entre os 37,2% e os 38,3%⁽⁴⁶⁾. Etiologicamente estão definidas como causas a diminuição da visão e audição^(32, 60), os distúrbios proprioceptivos

e musculoesqueléticos, o sedentarismo, as patologias cardiovasculares e neurológicas e a polimedicação.

d) Imobilidade – considerada uma síndrome, é assumidamente prevalente na população geriátrica, deriva da limitação de movimentos, que vão condicionar a cinética postural e corporal, obrigando o paciente idoso a não dispensar a ajuda de terceiros. Fatos apurados indicam que 75% dos institucionalizados têm esta síndrome e sua taxa de mortalidade associada está próxima dos 40%.

3. SAÚDE ORAL

Tradicionalmente saúde oral é considerada como parte da saúde geral dos indivíduos^(61, 62) e assume-se como fator determinante da QdV^(45, 55, 59, 63, 64). De acordo com o Departamento de Saúde do Reino Unido, a definição para saúde oral deverá atender a “um padrão de saúde que permite ao indivíduo comer, falar e socializar sem doença ativa, desconforto ou embaraço e que contribui para o seu bem-estar”⁽⁴⁾. Assim, possuir 20 dentes remanescentes (em média) nos idosos é garantia de melhor saúde oral e geral e maior sobrevivência, tal como foi possível observar em estudos levados a cabo por *Shimazaki* e colaboradores (2001) no Japão e por *Sheiham* e colaboradores (2001) na Inglaterra, enfatizando a importância da MD⁽⁶⁵⁾.

As mudanças observadas na boca, à medida que o tempo vai avançando, são em parte, as consequências da própria idade, em parte, como o resultado do desgaste dos tecidos e estruturas^(51, 66). A cavidade oral é uma imagem fiel da saúde ou doença do corpo, ou até considerada como sentinela ou sistema de alerta precoce⁽⁴⁰⁾. Como via de acesso ao organismo, é frequentemente invadida por bactérias, vírus, parasitas e fungos, havendo doenças sistêmicas que apresentam manifestações orais⁽⁶¹⁾. Essas desenvolvem-se na mucosa, na língua, na gengiva, dentição, periodonto, nas glândulas salivares, no esqueleto facial, na superfície cutânea e outras estruturas anexas⁽⁶⁷⁾. Muitos dos fatores de risco das doenças orais são comuns a diversas doenças, crônicas, por exemplo o caso da diabetes ou doenças cardiovasculares⁽⁶³⁾. A cavidade oral é uma importante área de diagnóstico, porque contém derivados das camadas germinais primárias e porque inclui tecidos cuja manifestação de lesões não é demonstrável em qualquer outra parte do corpo. Permite inferir acerca da presença de várias doenças sistêmicas apenas devido às suas manifestações orais^(42, 67, 68).

À medida que as pessoas atingem as últimas décadas de vida, as necessidades de cuidados permanentes aumentam, inclusive em relação aos cuidados dirigidos à saúde bucal^(51, 69). Segundo um artigo consultado, em que foram considerados vários estudos, permitiu-se concluir que a saúde dentária e oral dos idosos era muito fraca^(21, 66). Assim, a cavidade oral, enquanto primordial na sua importância fisiológica e metabólica, ressentem-se com o avançar da idade. As perdas são evidentes, manifestando-se na falta de dentes, na doença periodontal e disfunções na ATM^(32, 51, 70), sendo fato confirmado globalmente de que a cárie dentária, associada às anteriores, se inscrevem em autênticos problemas de saúde pública^(24, 40, 55).

Para algumas correntes de investigação, um dos principais critérios usados para identificar um idoso enquanto saudável, baseia-se no facto de este manter durante toda a vida, a

sua dentição natural e funcional, devendo-se tomar em conta todos os fatores sociais e biológicos associados, nomeadamente a estética, o conforto e a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar^(32, 51, 55, 71).

3.1. Modificações características na cavidade oral, na idade sénior

Muitos dos problemas dentários e das estruturas associadas, encontrados no idoso são, na realidade, complicações de processos patológicos acumulados durante toda a vida do indivíduo, devido a uma higiene oral deficiente, iatrogenias, falta de orientação e de interesse em saúde oral e ao não-acesso aos serviços de cuidados dentários^(21, 70), pelo que a cavidade oral se ressentem com o avançar da idade cronológica, refletindo grande parte das vezes as alterações sofridas pelo organismo, tornando a mucosa oral mais sensível a danos mecânicos^(6, 26).

A imagem que se segue descreve um ciclo possível de alterações morfológicas e fisiológicas atribuíveis a esse avanço cronológico, que ocorrem no sistema estomatognático, podendo-se observar um ciclo, que começa por lacunas em algo tão básico como a higienização e que pode terminar na perda efetiva dos elementos dentários.

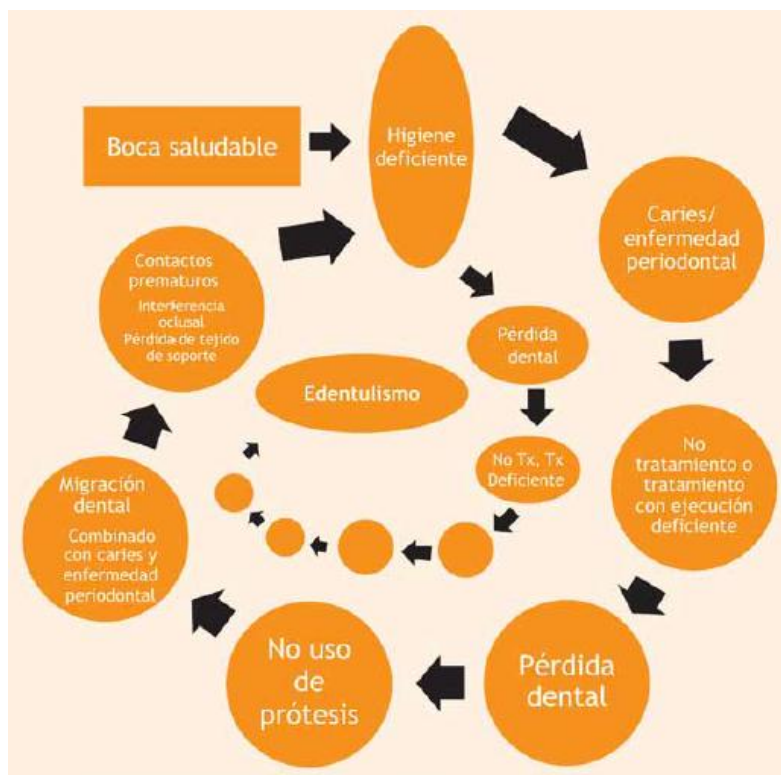


Imagem 1 - Espiral da deterioração da saúde oral. Retirado de⁽⁶⁴⁾

À medida que a idade decorre, a mucosa oral torna-se mais permeável a estímulos exógenos devido ao declínio na competência renovadora de seu epitélio, facilitando uma maior

exposição do idoso às ações lesivas de vários agentes agressores invasivos pela via oral, tais como o álcool, o tabaco^(4, 24, 71, 72), as terapêuticas medicamentosas, a deficiência nutricional, as doenças crônicas, a eventual presença de próteses e outros agentes infecciosos⁽¹³⁾.

No gráfico 4 é possível observar, as zonas na cavidade oral, onde mais predominantemente são encontradas alterações patológicas.

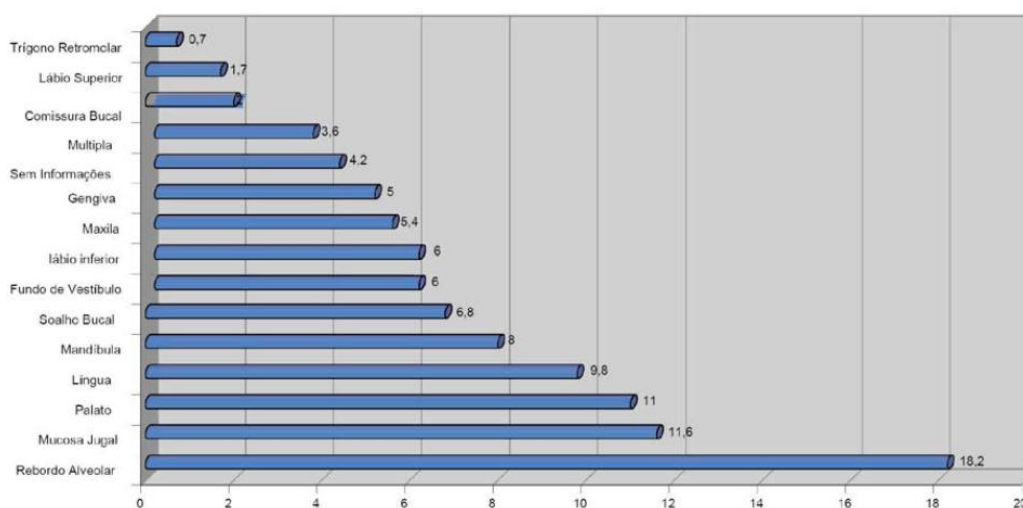


Gráfico 4- Distribuição das localizações observadas para as diferentes lesões identificadas em idosos. Retirado de⁽¹³⁾

Das modificações na região bucomaxilofacial, as confinadas à cavidade oral, na população geriátrica, podem-se encontrar mais frequentemente^(32, 51):

- a) Atresia dos canais radiculares - devido à deposição de dentina nas paredes internas da câmara pulpar.
- b) Queilite angular - como resultado da dimensão vertical diminuída, que ocorreu devido à avulsão de elementos dentários e/ou devido à abrasão dos dentes remanescentes, enquanto lesão inflamatória crônica, também derivada do uso de próteses^(26, 62).
- c) Redução das glândulas salivares - tanto em tamanho como em função, funcionando como fator etiológico ao surgimento de xerostomia, para além de registos quanto à redução do volume e concentração de alguns constituintes salivares.
- d) Alterações na morfologia anatómica da língua - desde a perda das papilas filiformes e circunvaladas e o aparecimento eventualmente de fissuras e varicosidades na superfície ventral, podendo ambas influenciar na diminuição do sentido do paladar⁽⁴¹⁾, assim como a diminuição do número de papilas gustativas^(45, 64) localizadas no dorso lingual vão causar uma diminuição na

percepção de sabores⁽⁴⁰⁾, que tem uma importância maior em pacientes geriátricos com doenças crônicas, tais como a *diabetes mellitus* e a HTA, podendo levar ao aumento na ingestão de sal ou açúcar tornando mais difícil o controle da patologia⁽⁶¹⁾.

e) Mudanças estruturais no esmalte dentário - porque o cemento se torna mais espesso, o espaço pericementário e o ligamento periodontal diminuem ou desaparecem, existindo uma maior propensão às fraturas, já que o dente fica mais rígido no espaço alveolar; o seu aspeto e estrutura tendem a alterar - o amarelecimento ou o escurecimento é causada por alterações na espessura e composição da dentina e esmalte, assim como a abrasão e o desgaste natural típico nesta faixa etária que também contribuem na aparência do dente^(51, 61, 62, 72).

f) A osteogênese é menos ativa - Comprometendo as dimensões ósseas tanto em altura como em espessura, expondo as raízes dentárias e funcionando como fator etiológico ao aumento de lesões cariosas.

Outro fato, é a redução da irrigação sanguínea intracanal e a diminuição da espessura do esmalte, assistindo-se a um decréscimo na sensibilidade aos estímulos, o que, como resultado, pode confluir na igual diminuição da capacidade resposta à cárie e/ou ao trauma⁽⁵¹⁾. Paralelamente, o cemento aumenta gradualmente na composição da estrutura dentária e sabendo-se que a sua composição é predominantemente orgânica, adivinhando-se uma menor resistência aos agentes extrínsecos, tais como o açúcar, os refrigerantes e o tabaco^(51, 72).

Outros estudos referem-se às modificações na cavidade oral, evidenciando que todos os tecidos estão sujeitos a atrofia e perda de elasticidade, desde a mucosa até às estruturas ósseas, incluindo os próprios tecidos de sustentação e musculares^(26, 51). Em complemento, no decurso do envelhecimento, sabe-se que na estrutura corporal acontece um decréscimo da quantidade de água, conduzindo a um aumento de tecido adiposo e por último, tornando a musculatura mais frágil e atrofiada, com especial associação à da mastigação^(32, 51).

Na gengiva, com o avançar da idade, pode-se verificar a diminuição do seu pontilhado característico, sendo frequente uma coloração rosa pálido devido à diminuição do fluxo sanguíneo e é comum o deslocamento (retração) discreto da mesma, deixando exposta parte da raiz^(2, 61). Histologicamente observa-se hipoqueratinização e redução do número de células do tecido conjuntivo na gengiva^(2, 51, 61, 73).

3.2. Patologias orais no idoso

A diminuição da capacidade cinética, a baixa auto-estima, a falta de estímulo para a realização da higiene oral, a incapacidade de realizar a sua própria higiene devido a doenças crônicas degenerativas, o comprometimento da visão, da audição e a perda da habilidade cognitiva são condicionantes que de forma isolada ou cumulativamente, contribuem para o aumento do risco das pessoas idosas desenvolverem patologias na boca⁽⁶⁹⁾.

Os estudos epidemiológicos funcionam como fortes adjuvantes na caracterização de informações concisas, quanto à compreensão da prevalência, extensão e gravidade das patologias bucais, revelando sobretudo, acerca dos índices de cárie, doença periodontal e perda de elementos dentários⁽¹³⁾, sugerindo um atendimento diferenciado nesta faixa etária⁽²⁶⁾.

Cáries dentárias (coronárias ou radiculares^(2, 4, 21)), patologias periodontais^(4, 30, 59), situações de edentulismo^(6, 74), desgastes dentários (atrições, erosões e abrasões)^(21, 64, 74), lesões de tecidos moles (hiperplasias inflamatórias traumáticas ou medicamentosas, ulcerações e infecções), xerostomia^(2, 64), dores orofaciais (com elevado grau de prevalência⁽⁷⁵⁾), desordens da ATM⁽⁷⁰⁾, problemas de oclusão e cancro oral, são descritos como os problemas de saúde oral, mais prevalentes na população geriátrica^(24, 26, 72). A cavidade oral no idoso revela uma alta incidência de cárie e lesões periodontais (2, 30, 38, 70, 71, 74, 76).

3.2.1. Cárie dentária

Cárie dentária é uma patologia infeto-contagiosa que culmina na perda localizada da componente mineral dos dentes afetados, geralmente causada por ácidos orgânicos, resultantes do metabolismo microbiano, provenientes sobretudo dos carboidratos ingeridos⁽²⁵⁾. Resulta da interação entre a tríade - hospedeiro (dente suscetível), agente (placa bacteriana) e fatores ambientais (dieta, saliva)^(40, 65). Manifesta-se ao longo do tempo pela desmineralização cumulativa do dente, tendo potencial para produzir cavitação no esmalte e causar danos na dentina e na polpa⁽⁶⁴⁾.

Os fatores de risco para cárie dentária em pessoas idosas, conforme a tabela 5, para cáries coronárias e radiculares, levam ao aumento da exposição a bactérias cariogênicas, nomeadamente, *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus* e *Actinomyces*⁽⁷²⁾.

- Diminuição do fluxo salivar
- Antecedentes de patologias cariosas
- **Institucionalização**
- **Falta de atendimento por médicos dentistas de forma rotineira**
- Baixo nível socioeconómico
- Abastecimento público de água não-fluoretada
- Falta de higiene oral

Tabela 4 - Fatores de risco para cárie dentária em pessoas idosas. Retirado de⁽⁷²⁾

Segundo diversos estudos realizados, a cárie dentária é o principal problema associado às patologias da cavidade oral em idosos^(65, 77), com causas intrínsecas à redução do fluxo salivar por utilização de medicamentos e a uma fraca conduta na higiene oral por motivos psicomotores ou dietéticos^(4, 26, 55, 59, 77).

O fato da população sénior ser alvo de uma imensa prescrição medicamentosa, tais como os de ação no aparelho cardiovascular, os analgésicos, os sedativos e os tranquilizantes, que geralmente causam a redução do fluxo salivar, propicia um risco acrescido de suscetibilidade à cárie dentária^(30, 59) e conseqüentemente a iminente perda de elementos dentários⁽²⁶⁾.

Continuando nessa linha de raciocínio, a prevalente e verificada higiene oral deficitária, induz à infecção dos tecidos periodontais, que por seu turno torna mais suscetível a recessão dos mesmos, expondo a zona radicular dentária e facilitando o surgimento de cáries radiculares^(4, 26, 41, 55, 59, 65, 72), situação esta que, como por vezes se propõe, não dependente da idade cronológica avançada, por si só^(59, 72). Todavia, há estudos feitos que não corroboram totalmente tal proposição, já que informam que a incidência de cárie radicular em pacientes com mais de 60 anos é o dobro daquilo que acontece em pacientes com 30 anos, acrescentando que 64% dos idosos com mais de 80 anos têm cárie radicular e até 96% cárie acima da margem gengival⁽⁷²⁾.

Em Portugal, mais propriamente na cidade do Porto, num estudo sobre uma população de idosos institucionalizados verificou-se uma prevalência elevada de cáries radiculares - 63,9%⁽⁵⁹⁾. Facilmente se depreende acerca da enorme quantidade de população envelhecida, com processos cariosos, muitos com supuração inclusive, que passam discretamente à margem da consideração merecida pela MD, não obstante o impacto significativo que tal situação tem no bem-estar e QdV dos idosos e população em geral⁽⁷¹⁾.

3.2.2. Doença Periodontal

A doença periodontal é uma doença inflamatória que afeta a gengiva e os tecidos de sustentação dentária (cimento, ligamento periodontal e osso alveolar). Verifica-se a perda de inserção do ligamento periodontal e destruição do tecido ósseo adjacente^(4, 59, 72, 74, 78, 79), culminando em fases mais avançadas, com um aumento de mobilidade dentária e num último momento, com a perda do elemento, tendo como principal fato etiológico a placa bacteriana^(25, 63, 72). A periodontite é seguramente das patologias mais comuns na cavidade oral^(2, 79). Estudos epidemiológicos mostram alta prevalência e severidade de doença periodontal em idosos⁽⁸⁰⁾.

A presença de placa bacteriana, um biofilme cuja constituição se baseia na presença de bactérias e endotoxinas gram-negativas que crescem nas faces dentárias, junto às margens gengivais⁽⁷²⁾, provoca mais adiante, a destruição dos tecidos adjacentes, levando à resposta inflamatória dos tecidos periodontais^(26, 78). Apesar de a gengivite ser mais comum em pessoas idosas, a idade por si só não é um fator de risco para a gengivite ou para a periodontite, sendo que a primeira, se atempadamente cuidada pode ser revertida com uma boa higiene oral^(72, 78).

A gengivite distingue-se quando o tecido gengival é eritematoso e edematoso, facilmente sangrante quando sondado ou até durante a escovagem suave^(4, 72). Na periodontite é possível de verificar à sondagem, um aumento da profundidade das bolsas gengivais, o aumento da mobilidade dentária e recessão óssea e gengival, comum entre os idosos^(72, 78).

Uma associação que se pode deduzir é que a mastigação e a digestão, indispensáveis à manutenção da QdV vão ser afetadas pelas doenças periodontais⁽⁴⁰⁾ enquanto causas etiológicas que levam às perdas dentárias⁽³⁰⁾.

Segundo um estudo publicado que decorreu no Brasil, utilizando o Índice Periodontal Comunitário, preconizado pela OMS nos exames periodontais e neste caso com uma amostra que se insere na faixa etária dos 65 aos 74 anos, apenas 7,9% não apresentavam qualquer problema periodontal. No outro extremo de gravidade, 6.3% dos inquiridos, apresentavam bolsas maiores que 4 mm. Ao analisar o número médio de sextantes afectados, 80,84% foram excluídos, por esses espaços serem totalmente edentulos ou por haver somente um dente funcional⁽³²⁾. Existem algumas causas subjacentes à disponibilidade física e sensorial na terceira idade, que para alguns autores são apontados como fatores intrínsecos à ocorrência deste tipo de patologia⁽²⁶⁾:

- a) Decréscimo da acuidade visual e da destreza manual, que condiciona o controlo da placa bacteriana, que aliás, convém referir, se forma mais rápido em idosos, eventualmente devido às modificações na composição da dieta ou na redução da quantidade de secreção salivar⁽⁴⁾;
- b) Comprometimento do sistema imunológico⁽⁷⁸⁾; e
- c) Envelhecimento das células que formam o periodonto^(4, 78), que condicionam o processo de cicatrização tornando-o mais moroso.

Outros autores, neste contexto de lesão periodontal e gengival, referindo que a recessão da gengiva e lesão periodontal tem especial prevalência no grupo de pacientes idosos, referem-se às causas da mesma, enumerando em primeira instância em idade por si só^(32, 78). Entre vários fatores de risco sinalizados em estudos, o hábito tabágico e o conteúdo nocivo do fumo daí proveniente, é um dos motivos de risco mais associados à periodontite no adulto, sobretudo na periodontite severa^(25, 30).

Outro fator, associado ao envelhecimento, tem a ver com alteração progressiva do tecido ósseo, que com o passar dos anos, se torna mais frágil e com uma resiliência menor e diminuindo assim, a quantidade de material mineralizado na estrutura. A reabsorção aumenta e a osteogénese diminui, pelo que a porosidade aumenta e conseqüentemente a fragilidade^(4, 26, 59, 78). A osteoporose e a osteopenia foram consideradas fatores de risco na perda óssea alveolar, com um grau de importância relevante na presença de doença periodontal^(21, 59).

Em sentido inverso, diversos estudos clínicos demonstram que as patologias periodontais aumentam nos sujeitos, o risco de apresentar doenças cardiovasculares e outras alterações sistémicas, se se comparar com indivíduos com gengiva sã^(2, 25, 30, 55, 74, 78, 79), sobretudo o risco aumentado de enfarte do miocárdio⁽⁸¹⁾ e de AVC^(40, 74). É um fato aceite de que a doença periodontal é capaz de predispor os indivíduos a doenças cardiovasculares, devido a uma endotoxina produzida pela bactéria gram-negativa, presente na infeção periodontal e que pode afetar a integridade do endotélio, o metabolismo do plasma lipo-proteico, a coagulação sanguínea, a função das plaquetas e a sua síntese de prostaglandinas. Todos reunidos estes fatores predisõem os estímulos necessários ao início do enfarte do miocárdio e eventualmente até uma situação de morte súbita⁽²⁾.

Outra associação que é feita indica que como os mecanismos de reabsorção óssea são comuns à periodontite e à osteoporose (comum na terceira idade), têm sido constantes as tentativas de demonstrar a interligação entre estas duas patologias⁽⁵¹⁾.

A associação entre a diabetes (especialmente prevalente em pacientes geriátricos⁽⁵²⁾) e a doença periodontal demonstra que pode conduzir à perda dentária em idosos^(23, 24, 51, 55, 72, 79, 82). Esta patologia é apontada como a sexta maior complicação do *diabetes mellitus*⁽²⁵⁾. Fato não corroborado por outros autores, que afirmam que associação entre bolsa periodontal e diabetes é pouco consistente em idosos, não antevendo uma correlação significativa entre esta patologia sistêmica e a prevalência de alterações bucais⁽³⁰⁾. Vários estudos têm comprovado que a presença da diabetes pode aumentar em até três vezes o risco da doença periodontal e que a saúde gengival é pior em pacientes diabéticos do tipo 2 quando comparados com pacientes com apenas intolerância à glicose ou indivíduos saudáveis⁽⁸²⁾.

Tem também sido evidente a influência das patologias periodontais com as infecções respiratórias, sobretudo a pneumonia⁽⁷⁹⁾, enquanto infecção debilitante, com especial incidência em idosos e imunocomprometidos, tendo-se que estas são as que estão mais evidentemente associadas com as periodontites^(25, 30).

Em resumo, na população idosa afetada, a presença da periodontite tem sido associada com doença cardiovascular, ao controlo deficiente dos níveis de glicémia no sangue, à má cicatrização das feridas e à pneumonia por aspiração, particularmente em pacientes geriátricos institucionalizados⁽⁷²⁾. Segundo um estudo longitudinal, ficou clara a relação entre a doença periodontal e a perda de peso em idosos, tendo sido demonstrada a presença de uma associação significativa entre bolsas periodontais com uma profundidade de 6mm no mínimo e a perda de peso⁽⁵⁹⁾.

3.2.3. Edentulismo e o uso de próteses

As perdas de elementos dentários podem ocorrer por diversas causas. Entre as mais pertinentes estão a cárie dentária e a doença periodontal^(24, 25, 61, 63). Além dessas, o consumo de tabaco⁽⁴⁾, a negligência de utilização dos serviços de medicina dentária e um período de institucionalização de longo termo, acima da média^(4, 59).

Para outros, a perda total de dentes ainda é considerada pela opinião pública, como sendo algo normal e natural com o decurso da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde oral^(13, 26, 61, 77), havendo quem refira que as profundas desigualdades sociais definem a prevalência de perda dentária, verificando-se mais tal acontecimento, em idosos com escolaridade e / ou rendimentos mais baixos^(4, 24, 55, 61).

Independentemente da razão apresentada, a perda de elementos dentários na terceira idade é um dos problemas mais comuns^(21, 26, 45, 51, 59, 61, 63, 80).

A perda de elementos dentária condiciona diversos problemas de âmbito funcional, psicológico e social, podendo-se manifestar em termos de dieta, de bem-estar e de QdV^(4, 21, 22, 41, 51, 55, 59, 83). Juntamente com tudo isto perde-se a dimensão vertical (medição da altura desde a ponta do nariz para a ponta do queixo) que pode ser associada com a dor temporo-mandibular, colapso posterior mordida e deformação estética da face^(61, 65, 84).

A população idosa manifesta uma tendência para um alto grau de edentulismo e mesmo os dentados, na sua maioria, sugerem a presença escassa de função dentária^(30, 59). A capacidade mastigatória torna-se deficitária condicionando as escolhas alimentares, contribuindo para défices nutricionais⁽⁶⁸⁾. Há uma forte relação entre a perda de dentes e a má nutrição, condição esta, que influencia negativamente a QdV^(24, 49, 59). Sugere-se inclusivamente a associação do défice na qualidade da alimentação, devido a problemas orais, com a presença de anemia em idosos⁽²⁾. Em acréscimo a ausência de dentes também dificulta a comunicação interpessoal promovendo o isolamento das pessoas^(51, 63).

Vários estudos realizados em contextos socioeconómicos diferentes revelam uma prevalência variada do edentulismo em idosos, oscilando entre 6% e 78%. Numa população de idosos institucionalizados do distrito do Porto (Portugal), verificou-se uma percentagem de desdentados totais de 30,13%, predominantemente no sexo feminino⁽⁵⁹⁾. Outro exemplo, datado de 2003, segundo um estudo que decorreu no Brasil, em ambas as arcadas dentárias, cerca de 85% da população adulta, e quase 99% dos idosos, usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária. Com maior precisão, apurou-se que três em cada quatro idosos, não possuía qualquer dente funcional em pelo menos uma das arcadas⁽²⁵⁾.

Na população em geral, mas sobretudo na geriátrica, associa-se a ausência de dentes ao uso imprescindível de próteses dentárias. É amplamente aceite que quando se está perante a ausência de um ou mais elementos dentários, uma das alternativas mais acessíveis é a reabilitação protética, que pode ser parcial removível (para a reposição de alguns dentes) ou total removível no caso de edentulismo total^(25, 66, 85), ou ainda, fixa. Tal estratégia de reabilitação oral poderá ser útil, já que a saúde bucal em idosos com dentes naturais é pior do que a de pessoas idosas com próteses⁽⁴⁹⁾, não prevenindo *per si*, a presença de outras complicações. Num estudo publicado, em 582 utilizadores idosos de próteses removíveis, observou-se que metade dos indivíduos, geralmente, apresentava uma ou mais lesões na mucosa oral associadas

ou não ao seu uso⁽⁶⁾. A lesão mais frequente observada nessa amostra, relacionada com a presença de prótese foi a estomatite (30%), sendo que a leucoplasia na ausência da mesma é a mais prevalente das lesões^(13, 59). Noutro contexto populacional (Arábia Saudita), segundo um estudo relativo às lesões protéticas obtiveram-se os seguintes fatos – refere a maioria das lesões orais relacionadas com o uso de prótese são a úlcera traumática, a hiperplasia papilar inflamatória, a estomatite protética e a hiperplasia fibrosa inflamatória (epúlida fissurada)⁽⁶⁶⁾. Noutro estudo realizado no Brasil, em que se percentualizou na amostra estudada a quantidade de idosos que usam qualquer tipo de prótese (fixa, parcial removível ou total), constatou-se que 66,54% usam prótese superior e 30,94%, prótese inferior e que quanto à necessidade de reabilitação protética, 32,40% carecem de prótese superior e 56,06%, de inferior⁽³²⁾.

A reabilitação protética é crucial, já que devolve funcionalidade ao aparelho estomatognático, relativamente à mastigação, à fala, respiração e grau de sociabilização do idoso^(25, 59). Num estudo realizado, utilizando o OHIP-14 concluiu-se que a necessidade de prótese total, tanto superior quanto inferior mostrou profunda relação com o impacto na QdV do idoso institucionalizado⁽⁸³⁾.

3.2.4. Xerostomia

A xerostomia é a sensação subjetiva de boca seca, conseqüente ou não do decréscimo da função das glândulas salivares, com alterações quer na quantidade, quer na qualidade da saliva⁽⁸⁶⁾. A sensação de boca seca, é uma das queixas mais comum⁽⁴¹⁾ na população geriátrica^(26, 59, 72). É a manifestação clínica mais vulgar das disfunções das glândulas salivares, podendo porém ser igualmente o resultado de patologias sistémicas que se manifestam na secreção de saliva^(50, 57, 59). Além da desidratação da boca, por ausência de saliva^(41, 50, 51, 74), as manifestações clínicas da xerostomia costumam traduzir-se na sensação de queimação^(50, 51, 65, 72), alterações no paladar e dificuldade em deglutir (disfagia) e falar^(40, 41, 55, 72, 86), assim como maior número de infeções da mucosa bucal, cáries dentárias, e alterações na microflora oral⁽⁸⁶⁾.

Segundo um artigo publicado, a xerostomia pode resultar de três causas principais⁽⁸⁶⁾:

- a) Condições que afetam o centro salivar: emoções, jejum frequente, Doença de Parkinson, menopausa;
- b) Fatores que alteram a secreção autonómica da saliva: encefalites, tumores cerebrais, tabagismo e a desidratação do doente, bem como muitos fármacos (cerca de 400); e

c) Alterações na função da própria glândula, tais como: obstrução, infeções, tumores, excisão das glândulas, cálculos, doenças auto-imunes e radioterapia.

Na terceira idade, estudos revelam que as glândulas salivares perdem entre 20 a 30% da sua capacidade funcional, deixando a cavidade oral mais seca e com maior propensão a alterações patológicas^(4, 26). As potencialidades da saliva na cavidade oral passam pela lubrificação da mesma, impedindo a deterioração dos dentes e promovendo a sua remineralização. Tem acção antifúngica e antibacteriana^(4, 40, 63, 72).

Aproximadamente 80% dos fármacos prescritos com mais frequência a idosos possuem efeitos xerostomizantes⁽⁵⁹⁾. Dessa forma, enquanto factor etiológico para a xerostomia em idosos, podem-se considerar a terapêutica medicamentosa^(41, 50, 63, 72, 78) para a hipertensão^(6, 26), para a depressão, os ansiolíticos, os anticolinérgicos, os anti-histamínicos^(26, 55, 57, 59) e os diuréticos⁽⁷⁴⁾, sendo que para vários autores, a sua administração constitui a principal causa de xerostomia em idosos^(59, 61, 78). Outras fontes bibliográficas confirmam, que a medicação mais prescrita a pacientes geriátricos é a que actua no sistema cardiovascular, os analgésicos, os sedativos e os tranquilizantes, que habitualmente causam a inibição do fluxo salivar, propiciando a suscetibilidade à cárie^(32, 55). Reforça-se que os medicamentos anticolinérgicos, anti-hipertensivos, antidepressivos e ansiolíticos causam xerostomia, que como se sabe, facilita a acumulação de placa bacteriana e posteriores patologias associadas^(32, 61). Uma indesejada, mas naturalmente prevalente desidratação por diminuição na ingestão de líquidos são outros dos factores a considerar^(26, 57, 61).

Num artigo dedicado especificamente à prevalência de xerostomia em população a geriátrica, ou seja, de especial interesse para este trabalho, são acrescentados alguns factores de risco, para além dos já descritos, pelo que os autores dão a seguinte relação de causas prováveis: terapia oncológica local, alterações psicológicas, doenças auto-imunes como a Síndrome de Sjögren⁽⁴⁰⁾ e o Lúpus eritematoso, uso de medicamentos como os antidepressivos, os antihipertensores e os diuréticos; bloqueio dos ductos salivares por cálculos salivares e infeções agudas ou crónicas das glândulas salivares^(50, 67). Ainda o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e diabetes^(40, 59, 86) e a radiação ou quimioterapia^(4, 78). Outros autores acrescentam aos factores etiológicos, a menopausa, a hepatite-C e o hipotireoidismo⁽⁴⁰⁾.

Em seguida apresenta-se uma tabela resumo acerca de alguns dos fatores de risco à presença de xerostomia, recolhidos em diversos artigos:

Fatores de risco para xerostomia
Radiação da cabeça ou pescoço
Sedativos
VIH
O uso de medicação:
- Inibidores da enzima conversora da angiotensina
- Bloqueadores alfa e beta
- Analgésicos
- Anticolinérgicos
- Antidepressivos
- Anti-histamínicos
- Antipsicóticos
- Ansiolíticos
- Bloqueadores dos canais de cálcio
- Diuréticos
- Relaxantes musculares
Aplasia da glândula salivar
Síndrome de Sjögren
Hábitos de tabagismo

Tabela 5 - Fatores de risco para a xerostomia.

Em consultório, com o paciente geriátrico, o médico dentista pode observar alguns sinais que sugerem a presença da patologia, tais como o desprendimento de partes do epitélio da mucosa ao retirar os rolos de algodão da boca, a tendência de os instrumentos aderirem aos tecidos orais, os relatos por parte do paciente quanto a problemas com as próteses (sem que a causa se possa atribuir à planificação e execução da mesma) e a presença recorrente de cáries em zonas pouco habituais na cavidade oral⁽⁵⁰⁾. Para definição de um hipotético diagnóstico de xerostomia, são a presença de saliva residual, de aspeto espumoso ou espesso. A mucosa oral parece seca, ocasionalmente inflamada ou mais comum, pálida e translúcida. A superfície dorsal do músculo lingual, várias vezes apresenta fissuras com atrofia das papilas filiformes^(34, 50, 51).

A modificação da película salivar por ausência de secreção glandular, propicia nos tecidos da mucosa, descamação, a perda do epitélio e facilita a colonização da microbiota oportunista⁽⁵¹⁾, que por seu turno coadjuva à inflamação da mucosa (mucosite)⁽⁴¹⁾, à presença de ulcerações dolorosas, de infeções locais (candidíase), ao aumento da sensibilidade e à presença de queilite angular⁽⁵⁰⁾. As consequências são previsíveis, já anteriormente referidas e debilitadoras da QdV⁽⁵⁰⁾, que se pode ainda relacionar com o facto de que a boca seca, também pode diminuir a capacidade de usar próteses dentárias^(41, 51, 55).

Durante a noite, este problema é agravado, porque durante o sono há naturalmente hipossalivação⁽⁴⁰⁾. A xerostomia causada por uma doença intrínseca ao paciente geriátrico ou pelo uso de medicamentos pode ser tratada com substitutos da saliva^(63, 72, 86).

3.2.5. Halitose

Normalmente o hálito humano é inodoro ou ligeiramente perceptível às pessoas com quem se convive, podendo variar de apazível a desagradável, fato que depende da sensibilidade do observador. A halitose ou mau hálito é uma anormalidade presente em quase 60% da população mundial e não se considera como sendo uma doença, assumindo-se como errado julgar que todo hálito desagradável seja indicativo de alterações orgânicas. A halitose, que também se designa por hálito fétido, mau hálito, fedor da boca, *fetor oris* ou *fetor ex oris*, refere-se a modificações do hálito de origem local ou sistêmica, caracterizadas pela emanção de odores fétidos pela boca. A sua etiologia é dependente de diversos fatores, podendo ser encontrado mais de um no mesmo indivíduo: distúrbios respiratórios, gastrointestinais, orgânicos, psíquicos e principalmente fatores buco-dentários^(87, 88).

Segundo vários estudos, a presença de um índice de cárie elevado, doença periodontal^(4, 59) ou uma higienização incorreta e insuficiente, pode causar a halitose^(13, 88). Devido à coexistência com a xerostomia, os pacientes, dada a sua dificuldade em falar, a dor decorrente da secura das mucosas e neste contexto, a presença de halitose, têm tendência a evitar os contatos sociais e a isolar-se, influenciando negativamente o seu bem-estar e conforto e, naturalmente, a sua QdV⁽⁸⁶⁻⁸⁸⁾.

Existe aquela a que se denomina de halitose fisiológica, que ocorre por exemplo logo após o acordar e que se deve à hipossalivação noturna durante o sono, que acomete 100% da população mundial. Outra forma de halitose fisiológica reporta-se ao mau cheiro temporário causado por algum componente específico da dieta alimentar, tais o como álcool, a cebola ou o alho, condição transitória, geralmente controlada com uma boa higiene bucal.

A variante patológica, que é muito mais intensa e persistente sendo a maior parte das vezes um fenómeno proveniente da cavidade oral, responsável por 85-90% das causas etiológicas. Dessas destacam-se a retenção de partículas odoríferas de alimentos entre os dentes, língua saburrosa, gengivite ulcerativa necrosante aguda, periodontites, cáries, próteses mal confeccionadas, mal higienizadas ou mal adaptadas, alterações do padrão salivar e cicatrização tecidual pós cirúrgica⁽⁸⁷⁾.

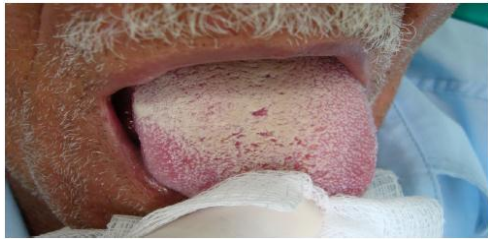


Imagem 2- Língua saburrosa. Retirado de⁽⁸⁷⁾



Imagem 3 - Periodontite. Retirado de⁽⁸⁷⁾

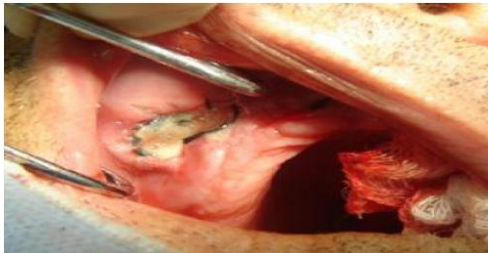


Imagem 4 - Cicatrização tecidual. Retirado de⁽⁸⁷⁾



Imagem 5 - Hiperplasia fibrosa inflamatória. Retirado de⁽⁸⁷⁾



Imagem 6 - Cáries. Retirado de⁽⁸⁷⁾

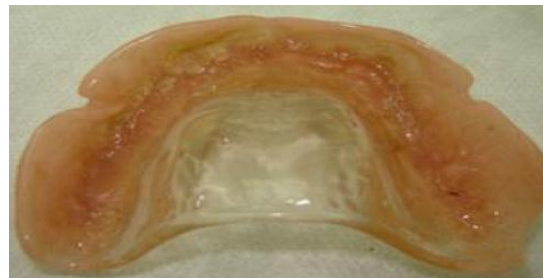


Imagem 7 - Próteses mal adaptada e mal higienizada. Retirado de⁽⁸⁷⁾

O tratamento previsto para a halitose, pode inicialmente ser mecânico ou químico, sendo que em ambos é necessária a *compliance* do paciente. No primeiro caso, a higiene oral, o uso de fita de dentária e a raspagem da superfície lingual. No segundo, o bochecho com colutórios que contenham clorexidina, pode ser eficaz⁽⁸⁸⁾. A prossecução de alguns procedimentos mais complexos depende da gravidade do fator etiológico.

3.2.6. Lesões e condições patológicas nos tecidos moles

Existem uma quantidade considerável de lesões dos tecidos moles da cavidade oral, várias dessas, associadas a uso de próteses removíveis^(59, 66), onde se inscrevem com maior índice de frequência, as hiperplasias, as estomatites, as úlceras traumáticas e as candidíases⁽⁶⁾, que podem acometer o paciente idoso. De acordo com um estudo realizado em população geriátrica, em que se fez uma associação entre o uso de próteses dentárias e lesões

relacionadas, obteve-se que 64,6% eram edentulos totais e que 73,4% desses usavam de próteses, sobretudo totais⁽³²⁾. Outro estudo refere, numa amostra de 93 sujeitos com mais de 60 anos, que 78,5% deles manifestaram lesões pelo uso de prótese⁽⁸⁵⁾. De lesões resultantes da utilização das mesmas, verifica-se a presença de candidíase, periodontite severa e hiperplasia do palato e encontrados ainda evidências de língua saburrosa, língua fissurada e leucoplasia⁽³²⁾.

A hiperplasia fibrosa inflamatória relacionada com a presença de próteses mal adaptadas no seu contorno, é uma lesão que se apresenta de forma simples ou múltipla, sob a forma de pregas de tecido conjuntivo hiperplásico, localizadas entre o rebordo alveolar e a mucosa labial ou jugal. Outra variante de hiperplasia, a papilar inflamatória, visível sobretudo na região do palato duro, para além de também estar associada ao uso de próteses mal adaptadas, está presente quando o seu uso é contínuo e a higienização insatisfatória⁽⁶¹⁾, havendo fortes ligações segundo alguns autores, com a sensação de ardência característica da Síndrome da Boca Ardente (SBA)⁽⁶⁾.

A estomatite protética, outra condição patológica que consiste numa reação inflamatória dos tecidos da cavidade oral, em contato com próteses, é bastante frequente na população geriátrica^(40, 59). A prevalência desta patologia varia de 11 a 67%, em portadores de prótese removível total⁽⁵⁹⁾. A falta de *follow-up* posterior à colocação da prótese é um dos fatores que justificam percentagens elevadas, tanto na necessidade de reparação ou substituição, mas sobretudo na alta prevalência de lesões associadas às mesmas⁽⁷⁷⁾. Segundo um estudo aplicado a idosos portugueses, portadores de prótese acrílica maxilar com um recobrimento de pelo menos 50% do palato duro, verificou-se a presença de estomatite protética em 43% da amostra, com idade superior a 65 anos⁽⁵⁹⁾. Esta condição patológica pode estar associada a quadros de candidíase atrófica e queilite angular⁽⁵⁷⁾. Quando induzida pelo uso de prótese, não manifesta formação de placa, como é vulgar noutras variantes da candidíase, mas a proliferação de *Candida Albicans* entre o espaço de contato da mucosa e a prótese total provoca a inflamação nessa zona. Existe uma especial proliferação das colónias em indivíduos que têm o hábito de dormir com os elementos protéticos^(6, 59). Para além das características descritas, existem outros fatores de risco, para que esta doença oral ocorra, nomeadamente derivada de reações alérgicas ao material protético, manifestação de doenças sistémicas ou resultante de trauma. Mais, a utilização de próteses desadaptadas, o tempo de uso, a idade da prótese, a oclusão e a dimensão vertical e ainda o consumo de álcool e tabaco são outros fatores de risco a considerar⁽⁵⁹⁾.

Alguns autores referem-se a candidíase, enquanto infecção de múltiplas manifestações, inscrevendo-se nesse grupo de fatores etiológicos a antibioterapia morosa, higienização deficitária, imunodeficiência, diabetes^(6, 61) e a xerostomia^(61, 72). Segundo um artigo que relaciona o risco de presença de Candidíase em idosos, relata-se, que certas condições aumentam o risco de crescimento excessivo em pessoas mais velhas⁽⁵⁷⁾. Entre essas, a patogenicidade de estirpes de *Candida* específicas, alguns fatores locais anteriormente referidos, mas aos quais se acrescentam o uso do inalador de esteróides e causas sistêmicas que incluem, o uso de corticosteróides, a quimioterapia, a radioterapia, algumas doenças endócrinas, a má absorção e a desnutrição^(61, 72). Em pacientes geriátricos, com hipossalivação, existe uma maior propensão à colonização por este fungo, ou seja, uma maior densidade de *Candida Albicans*, conduzindo a uma suscetibilidade de surgimento de candidíase oral⁽⁴⁰⁾. Apresenta-se em clínica e em fase aguda, como uma membrana branca amarelada ou acinzentada, de superfície irregular e brilhante, destacável se raspada. Pode-se observar sob a forma de pequenas manchas circulares ou puntiformes, que se aglomeram em áreas isoladas, ou então, mais extensamente, semelhante a um manto. As variantes são conhecidas como candidíase crônica, atrófica, pseudomembranosa e hiperplásica⁽⁵⁷⁾. Ao destacar da mucosa este tipo de membrana, consegue-se distinguir um leito ulcerado e sangrante^(6, 61). Quando esta forma de apresentação varia para uma úlcera, rasa e extensa, mais difícil de visualizar, estamos perante uma outra variante denominada candidíase atrófica, com manifestação predominante na comissura labial. Como a presença de *Candida* na boca do paciente contamina a saliva, existe em casos de edentulismo total (mais frequente em população idosa), por diminuição grave da dimensão vertical uma especial recorrência à acumulação de fluido salivar na zona da comissura labial, o que eleva o quadro de prevalência⁽⁶⁾.

Outro caso, as úlceras traumáticas, geralmente resultantes do uso de próteses com bordas de dimensão aumentada e oclusão não balanceada são comuns em idosos. Caracterizadas por um leito eritematoso, dolorido e muitas vezes sangrante, dependem da citologia esfoliativa para apurar acerca da sua benignidade da lesão, pela semelhança de algumas das suas células, às neoplásicas^(6, 61).

Também o líquen plano, tem especial prevalência em pacientes seniores. A sua etiologia desconhece-se, mas presume-se que possa estar associada a estados de ansiedade elevada, iatrogenia medicamentosa ou diabetes. A sintomatologia pode variar entre sensação de ardor ou queimação. É uma lesão branca mucocutânea, presente a maioria das vezes na mucosa oral^(6, 68). O líquen plano é apresentado em duas vias, reticular ou forma erosiva⁽⁵⁷⁾. A manifestação

oral é caracterizada pela presença de estrias de *Wickham*, e a apresentação clínica pode variar de estrias radiantes branco para vesiculobulhosas, atróficas ou sob a forma erosiva⁽⁶⁷⁾.

O cancro oral, que inclui lábio, cavidade oral e faringe é especialmente preocupante para pessoas com 65 anos de idade ou mais, porque nesta faixa etária é sete vezes mais provável de serem diagnosticados⁽⁵⁵⁾. A estirpe histológica responsável pela maioria dos casos de cancro oral corresponde ao carcinoma de células escamosas. Topograficamente é uma lesão comum na língua, no soalho da boca, lábios e palato. Está intimamente relacionada com lesões pré-malignas tais como vários tipos de leucoplasia ou eritroplasia. A irritação crónica prefigura-se como o mecanismo fisiopatológico etiológico, estando associada à má higiene oral, ao tabagismo, ao etilismo⁽⁴⁾, a deficiências nutricionais, ou agentes biológicos, tais como vírus *Epstein-Barr* e vírus de papiloma humano⁽⁶¹⁾.

A língua saburrosa, caracterizada pelo acumular de restos alimentares, bactérias e células mortas na parte dorsal da língua, observa-se em aproximadamente 15% dos idosos e com maior prevalência no género masculino. Relaciona-se este estado com a pneumonia aspirativa, mau hálito e ausência de sentido gustativo⁽⁶⁾.

As varicosidades linguais apresentam-se como múltiplas bolhas papulares ou elevadas, purpúreo-azuladas, localizadas na borda ventrolateral. Tendencialmente manifestam-se em indivíduos acima de 50 anos e é normal no decurso envelhecimento humano. Regra geral são assintomáticas, exceto quando raramente ocorre trombose secundária⁽⁶⁾.

Outra patologia a referir, é a SBA, com especial incidência sobre o género feminino, numa faixa etária que oscila entre a quarta e sexta década de vida, associada ao período da menopausa. A sua etiologia pode ser multifatorial e a sintomatologia, manifesta-se pela dor e sensação de ardor localizada, sobretudo nas margens laterais da língua, dos lábios, da mucosa e de forma menos comum no palato e na gengiva. O diagnóstico não é o mais simples, sendo imprescindível uma análise cuidada por parte do médico dentista, indicando-se uma revisão do historial pessoal e clínico bastante detalhado e elaborando a partir daí a conduta terapêutica mais adequada. Há vários factores causais possíveis, desde a alergia a materiais dentários (por exemplo a utilização de próteses antigas e mal adaptadas), infeções bacterianas, fúngicas ou virais, historial de xerostomia, de hábitos tabágicos ou alcoólicos e a prevalência de refluxo esofágico⁽⁶⁾.

4. A SAÚDE ORAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE LONGO TERMO – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Um maior número de pacientes acima dos 65 anos tem procurado atendimento na área da medicina dentária⁽⁵⁰⁾. Relativamente a idosos institucionalizados, comparativamente a outros em situação diferente de acolhimento, verificou-se um pior estado de saúde oral associado a cuidados de higiene oral diminuídos, assim como uma restrição dos cuidados médico-dentários somente a situações de emergência⁽⁴⁾, relegando-se para segundo plano a manutenção e higienização diária dentária^(49, 59, 77).

Em instituições de residência de longo termo há algumas circunstâncias que podem contribuir à negligência, mesmo que por vezes involuntária na provisão de cuidados de saúde oral⁽²²⁾, entre as quais as descritas na tabela que se segue:

- Falha na auto-perceção de necessidades de cuidado oral, por parte dos residentes.
- Inabilidade dos residentes em sinalizar a sua necessidade.
- Retaguarda familiar que coloca as necessidades de intervenção na saúde oral, para segundo plano.
- Auxiliares em geriatria e restantes intervenientes nos cuidados institucionais, que relem para segundo plano os cuidados na cavidade oral.
- Limitações físicas, de tempo e de infra-estrutura que limitam a atuação dos cuidadores formais na instituição.
- Práticas de higienização oral desadequadas de forma recorrente.
- Médicos dentistas incapazes ou sem motivação para assegurar os cuidados necessários em geriatria.
- Dificuldade na obtenção de tratamentos dentários.

Tabela 6 - Razões que contribuem à negligência na provisão de cuidado oral a idosos institucionalizados de longo termo. Retirado de⁽²²⁾

4.1. Autoconhecimento das necessidades e execução dos hábitos correctos

A idade avançada pode comprometer a habilidade para a execução correta da higienização oral, quer seja por deficiência física, por falta de motivação ou desinteresse, sendo que a promoção destes hábitos é um fator de máxima importância na prevenção e tratamento^(26, 57). Muito embora a escovagem dentária seja o método mais popular de higiene oral em todo o

mundo, a regularidade desse hábito entre os idosos fica muito aquém do desejável e recomendado^(24, 57). Associado à escovagem, a utilização de dentífricos com flúor não é equitativa entre as zonas no globo, dependendo do grau de desenvolvimento dos países o seu uso, que é frequente nos desenvolvidos, menos nos que estão em vias de desenvolvimento e não utilizada em vários subdesenvolvidos⁽²⁴⁾.

A manutenção da saúde oral baseia-se portanto na *compliance* do paciente e a sua destreza no ato da escovagem e na manutenção desse hábito⁽³²⁾. Sabe-se que nos idosos institucionalizados, existe uma forte necessidade de acompanhamento e supervisão individualizada desse momento de higienização oral, sobretudo devido à falta de coordenação cinética, de destreza manual e vastas vezes devido a impossibilidade do próprio indivíduo a poder fazer⁽³²⁾. Hábitos de higienização oral supervisionada, que abrangem a remoção do biofilme dentário por intermédio de uma correta escovagem e uso de fita dentária são fundamentais na prevenção das doenças bucais, considerando um protocolo de actuação rentável e de aceitação universal⁽²⁵⁾. Assim, a remoção mecânica da placa bacteriana através de escova e fio dental consiste num procedimento básico de higiene pessoal que não deve ser negligenciado, tanto para pacientes dentados, como para os pacientes portadores de próteses, pelo que a sua ausência, promove o acumular de uma placa bacteriana cada vez mais espessa, criando condições para o desequilíbrio da microbiota residente na cavidade, que leva à destruição de tecidos duros e moles⁽⁶²⁾. Pacientes geriátricos, com patologias crónicas e incapacitantes podem encontrar em escovas dentárias eléctricas e passa-fios dentários, coadjuvantes à manutenção da saúde oral⁽⁷²⁾.

A percepção que a própria pessoa tem do seu estado de saúde é um aspecto elementar a ter em conta na tomada de decisão no âmbito da intervenção em saúde⁽⁹⁾.

Segundo um estudo que abordou o autoconhecimento das necessidades de cuidados na cavidade oral, em idosos, numa faixa que oscilava entre os 65 a 74 anos, constatou-se que desse grupo 65,69% dos indivíduos recorreu a consulta dentária em 3 ou mais anos e que o motivo principal para tal necessidade era a sintomatologia dolorosa em pelo menos em 40,50% da amostra⁽³²⁾. Na mesma pesquisa, quanto à auto-percepção da saúde oral, 43,6% dos idosos assume que a tem péssima ou regular⁽³²⁾.

O autoconhecimento também poderá ser afetado pela percepção de valores pessoais, tais como a crença de que um pouco de dor e deficiências são inevitáveis na idade em causa, o que poderá levar uma pessoa a considerar de forma errada acerca da sua saúde oral⁽⁵⁷⁾.

A auto-percepção também é susceptível de envolver uma valoração acrescida, que nem sempre é coincidente com o que realmente se passa⁽⁷⁵⁾. E este fato é comum entre os sêniores. Num estudo que envolveu 50 idosos, obtiveram-se resultados peculiares e que corroboram o anteriormente dito. Em 41 indivíduos que responderam “Não” para a pergunta “Existe algum problema com a sua gengiva?”, 28 (68,3%) apresentavam doença periodontal diagnosticada clinicamente. Do mesmo modo, 38 (88,4%) indivíduos que haviam respondido não apresentar sangramento gengival, na realidade sangraram durante o exame clínico. Mais curioso, todos os sujeitos da amostra apresentavam retração gengival, embora 42 tenham respondido “Não” para a pergunta correspondente. Noutra questão, 44 responderam que não apresentavam cálculo nos dentes, embora 30 (68,2%) tenha sido encontrado cálculo durante o exame clínico periodontal. Ainda se revelou que a maioria da amostra estudada demonstrou baixa percepção da doença periodontal⁽⁸⁰⁾.

Relativamente à execução dos hábitos corretos, para os idosos autônomos, as instruções de higiene oral devem ser dadas individualmente, de forma clara, estabelecendo-se contato visual e sem elevar a voz, sugerindo-se⁽⁷⁸⁾:

- a) O estabelecimento de uma rotina diária;
- b) O uso de pastas com fluor; e
- c) O uso de instrumentos adaptados às necessidades individuais - escovas elétricas ou escovas interproximais, uso de cabos adaptados ou com borracha para pacientes com artrite e o uso de passa-fios.

Pode-se ir mais longe, delegando tanto ao idoso (quando capaz), ou aos cuidadores, a realização de uma auto-examinação dos tecidos da cavidade oral, pelas vantagens e motivos que facilmente se supõem. O paciente idoso deve ser aconselhado a lavar as mãos e frente a um espelho com uma fonte de luz adequada, observar e palpar ambos os lábios intra e extra oralmente, os dentes, as gengivas, a face interna da bochecha, as faces dorsal, ventral e laterais da língua, o soalho oral e o palato⁽⁶¹⁾.

Ainda no contexto da adequação dos hábitos mais corretos é relevante salientar, que a visita rotineira ao dentista permite uma avaliação abrangente dos dentes, das gengivas e dos tecidos moles, útil na prevenção, deteção precoce e tratamento de problemas de saúde da cavidade oral⁽⁴¹⁾. É igualmente o momento para o profissional rever as práticas de cuidados na instituição que acolhe o paciente idoso. Para as pessoas desdentadas, uma visita ao dentista

prevê uma avaliação abrangente dos tecidos moles, bem como uma observação e eventual ajuste das próteses⁽⁵⁵⁾. Quanto às próteses, os hábitos corretos a ser introduzidos e implementados nas instituições de acolhimento, passam pela informação acerca da importância de as lavar depois de cada refeição, utilizando uma escova especial usando sabão ou novos produtos específicos para o dito fim e enxaguada abundantemente com água⁽⁸⁹⁾. Complementar, informando de que as próteses durante o sono devem ser retiradas para que os tecidos orais relaxem da pressão a que estão submetidos durante o dia⁽⁶¹⁾.

4.2. O estado de dependência associado à saúde oral

No decurso do processo de envelhecimento humano, constata-se alterações fisiológicas e metabólicas em órgãos, aparelhos e tecidos, tendo como consequência, situações clínicas irreversíveis e que obrigam o idoso a mudanças, não só psicológicas, mas também em hábitos e atitudes^(7, 32, 37). Existe alguma variabilidade entre alguns autores que consideram o idoso a partir dos 65 anos, outros a partir dos 60 anos. Outros investigadores adotam uma classificação que depende do grau de função psicossocial, ou seja, independente, debilitado (semi-dependente) ou funcionalmente dependente⁽⁵⁹⁾. A *Fédération Dentaire Internationale* considera pessoas idosas aquelas com mais de 60 anos, classificando-as em três grupos de acordo com o grau de dependência: independentes, semi-dependentes e dependentes⁽⁷⁷⁾.

O cidadão, envelhecido, passa assim a realizar com maior grau de dificuldade, atividades outrora simples e acessíveis, como hábitos de higiene, alimentação e locomoção^(29, 37), constatações dependentes de uma das grandes limitações dos indicadores epidemiológicos tradicionais, que é a sua incapacidade de refletir a possibilidade de um indivíduo para executar tarefas e actividades⁽⁸³⁾. Dois em cada cinco pacientes geriátricos são funcionalmente dependentes, portanto, as suas atividades e habilidades de higiene são limitadas⁽⁷⁸⁾, não sendo a idade um factor exclusivo associado a um menor grau de autonomia, mas observando-se o carácter progressivo da incapacidade funcional entre os idosos em relação ao aumento da idade.⁽⁷⁾

Segundo um estudo realizado em Portugal, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, ficou demonstrada a existência de 8,3% de idosos funcionalmente dependentes, de entre os quais 92,5% não dispensam a ajuda quase diária⁽⁵⁹⁾. Nesse contexto, a denominada “avaliação funcional” é fulcral para a descrição de um diagnóstico e para a elaboração de prognóstico clínico conciso, que sustentarão um plano de tratamentos e cuidados adequados às pessoas idosas. A avaliação funcional pretende de forma sistematizada, apurar de

que forma as condicionantes subjectivas a cada sujeito idoso, o afectam no desempenho autónomo e independente das AVD, otimizando a assistência indispensável à QdV e para posterior avaliação e estratificação em grupos distintos para acompanhamento⁽²⁵⁾.

Foi feita uma correlação entre a alta prevalência e a gravidade da doença periodontal em idosos, com os maus hábitos de higiene oral que facilitam a acumulação de placa bacteriana e posteriormente o desenvolvimento da doença periodontal - gengivite e perda da inserção periodontal – tendo-se verificado que esta condição é comum em idosos, principalmente naqueles em que a mobilidade é limitada e o grau de dependência de terceiros é maior⁽⁵⁹⁾. Outro artigo refere-se aos portadores de algumas patologias incapacitantes, nomeadamente a doença de Parkinson avançada, a artrite deformante nas mãos, a demência e a hemiplegia, por obrigarem a atenção redobrada e a uma ação coordenada por parte do médico dentista e o grupo de cuidadores institucionais, por forma a prolongar a dualidade independência / higiene oral durante o maior espaço de tempo possível⁽²¹⁾.

4.3. Os auxiliares em geriatria enquanto promotores e executores da higienização

Uma vez integrado numa instituição de acolhimento, o idoso, passa a ficar sob a responsabilidade e supervisão dos auxiliares em geriatria e restante equipa técnica, denominados de cuidadores formais. São estes que passam a ter maior contato e proximidade com os residentes, espectando-se deles, responsabilidade e zelo. O ato de cuidar visa a promoção e manutenção (por vezes recuperação) da dignidade humana do idoso, devendo-se para isso estar devidamente formado quanto a formas de atuar inscritas em capacidades sociais, humanas e éticas^(37, 61). Dessa forma, a saúde oral de idosos institucionalizados exige atenção especial dos cuidadores na manutenção de condições adequadas, de modo a contribuir para a melhoria ou manutenção da QdV dessas pessoas^(38, 89, 90).

Sabe-se que as práticas de prevenção e promoção da saúde oral têm eficácia comprovada, no que concerne à redução de custos e à diminuição da incidência de certas patologias na cavidade bucal⁽²⁵⁾ e que o controlo do ambiente oral se revela como a medida preventiva específica de maior preponderância nos cuidados prestados a idosos⁽²⁶⁾. No entanto, os responsáveis pela supervisão e pela higienização da cavidade oral dos residentes em instituições são os auxiliares, que regra geral possuem pouca ou nenhuma formação acerca de como efetuar a higiene oral a terceiros, estando assim, os resultados pretendidos, comprometidos e condicionados pela deficitária formação dos cuidadores, para além de que, geralmente a percepção da necessidade de cuidados orais do idoso também ela, é deficitária^(4, 90).

Assim, é fato verificado, que a higiene oral e os cuidados de saúde oral das pessoas idosas em instalações de cuidados de longo prazo são fracos^(4, 49), mesmo dependendo de auxiliares geriátricos e de enfermeiros nessa tarefa^(49, 90). É sobre este grupo de cuidadores, que recai o primeiro nível de atenção, onde se poderá alcançar o desafio mais valioso, neste caso alcançar um impacto visível na saúde oral dos idosos, pelo que se deve considerar a supervisão frequente da cavidade bucal, eventualmente com o auxílio de um médico dentista, em consultório médico da instituição, assumindo-se esta uma medida eficaz e de baixo custo que não deve ser da exclusiva responsabilidade do dentista⁽⁶¹⁾, atendendo à raridade da sua frequência em Lares.

Institucionalmente e profissionalmente devem-se fomentar ações de formação contínua e de rastreio preventivo, visando a difusão do conhecimento acerca da trilogia saúde – doença - cuidado, associando-se estes a fatores de risco e de proteção à saúde oral, que devem estimular tanto os idosos, como os cuidadores à implementação de hábitos, incentivando a autonomia^(4, 25, 38, 42, 89).

Outro fato a considerar, os médicos de clínica geral, usualmente associados aos cuidados primários nas instituições de acolhimento geriátrico de longo termo, podem ter uma atitude determinante na manutenção da saúde oral dos idosos, avaliando o risco das lesões orais, reconhecendo o normal e o anormal na sintomatologia, promovendo a examinação oral cuidada e encaminhando os pacientes a médicos dentistas, se verificada a necessidade^(61, 72).

Não existem normas específicas referentes ao cuidado à saúde oral em lares de longo prazo. Habitualmente constata-se a ausência de protocolos, de procedimentos, falta de programação de cuidados especializados e ausência de programas de orientação e capacitação dos cuidadores profissionais e restantes colaboradores⁽⁶⁹⁾.

4.4. Gerodontologia – contextos e formas de intervenção

Cohen e Jago consideram que a grande contribuição da MD é a melhoria da QdV das pessoas⁽⁷¹⁾ e nesse âmbito se considera a Gerodontologia.

Gerodontologia é o termo aceite enquanto área da MD que cuida da saúde oral da população idosa, em especial dos pacientes que se apresentam mais debilitados. É um termo igualmente empregue, para reforçar o carácter de interdisciplinaridade e enfatizar a abordagem clínica necessária para a assistência odontológica à terceira idade⁽²¹⁾. O seu campo de atuação

foca-se no atendimento das necessidades de prevenção, cuidados e tratamento das diversas estruturas do sistema mastigatório nos indivíduos de terceira idade⁽⁶²⁾.

Estudos epidemiológicos comprovam que a incidência e prevalência das doenças da cavidade oral em pacientes geriátricos são relativamente altas, persistindo como fatores etiológicos a falta de acesso a serviços públicos, escassez de informação, utilização recorrente de medicamentos e as várias modificações sistêmicas que se reflectem na boca^(13, 75) e falta de preparação adequada por parte dos médicos dentistas para tratar esta faixa etária^(26, 32, 50). Para além de tais fatos, como forma de assegurar a aceitação dos tratamentos e o sucesso dos mesmos, deve-se considerar a heterogeneidade da experiência de vida e situação presente entre idosos^(32, 59). Classificar pessoas acima de 65 anos como um grupo homogéneo compromete a forma de o cuidar⁽⁶²⁾. Por estes motivos, o médico dentista tem uma responsabilidade acrescida na deteção de qualquer situação anómala que o idoso apresente na cavidade oral, pelo que o diagnóstico precoce salvaguarda um tratamento mais conservador⁽⁶⁾. O Gerodontologista assume um papel estratégico para avaliar, corrigir e reduzir o número de ocorrências indesejadas e lesivas em pacientes idosos por se pressupor uma profunda compreensão das diversas alterações orais que ocorrem durante este período da vida^(61, 66).

Se logo na introdução deste trabalho ficou vincada a real constatação acerca do aumento da população idosa, compete aos profissionais da saúde e especificamente aos dentistas, a salvaguarda durante o atendimento a idosos, da sua condição física, social e psíquica, todas bem diferenciadas, que condicionem a saúde oral do idoso⁽³²⁾. Alguns autores postulam acerca da importância da interdisciplinaridade da intervenção prestada, reforçando a mais-valia obtida se o ensino do conhecimento na área da saúde para cuidar do paciente idoso, para aí for direccionado⁽⁶¹⁾. Frisam que a abordagem à saúde oral do paciente idoso vai além dos limites da odontologia clínica, exigindo a complementaridade de conhecimentos teórico-práticos de vários ramos da saúde, que se unificam na Gerodontologia⁽³⁰⁾.

Por exemplo, no contexto do tratamento periodontal em pacientes idosos, as etapas são as mesmas que as descritas para outras faixas etárias, devendo-se todavia enfatizar e motivar a monitorização pelo idoso e cuidadores da placa bacteriana, já que este grupo de pacientes, possui particularidades psicológicas, físicas e de atuação que podem condicionar o controlo do biofilme dentário^(32, 78).

Um artigo recente (2013), acerca do cuidado oral em idosos institucionalizados de longo termo, refere-se a cinco estudos dos diversos que considerou, acerca de programas

educacionais, que foram levados a cabo em três a quatro sessões de uma hora cada, para além de *workshops in loco*, para promoção da saúde oral⁽⁴⁹⁾, supondo-se as mais-valias daí emergentes para residentes e cuidadores⁽⁸⁹⁾.

Globalmente a recomendação passa pelo estabelecimento de programas de saúde oral, especificamente direcionados às necessidades dos idosos, devendo ser traçadas metas e objetivos que visem a seleção adequada das intervenções mais relevantes e acertadas. A integração da saúde oral nos programas nacionais de saúde, visando a QdV deste grupo populacional é uma aposta há muito ansiada e ponderada^(24, 71). Para a OMS a saúde oral para os idosos é uma área de intervenção prioritária definida no seu *Global Oral Health Programme*^(24, 63). O grande desafio para a Saúde Pública dos diversos governos mundiais, reforça a intervenção na saúde oral geriátrica, conforme foi enfatizado no *World Health Assembly Resolution* de 2007, de onde saíram as *guidelines* para que a OMS encetasse a prospeção das necessidades globais e definisse as estratégias a adotar⁽²⁴⁾, que são as seguintes:

- a) Recolha de dados da saúde oral em idosos e a utilização dos serviços disponíveis nesse contexto, mundialmente;
- b) Criação de uma listagem acerca do tipo de serviços de saúde oral e programas anexos que estão disponíveis para a população geriátrica em países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento; e
- c) Identificar aqueles que têm sido os obstáculos mais relevantes, para os programas de promoção e prevenção nesta área, assim, como explicitar quais os fatores chave que facilitem a criação de novos ou modificação de programas de cuidados já existentes.

Verificou-se em países desenvolvidos, um aumento substancial do tempo de permanência da dentição natural^(4, 41) e um claro decréscimo na prevalência de patologias orais, sobretudo de cáries dentárias^(55, 59). Para suportar tal tendência, mesmo que rara, assiste-se à melhoria das condições de vida, assim como uma maior procura por parte do idoso de serviços médico-dentários, sobretudo preventivos, de rotina e conservadores⁽⁵⁹⁾. Aliás, tal feito, vai ao encontro do que proposto pela OMS no já longínquo ano 2000, que referia que pelo menos metade das pessoas idosas deveriam possuir pelo menos 20 peças dentárias em condições funcionais⁽⁷⁷⁾. No Brasil, por exemplo, existe um programa “Instituições de Longa Permanência para Idosos” que consiste num modelo básico de assistência em saúde multidimensional, em que se incluiu o cuidado da saúde oral⁽⁶⁹⁾.

Em Portugal, há vários estudos realizados em áreas circunscritas, pelo que ainda não existem estudos representativos com grau aceitável de fiabilidade, da situação oral das pessoas idosas a nível nacional, sabendo-se contudo que a ausência parcial ou total de dentes nesta faixa etária é frequente⁽⁶³⁾. Mais recentemente o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 foi estendido a cidadãos idosos⁽⁸⁾ beneficiários do complemento solidário e utentes do Serviço Nacional de Saúde. Através do programa denominado Projeto de Saúde Oral nas Pessoas Idosas, pretendeu-se a generalização do tratamento de problemas da saúde oral e diminuir a incidência e prevalência de doenças orais na população geriátrica. A ideia consistiu (e mantém-se) em financiar por intermédio de “cheques-dentista” os tratamentos efetuados, que entre outros incluem a aplicação de próteses dentárias^(4, 8, 63).

5. NECESSIDADE DE TRATAMENTOS DENTÁRIOS FACILITADORES DA QdV

O fato da população geriátrica à medida que os anos vão avançando, se tornar mais exigente, em grande parte devido à subjetividade de cada sujeito, revela-se como um dos grandes desafios das diversas equipas multidisciplinares^(21, 31, 59). A evidência de que um número significativo de idosos vivem mais tempo, de forma mais saudável e sobretudo mais ativa, obriga a reconsiderar e repensar a concetualização de QdV nesta fase da vida^(6, 28, 32). Nesse sentido, tanto a saúde física integral⁽¹²⁾, como “a saúde oral representa um factor decisivo para a manutenção de uma boa QdV”^(4, 32, 49, 69), independentemente da idade; ou sob outra forma de construção da frase, ponderar a QdV, quanto à medida da sua extensão relativamente a problemas dentários e desordens orais que influenciem negativamente a vida diária de um sujeito⁽⁵⁷⁾.

Uma definição de QdV, que pareceu bastante completa e elucidativa diz: “O conceito de QdV está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive”⁽⁹¹⁾.

Ora atendendo a esta definição, como já foi referido, os problemas orais mais frequentes nos idosos são a perda dentária, as cáries (sobretudo as radiculares), a doença periodontal, a xerostomia e várias lesões dos tecidos moles. Logo, a QdV dos idosos afetados por estas doenças orais pode ser condicionada, porque estas patologias podem acarretar problemas estéticos, fonéticos, influenciar significativamente as suas relações interpessoais e ter uma influência negativa na alimentação⁽⁴⁾. É referido, que somente por intermédio da reabilitação oral, podem ser exponenciadas a interação e experiência em sociedade⁽²⁶⁾, presumindo-se os resultados e QdV que daí provêm^(30, 69, 71).

No entanto, o recurso a serviços especializados nesta área é baixo entre as pessoas mais velhas^(24, 69) e o diagnóstico das condições de saúde/doença de grupos populacionais tem sido tradicionalmente realizado apenas através de indicadores numéricos e a determinação das necessidades de saúde apenas do ponto de vista normativo, ignorando-se assim aspetos comportamentais importantes, indispensáveis à avaliação de condições de saúde. Revela-se assim imprescindível, a inclusão da perceção da saúde com o intuito de quantificar o significado conferido pelas pessoas à sua saúde oral⁽⁵⁾.

5.1. A auto-estima associada à saúde oral

A tentativa de compartimentar a saúde oral do resto do corpo deve ser cessada, já que a sintomatologia patológica associada à boca, causa sofrimento, provoca dor e altera o modo de estar dos indivíduos no seu bem-estar integral – físico e psíquico^(21, 71).

Existe uma correlação entre auto-estima e a percepção de saúde oral, que são fatores importantes no atendimento do paciente idoso. Portanto, o tratamento deve levar em consideração a condição psicológica do paciente, devendo-se reconhecer que cada tratamento é único, com características individuais, experiências diferentes, expectativas e necessidades próprias^(62, 78). A saúde bucal não cuidada e por conseguinte deficitária provoca repercussões psicológicas, por exemplo depressivas, que vão influenciar a auto-percepção estética, a auto-imagem e a auto-estima, criando desadaptações múltiplas nas redes sociais em que o paciente se insere^(21, 26, 37, 62). Nas patologias dentárias, mais especificamente o edentulismo, há uma associação à velhice, de forma negativa, atuando como fator precipitante desse sentimento. Para alguns autores, é comum entre a população geriátrica a atitude evasiva ao sorriso, exatamente pelo embaraço que causa a ausência de saúde oral^(26, 92), ficando clara a necessidade de execução de tratamentos dentários, no sentido de colmatar estas lacunas, propiciadoras de QdV.

5.2. A manutenção das atividades da vida diária – fonética, estética e mastigação

Definidos enquanto impactos negativos na vida diária do idoso, causados pela saúde oral deficitária, estão o desempenho mastigatório comprometido^(34, 38), o constrangimento na escolha das ementas e a perda de peso associada^(34, 40), a comunicação prejudicada e a baixa auto-estima⁽²⁴⁾. Paralelamente, alguns dos principais critérios usados para caracterizar um idoso, enquanto sendo saudável, é a manutenção da sua dentição natural e funcional, associando a este fato todos os aspetos sociais e biológicos, que podem abranger a estética, o conforto, a habilidade mastigatória, sentir sabor e falar^(13, 26, 64, 77, 93). Num estudo geriátrico, relativamente à dificuldade na mastigação, 47,8% dos inquiridos, manifestou a sua presença⁽³²⁾. Alguns autores referem-se à QdV na população idosa, se a proteção e promoção da função mastigatória, enquanto essenciais para manter boa qualidade social e física de vida, estiverem presentes^(30, 38, 49, 61).

Se após a perda de elementos dentários, não houver uma reposição com próteses, pode-se estar perante uma situação grave de comprometimento da funcionalidade oral⁽²⁴⁾, mesmo se, um indivíduo com todos os dentes tiver uma capacidade mastigatória de 100%, e

outro com prótese total, vir essa capacidade decrescida apenas para 25%⁽⁷⁷⁾. Devido ao fator cumulativo de problemas orais durante toda a vida do idoso, a odontologia restauradora vem restabelecer a funcionalismo (mastigação, fonação e deglutição) e a estética dentária, que no seu conjunto influenciam o bem-estar do indivíduo direta e indiretamente⁽²¹⁾.

5.3. A importância da nutrição e sua associação à saúde da cavidade oral

A maior queixa quanto à condição oral do idoso é a perda da eficiência mastigatória, decorrente da ausência de muitos dentes naturais ou de próteses com adaptação inadequada⁽⁸⁴⁾. A faixa etária da terceira idade é especialmente propensa a modificações nutricionais, com origem em alterações fisiológicas e sociais, presença de patologias crônicas, toma acrescida de medicação, dificuldades no momento das refeições, depressão e mudanças da mobilidade com dependência funcional^(25, 40).

As patologias dentárias e orais encontradas em idosos comprometem a sua QdV, afectando o seu estado nutricional ^(22, 30, 49, 70, 77). Problemas de saúde oral, que podem variar entre dentes perdidos, próteses mal ajustadas, cáries ou doenças gengivais podem causar dificuldades no momento das refeições e forçar as pessoas a ajustar a qualidade, consistência e equilíbrio da sua dieta^(2, 40, 55). Existe uma relação intrínseca entre a perda de dentes definitivos e a alimentação, já que a sua ausência vai comprometer a mastigação^(2, 77, 84), que por seu turno, vai dificultar a digestão, a própria gustação em si e conseqüentemente condicionar a tipologia da confeção das refeições^(22, 26, 34, 59).

Segundo os dados de uma pesquisa fornecidos pelo projecto “Saúde, Bem-estar e Envelhecimento” apurou-se que a prevalência da dificuldade para comer devido a problemas orais em idosos está presente e mostra uma tendência a aumentar com a idade, sem diferença estatisticamente significativa em relação ao género⁽⁶¹⁾, conforme se pode verificar no gráfico 5, por intervalos etários e por grau de dificuldade mastigatória.

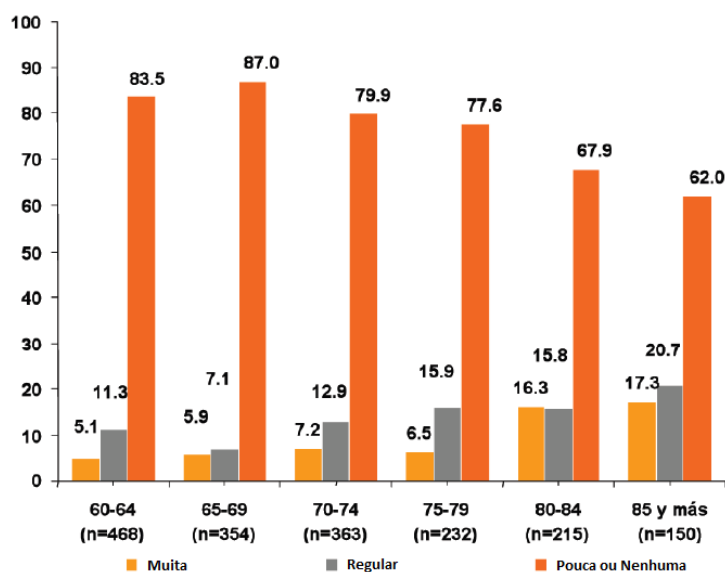


Gráfico 5 - Dificuldade para comer, devido a problemas dentários, por faixas etárias. Retirado de⁽⁶¹⁾

Acerca da capacidade gustativa, cuja funcionalidade sensorial começa a ser afetada por volta dos 50 anos e que acomete cerca de 80% dos idosos, devido à diminuição dos botões gustativos na papila, é relevante saber, a sua associação com a dieta de salgados e doces, por estes estarem diretamente relacionados, respectivamente com as patologias de HTA e diabetes^(26, 32). Outra fonte bibliográfica acrescenta que devido à hipossalivação, o paciente não saboreia os alimentos, por a saliva agir como ativadora de receptores das papilas gustativas, havendo também o aumento da sensibilidade para os sabores fortes, tais como os salgados e os ácidos⁽⁵⁰⁾. Outro fato, relativo às patologias periodontais, refere-se às suas consequências na saúde oral e sistêmica, provocando a halitose, a perda dentária, a diminuição da capacidade mastigatória, causando dificuldades na deglutição, alterações gustativas e por último levando à subnutrição^(34, 59).

Outros fatos, entre tantos, neste caso o edentulismo, *per si* cria condicionantes quando chega o momento de escolher e preparar a refeição, levando a pessoa a ingerir sobretudo alimentos de mastigação mais fácil, de consistência pastosa⁽⁸⁴⁾ e rica em hidratos de carbono, o que propicia um aumento da massa corporal resultando no aparecimento de patologias sistêmicas associadas à obesidade, tais como a HTA, cardiopatias⁽⁴⁴⁾, diabetes, depressão entre outras⁽¹³⁾; ou o emagrecimento e desnutrição que pode ocorrer em idosos^(25, 45, 70). Para além disso, uma nutrição específica para edentulos, adotada em lares de longo termo é prescrita para outros idosos com edentulismo parcial, levando a que os nutrientes se acumulem na superfície dentária, por aderência, sobretudo nas zonas interproximais, o que faz antever problemas

futuros, nomeadamente cáries, mudando o tónus muscular e causando comprometimentos estéticos e funcionais⁽¹³⁾. O processo mastigatório, perante a ausência de dentes ou uso de próteses insatisfatórias pode causar traumas na mucosa bucal e por conseguinte, o desenvolvimento de lesões nessa área^(13, 26).

A importância da nutrição na população idosa sugere a elaboração de ementas que favoreçam o consumo de leite, seus derivados e de certas vitaminas e minerais, cuja ingestão prima pela ação protectora na saúde oral. A propriedade anti-cariogénica do leite, neste caso da caseína, que permite a remineralização e redução da adesão bacteriana, constitui um forte motivo na diminuição das cáries radiculares entre os idosos. Igualmente, a associação de certas deficiências vitamínicas (B, C e D) e minerais (cálcio e magnésio) com a perda dentária parece suportar um eventual papel protetor destes nutrientes. Facilmente se depreende, acerca da importância do aconselhamento nutricional e sua relação com a saúde oral⁽⁵⁹⁾.

5.4. Diagnóstico das necessidades de tratamento na cavidade oral

Tal como já foi referido, para elaborar um plano de tratamentos para o idoso é fulcral considerar a heterogeneidade dessa faixa⁽⁵⁹⁾. Estudos realizados confirmaram que nos parâmetros de avaliação funcional e cognitiva 80% dos idosos são saudáveis, carecendo somente de supervisão clínica e preventiva que assegure a sua autonomia e independência. No entanto o remanescente (10 a 25%) inclui o segmento de população identificada como “frágil”, que não dispensa um acompanhamento clínico intensivo e conseqüentemente mais dispendioso. Para tal, a identificação de idosos de risco consegue-se por vias distintas. Ou através da constatação de patologias geriátricas específicas ou por intermédio de questionários para esse fim⁽²⁵⁾. Fatos que sobejam para a relevância que deve ser dada à anamnese, para que seja fiável e válida, precedendo qualquer etapa incluída no plano de tratamentos.

Da bibliografia consultada, consta num artigo de estudo acerca dos métodos usados para fazer o diagnóstico das necessidades e avaliação da condição de saúde oral em idosos, um número muito reduzido de instrumentos que fossem validados e fidedignos, sobretudo quanto à sua aplicação em diferentes graus de comprometimento cognitivo dos idosos. São citadas três ferramentas de diagnóstico: o primeiro, mais abrangente - *Brief Oral Health Status Examination*; e outros dois menos completos, o *Index of Activities of Daily Oral Hygiene* e o *Mucosal Plaque Score*. Os autores sugerem, aquilo que de qualquer das formas se pretende atingir com este trabalho, que a prática de exames orais seja regular, realizada por cuidadores capacitados, com

o objetivo de controlar o estado de saúde oral dos utentes e caso se verifique necessário, encaminhar para atendimento especializado⁽⁶⁹⁾.

Estudos demonstram que o diagnóstico das necessidades de cuidados orais em idosos se relaciona com fatores clínicos, tais como o número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e factores subjectivos, tais como sintomas da doença, a capacidade de sorrir, de engolir ou mastigar sem problemas, entre outros⁽⁵⁷⁾, como tem vindo a ser referido ao longo dos capítulos antecedentes.

Num artigo já citado anteriormente, foi feita referência a um estudo, em cujos investigadores, preocupados com a identificação rápida e simples das necessidades de cuidado à saúde oral em idosos, elaboraram uma pesquisa para desenvolver uma única questão, que quando colocada pelos cuidadores, pudesse servir como instrumento de *screening*. A questão - “*Do you have regular dental checkups?*” foi referida, como elemento decisivo acerca da necessidade ou não para atendimento especializado ao idoso, facultando uma imediata avaliação da sua saúde oral. A resposta negativa considerou-se como indiciadora de uma saúde oral deficitária, carecendo de cuidados. Das provas associadas à questão para identificar a sua validade, concluiu-se que os idosos que não realizavam *check-ups* regularmente possuíam uma saúde oral fraca, tendo-se apresentado como válida a dita pergunta como indicadora da necessidade de tratamentos orais. Para os idosos edentulos presentes no grupo em estudo, a questão demonstrou ser pouco eficiente⁽⁶⁹⁾.

Segundo diversas observações realizadas, constata-se que a anamnese é uma ferramenta imprescindível na prática clínica diária. A aposta em preencher um historial clínico completo, apresenta inúmeras vantagens, uma vez que será possível conhecer as patologias das quais o paciente seja portador. Em todas as especialidades da MD, esses dados, entre outras, vão dar a informação acerca da capacidade do doente para tolerar o tratamento⁽²³⁾. O exame inicial do paciente geriátrico por contato visual deve incluir a avaliação da postura, comportamento, cor cutânea, mobilidade e características faciais⁽⁷⁸⁾.

É incontornável a dificuldade acrescida em obter informações de antecedentes clínicos e patológicos em pacientes geriátricos, por causas tão diversas e possíveis, como as mais prevalentes que neste caso e para este fim, a deterioração mental é mais representativa. Não se dispensa nestes casos a ajuda de terceiros, em particular, os cuidadores formais das estruturas residenciais para idosos de longo termo^(23, 78). Na eventualidade do historial clínico do paciente idoso ser insuficiente ou inconclusivo, é preponderante a examinação no momento, onde se

incluem a auscultação coronária e pulmonar, a verificação da tensão arterial, palpação⁽²³⁾ e exames complementares radiográficos.

Especificamente para a população idosa, a anamnese deverá incluir os seguintes itens⁽²⁵⁾:

- a) Verificação do estado nutricional;
- b) Avaliação da performance visual e auditiva;
- c) Avaliação do estado de continência urinária;
- d) Avaliação da sexualidade;
- e) Verificação do registo atualizado de vacinas;
- f) Aplicação de provas de aferição cognitiva e mnésica;
- g) Avaliação do estado humoral;
- h) Determinação do grau de autonomia; e
- i) Indicações da medicação atual e histórico de patologias.

A importância deste diagnóstico está estritamente ligada ao objeto a que se propõe a avaliação multidimensional do idoso. Para que seja válido há parâmetros que são essenciais⁽²⁵⁾:

- a) A avaliação funcional (que pode ser obtida por observação direta ou questionários e escalas);
- b) A descrição das subjetividades físicas, psicológicas e socioeconómicas; e
- c) A avaliação multidisciplinar integrada no contexto em que o idoso se insere⁽⁵⁹⁾.

No caso da presente investigação, os critérios utilizados para diagnóstico clínico e que serviram de referência à verificação da necessidade de intervenção em cuidados de saúde oral em idosos institucionalizados, consta mais à frente, no capítulo para esse fim (Capítulo 6, no grupos dos “Materiais e métodos”).

Posteriormente, a avaliação oral em idosos deverá incluir os seguintes tópicos como base⁽⁴⁵⁾:

- a) Cáries e doença periodontal;

- b) Gengivites nas suas manifestações;
- c) Lesões na mucosa oral;
- d) Problemas de mastigação e deglutição;
- e) Avaliação da presença de qualquer forma de cancro oral;
- f) Fatores de retenção de placa bacteriana; e
- g) Próteses desajustadas.

Quanto a algumas contingências do atendimento dentário a pacientes geriátricos, para que o atendimento e respetivo tratamento decorram assertivamente, para além do explicitado anteriormente, convém incluir nos protocolos alguns dos seguintes parâmetros⁽⁹²⁾:

- a) Quanto ao horário de atendimento, deverá versar sobre o horário da manhã, favorável, atendendo à maior disposição física dos idosos, não ultrapassando uma duração máxima entre 30 a 40 minutos e em que seja permitido ou facilitado o acesso aos sanitários, se se ultrapassar esse tempo.
- b) No caso dos pacientes diabéticos, deve-se evitar o atendimento durante os horários de refeição para evitar a indução de uma hipoglicemia⁽⁶⁵⁾;
- c) Facilitar uma posição ergonómica de trabalho, que deverá ser a ideal para o médico-dentista, mas também adequada às condições do idoso; e
- d) Acessibilidade melhorada a todos os espaços afetos ao atendimento.

Para a elaboração de um protocolo de avaliação de saúde oral de idosos institucionalizados e posterior encaminhamento para cuidados em MD, elaborado à imagem do padrão de atuação da instituição em causa e flexível no que concerne às necessidades individuais de cada residente torna-se imperativo o conhecimento das condições da saúde oral do idoso, a presença de próteses dentárias, a necessidade de tratamento imediato, a rotina de higiene oral diária, a capacidade física e cognitiva do utente para realizar sua própria higiene oral ou a necessidade de auxílio para tal, entre outros. A recolha e registo destes elementos exige um instrumento testado, adequado à especificidade das instituições, dos colaboradores e claro, dos idosos⁽⁶⁹⁾.

C. Problemas em estudo

Ao condensar a literatura apresentada nos capítulos anteriores, foi visível que existe uma inter-relação profunda entre diversos fatos clínicos e não só, tais como a velhice, a condição oral, a presença de prótese, a auto-percepção do estado de saúde oral, os antecedentes clínicos e a medicação associada, a higienização, a condição funcional, a institucionalização, sendo que para todos existe um denominador comum – a QdV – que deverá ser assegurada se dela depender a necessidade de execução de tratamentos na cavidade oral.

A tudo isto, acrescenta-se uma variável determinante afeta ao estado de dependência comum entre idosos institucionalizados – os cuidadores. Até que ponto, na qualidade de responsáveis diretos do cuidado do residente, atuam de forma correta na higienização e promoção da saúde oral deles.

As duas grandes questões que se impõem, como objeto principal desta abordagem são:

- a) A verificação e mensuração quantitativa da necessidade de intervenção no cuidado da saúde oral em idosos institucionalizados; e
- b) Saber de que forma a intervenção dos cuidadores providencia saúde oral aos idosos.

Assim, os **parâmetros sob investigação** relativamente aos **idosos**, dos quais alguns serão depois discutidos, são os que se seguem:

- a) A caracterização sociodemográfica e económica dos residentes no LVSC;
- b) A frequência de medicação prescrita (ordenada por grupos terapêuticos) e a frequência de presença de historial clínico, igualmente agrupado por grupos.
- c) A caracterização do estado e condição de saúde oral dos participantes:
 - Médias de dentes cariados, perdidos e obturados
 - Associação de valores em que se obteve edentulismo total com a amostra total
 - Frequência do uso de próteses e quais os tipos
 - Frequência de presença de doença periodontal
 - Frequência de níveis de halitose
 - Frequência da auto-percepção de sensação de boca seca

- Frequência da dificuldade mastigatória para alimentos duros ou moles e a dificuldade em deglutir

d) Caracterização dos comportamentos e cuidados de higiene oral:

- Frequência de escovagem dentária diária
- Frequência dos meios usados para a higienização bucal
- Frequência da última ida ao médico dentista e respectivos motivos
- Frequência da auto-percepção quanto à promoção de higiene oral no Lar;

e) Mensuração de diversos índices e escalas:

- Caracterização e quantificação do grau de autonomia dos residentes
- Caracterização do estado nutricional dos residentes e do IMC
- Verificar até que ponto, os dentes, a boca e as próteses dentárias interferem na QdV e funcionalismo dos idosos
- Caracterização da auto-percepção do idoso relativamente à sua saúde em geral e à forma como resente a sintomatologia dolorosa oral e geral em si;

f) Mensuração da necessidade ou não de execução de tratamentos dentários e genericamente, quais.

Já relativamente aos **funcionários, os parâmetros mensurados** (dos quais alguns serão depois discutidos), numa parte referem-se à sua autocaraterização e noutra à percepção que têm relativamente à instituição enquanto promotora da saúde oral e a si próprios enquanto facilitadores dessa política:

- a) Caracterização sociodemográfica e económica dos funcionários do LVSC;
- b) Mensuração estatística do tempo de trabalho no Lar e da experiência com idosos;
- c) Frequência de ida ao dentista;
- d) Caracterização da:
 - Percepção da atitude do Lar face à promoção de saúde oral entre residentes

- Percepção da condição higiênica da boca dos idosos

- Quantificação do ato de higienizar operacionalizado por eles enquanto cuidadores; e

e) Próteses dentárias – quando e como são limpas, se esse for o caso e a forma como é feita a sua manutenção durante o sono.

Seguidamente serão feitas **algumas correlações entre os dados recolhidos** (das quais algumas serão posteriormente discutidas):

a) Relação entre a idade e as médias de dentes cariados, perdidos e obturados;

b) Relacionar a idade com dados percentuais de próteses usadas;

c) Relação da sensação de boca seca, com os valores médios da medicação prescrita;

d) Relação da presença de xerostomia com os antecedentes patológicos;

e) Correlacionar, quando possível as respostas do motivo da consulta, com a presença de próteses;

f) Associar a percepção do idoso quanto à promoção da higiene oral por parte da instituição com as médias da presença de doença periodontal, dos níveis de halitose, dos meios usados para higiene oral e da frequência de escovagem diária;

g) A relação do uso de próteses dentárias com a sintomatologia dolorosa na boca e relativamente à funcionalidade conferida por esta, enquanto vantagem;

h) Relacionar o grau de dependência com a presença de doença periodontal, com a frequência da escovagem diária e a frequência de ida ao dentista; e

i) Cruzar dados entre questionários de idosos e de cuidadores e relacionar a presença de doença periodontal e outras complicações orais em idosos, com a percepção que os cuidadores têm relativamente ao estado de higienização oral dos idosos, à frequência da mesma e a percepção da conduta da instituição na promoção da higiene oral.

D. Materiais e métodos

1. POPULAÇÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

A população alvo deste estudo divide-se em dois grupos. O primeiro, os idosos que tinham como principal atributo, o fato de serem utentes de uma estrutura residencial para idosos de longo termo, pertencente a uma Instituição Privada de Solidariedade Social sem fins lucrativos na cidade de Viseu. A segunda era composta pelos profissionais do mesmo Lar, desde os enfermeiros, aos auxiliares em geriatria e restantes técnicos ou colaboradores. A escolha da Instituição deveu-se ao facto de o investigador ter relações profissionais com a mesma, cujo fato facilitou o acesso aos diversos dados dos elementos amostrais que pretenderam participar.

A amostra, no primeiro grupo referido, pretendeu integrar todos os residentes, da instituição, sem qualquer exclusão, independentemente do seu grau de autonomia, para que o grau de fiabilidade deste estudo fosse o mais próximo possível da realidade institucional de acolhimento a seniores, da qual fazem parte edentulos, dentados, autónomos ou não, acamados entre outros.

Grande parte dos residentes no Lar aceitou participar no estudo, quer fosse por livre escolha do próprio, quer fosse por aceitação do seu responsável legal (no caso dos menos autónomos ou analfabetos), após leitura e subscrição do consentimento informado. A recusa em participar foi respeitada, quando manifestada.

O estudo recolheu os dados de idosos, de entre os quais nunca se tentou sugerir, que o rastreio acerca do seu estado oral, pudesse implicar qualquer tratamento ou ato clínico ou ainda sugerir uma atitude de repreensão por parte do investigador ou até que viesse a ser alvo de alguma obrigação de pagamento pelo ato de observação e registo dos fatos.

No segundo grupo, pretendeu-se igualmente integrar todos os colaboradores do Lar, muito embora alguns tenham negado a vontade de participar no estudo, fato esse que foi respeitado.

2. DIMENSÃO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra -146 utentes - baseou-se na quantidade de utentes do LVSC que pretenderam participar no estudo, após consentimento informado, de um total de 180 residentes. Considerando que a amostra deverá ser pelo menos representativa de 70% da população, tolerando-se uma margem de erro de, aproximadamente 5% e impondo-se a exigência da obtenção de um intervalo com 95% de confiança, obteve-se uma dimensão mínima de 123

idosos, que se superou. Quanto aos colaboradores da instituição, também foram convidados a participar no estudo, sendo que o valor final (n=51) dependeu da aceitação dos mesmos que lidam exclusivamente com idosos, tendo esse valor sido também condicionado, pela ausência de alguns, por motivos de férias ou de baixas médicas.

3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

À partida, não se previu nenhum critério para excluir participantes no estudo, já que o propósito desta investigação seria incluir todos os residentes e colaboradores da instituição, devido à redundância de todos terem a probabilidade de subscrever pelo menos um fato ou condição neste estudo. Mesmo assim, tomam-se como excluídos do estudo os indivíduos que não desejaram participar.

4. CONDIÇÕES DA AVALIAÇÃO CLÍNICA

A autorização para que o estudo decorresse, baseou-se numa carta escrita, dirigida à Mesa Administrativa da SCMV, após solicitado verbalmente o parecer à Responsável Técnica da valência para idosos da referida instituição. Nessa reunião, foi informado o propósito do estudo e a Orientadora e Co-Orientador nomeados, que assumiam a coordenação com o Orientando das diversas etapas do mesmo, sob a sua supervisão. Foi comunicada a forma como o estudo iria decorrer dentro do Lar e que a participação dos utentes e dos colaboradores seria sempre voluntária, tendo deixado claro, que algumas sugestões poderiam sempre ser feitas, para que o mesmo decorresse da forma o mais proveitosa possível para as partes interessadas.

Informou-se ainda, que os dados fornecidos pelos participantes seriam mantidos em sigilo, recebendo os mesmos ou os seus responsáveis, caso o pretendessem, indicadores acerca dos tratamentos necessários a realizar, sob o ponto de vista dos investigadores participantes.

Vários dias antes da aplicação dos questionários, os idosos, responsáveis familiares ou institucionais e funcionários, foram informados do início iminente da investigação, para que atempadamente as pessoas fossem informadas e nenhum questionário fosse aplicado, sem o conhecimento e autorização de quem de direito.

Aos utentes, alguns questionários foram aplicados numa sala de formação existente no Lar e outros aplicados nos seus quartos, quando a mobilidade era condicionada. Convém ainda referir, que a observação contou com a ajuda de alguns alunos da Universidade Católica

Portuguesa, do Centro Regional das Beiras, do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na aplicação dos questionários.

A recolha de dados decorreu entre Abril e Julho de 2014, realizada através da aplicação de um questionário, por cada entrevista efetuada, colocados posteriormente *online*, no sítio *www.qualtrics.com*.

5. MATERIAIS UTILIZADOS

O material usado para a investigação foi diverso. Para a observação intra-oral, usou-se material descartável, desde luvas, máscaras e espátulas de madeira. Para medição do nível de halitose, usaram-se halímetros, gentilmente cedidos pela Orientadora. Utilizou-se um estadiómetro para medir a altura, uma fita métrica para medir os perímetros do braço e da perna e uma balança digital. Utilizaram-se alguns computadores com acesso à *internet* para introduzir os dados e valores apurados no final. O Orientando e os colegas que colaboraram apresentaram-se sempre fardados e identificados.

6. REGISTO DOS DADOS RECOLHIDOS

6.1. Conteúdo dos questionários aplicados

As questões dirigidas aos utentes do Lar basearam-se em diversas considerações possíveis do estado e da auto-perceção da saúde oral pelos próprios, assim como algumas outras que abordam a condição sistémica e oral do mesmo.

A diferença comparativamente a outras investigações no mesmo âmbito, que se cingem habitualmente a se debruçar sobre um só fato a apurar e a sua manifestação ou relação com a amostra estudada, esta necessitou de conhecer na íntegra o contexto do idoso e a sua relação com a saúde oral, desde os fatores etiológicos à actual condição de saúde física e psíquica, passando pelas repercussões na vida diária do mesmo, referindo-se ao seu estado de dependência, considerando as medicações prescritas, ponderando as manifestações orais de qualquer situação patológica e relação com a sua saúde, por exemplo a boca seca ou os níveis de halitose, entre outros, culminando com a tentativa de avaliação da "*Necessidade de execução de tratamentos de saúde oral em idosos institucionalizados*", neste caso de longo termo, a tal ponto de conseguir integrar as características pessoais de cada um nessa avaliação e não somente uma mera observação da cavidade oral. Foi-se mais longe ao incluir na amostra, os

cuidadores, enquanto responsáveis pelo idoso na Instituição e tentar verificar, de que forma, a atuação destes, baseado também na sua condição e percepção da saúde oral, é efetiva.

Grande parte dos questionários foram inicialmente aplicados em suporte papel, e depois replicados para formato informático, por ser mais fácil a quantificação dos dados recolhidos e posterior correlação, já que a ferramenta usada permitia a criação automática de uma base de dados concisa.

6.1.1. Questionário aplicado aos idosos

O questionário aplicado a cada idoso compreendia diversos blocos de questões.

O primeiro incluía a caracterização do participante quanto aos fatores sociais e económicos, mas não só. Ainda nesse bloco de questões iniciais, estavam incluídas a referência à presença de antecedentes patológicos e à eventual prescrição de medicamentos, agrupados por grupos terapêuticos. Eram indagados acerca dos hábitos tabágicos, dos hábitos de higienização oral e de supervisão médico-dentária, do uso ou não de próteses e eram avaliados da sua caracterização de elementos dentários, por intermédio do Índice CPO. Ainda se fazia referência à eventual sensação de boca seca, às dificuldades na mastigação e por fim, era medido o nível de halitose.

O segundo, o OHIP-14, originalmente desenvolvido para a população geriátrica⁽⁷⁶⁾, pretendia avaliar até que ponto as dificuldades com os dentes, boca ou prótese dentária, causariam problemas na vida diária do idoso. Em seguida, o MNA® pretendeu correlacionar a situação oral, com o estado nutricional, fazendo parte deste teste o cálculo do IMC. Depois, no quarto bloco de questões, estava o Índice de *Barthel*, que pretendia avaliar a condição de autonomia do idoso, para que se fizesse, depois a relação entre o seu grau de dependência e a sua saúde oral, fazendo as extrapolações necessárias aos cuidados necessários, que poderiam sugerir a participação (por vezes incontornável, mas indispensável) dos cuidadores formais – auxiliares em geriatria e eventualmente a equipa de enfermagem do Lar.

Em seguida, um quinto bloco, onde constava o IQOLA SF-36v2™ *Standard*, cujas questões indagavam o paciente acerca da sua auto-percepção quanto à saúde geral e de que forma, atendendo a essa caracterização, se sentia e como era capaz de desempenhar as atividades da sua vida diária. No final, era feita referência à necessidade ou não de tratamento dentário, sugerida e detalhada, pelo observador.

6.1.2. Questionário aplicado aos colaboradores da Instituição

Este conjunto de perguntas, mais simples e mais curto que o dos idosos pretendeu caracterizá-los a nível social e profissional, sobretudo o tempo de permanência na instituição empregadora. Depois, de novo no primeiro bloco, eram questionados acerca da sua perceção e atuação relativamente à saúde oral dos idosos de quem cuidavam. Ainda, a verificação do Índice CPO.

O segundo grupo de questões, incorporava o OHAT, que permite a avaliação da saúde oral para a triagem médico-dentária, que vinha dar mais consistência ao Índice CPO, anteriormente aplicado, para além, claro, de dar uma indicação clara também aos cuidadores da sua saúde oral e “provocar” uma auto-reflexão acerca da necessidade de se conhecerem as próprias debilidades e cuidados iminentes, para que depois se possa de uma forma consciente e profissional, providenciar os cuidados a outros.

6.2. Critérios de diagnóstico clínico

As variáveis utilizadas, dependeram da codificação automática, provida pelo *software* gratuito *online* “Qualtrics”, a partir do qual se registaram os questionários tanto de idosos como de cuidadores e de onde surgiu a base de dados devidamente estruturada, para análise estatística.

6.2.1. Identificação das características sociodemográficas e económicas

O grupo de questões que permitia averiguar estes dados, no caso dos idosos, indagava acerca da idade, do género, nacionalidade, rendimentos mensais e o estado civil.

6.2.2. Cuidados e hábitos de saúde oral

Os participantes nesta investigação foram abordados quanto aos cuidados com a cavidade oral, nomeadamente a nível de frequência na higienização e na rotina com que visitam o médico dentista. Foram ainda interrogados acerca da sua perceção quanto aos cuidados orais, promovidos, pelos auxiliares em geriatria na instituição. Quanto aos cuidadores, foi-lhes questionado, acerca da atitude profissional enquanto responsáveis pela manutenção da higiene dos residentes, neste caso a oral.

6.2.3. Antecedentes patológicos e medicação actual

Este parâmetro só se aplicou ao questionário dos seniores e foram consideradas algumas das patologias de que eventualmente o idoso pudesse padecer, assim como, a medicação que estavam a tomar se fosse o caso. Estes itens não foram questionados diretamente aos participantes, mas articulados com a equipa de enfermagem do Lar, porque na instituição muito raramente o idoso faz a automedicação, ou em última instância, é gerida pelo corpo clínico do Lar. Assim, foi elaborada uma tabela, conforme consta em anexo e marcada uma cruz nos casos em que verificava resposta positiva. Na aplicação dos questionários *online* foram cedidas aos colegas que colaboraram cópias desse documento e introduzidas as informações corretas sempre que necessário, evitando-se aqui, um enviesamento dos resultados obtidos, porque a maioria dos idosos desconhece o que toma ou do que padece, com exatidão.

6.2.4. Caracterização da saúde oral e seu estado

Esta caracterização operacionalizou-se de forma diferenciada para os idosos e para os funcionários. No caso dos primeiros, colocaram-se questões acerca do estado actual de saúde oral pela aplicação do OHIP-14 e do Índice CPO⁽⁷⁵⁾. Perguntou-se ainda acerca da sensação de boca seca, da dificuldade associada à alimentação, nomeadamente a mastigação e a deglutição. Verificou-se ainda o uso de próteses ou não e o tipo em caso afirmativo, para além de se ter considerado o nível de halitose, enquanto indicador para a investigação e avaliado a presença ou não de doença periodontal.

Para preenchimento do Índice CPO, os critérios para a determinação dos dentes cariados, perdidos e obturados foram os sugeridos pela OMS pelo que se definiu⁽⁶⁵⁾:

- a) Dente hígido - considerou-se como são o dente que não apresentou evidência de cárie tratada ou não;
- b) Dente cariado - quando apresentou uma ou mais lesões de base amolecida, esmalte não suportado por dentina e paredes amolecidas (esta observação foi dificultada, pela ausência de material apropriado, nomeadamente a sonda exploradora), embora a coloração do espaço eventualmente cariado, fosse indiciadora. Quando o dente apresentou uma ou mais superfícies obturadas e outra superfície cariada ou ainda com uma obturação provisória, ou com recidiva de cárie, o dente foi considerado como cariado;
- c) Dente obturado – consideraram-se os dentes restaurados com um material definitivo, assim como os dentes recobertos com uma coroa total de revestimento ou que sirva de pilar de ponte, desde que não houvesse qualquer cárie; e

- d) Dente ausente ou perdido – todo o dente não presente na arcada, mesmo se a sua ausência se deve-se a uma extração.

Quanto aos funcionários, também se aferiu acerca da saúde oral e suas circunstâncias, mas usando o OHAT, que é um instrumento de triagem passível de ser administrado por profissionais não-dentários⁽⁷²⁾. A sua aplicação é bastante simples, com um grau de validade e fiabilidade confirmados. O material necessário é bastante acessível, neste caso uma luz intra-oral, luvas, máscara e um afastador de língua. Compreende oito parâmetros a avaliar de saúde oral (lábios, língua, gengivas e tecidos, saliva, dentes naturais, próteses, higiene oral e presença de dor dentária), que são classificados como saudável, com presença de alterações ou o mais grave, não saudável^(69, 72). Dependendo da classificação obtida é sugerida ao examinado o encaminhamento para cuidados médicos dentários⁽⁶⁹⁾. É válida a repetição desta ferramenta às vezes que se entenderem necessárias durante intervalos de tempo adequados, para efeitos comparativos⁽⁷²⁾. Segundo um estudo, à data de criação deste questionário diagnóstico, quando se perguntou aos participantes na sua validação se seriam capazes de realizar o exame para o encaminhamento para o médico dentista, 85,7% dos profissionais da área da enfermagem concordaram e indagados se estariam aptos aplicar o instrumento na íntegra, aproximadamente 71% responderam afirmativamente⁽⁶⁹⁾, aferindo a sua simplicidade.

6.2.5. Relação entre estado da saúde oral e QdV

Este parâmetro foi mensurável também com o OHIP-14, que tem como objetivo melhorar a compreensão dos comportamentos relacionados com a saúde oral, medindo o desconforto, disfunção e o impacto da auto-avaliação de doenças orais nas AVD em adultos e idosos⁽⁹⁴⁾. Funcionou como indicador da percepção da necessidade de tratamentos de saúde oral, organizado em grupos ou dimensões: limitação funcional, dor, desconforto físico e psicológico, deficiência física, deficiência psicológica, incapacidade social e deficiência na realização de atividades diárias^(76, 95). Estas dimensões indicam o impacto social das patologias no próprio⁽⁵⁷⁾, ou seja, mediu qual o impacto da saúde da boca e a sua relação com a QdV dos participantes^(49, 83).

Ainda na valoração da QdV em função da saúde oral, aplicou-se o MNA®, não com o objetivo direto de somente avaliar o estado nutricional do idoso, mas, para fazer a relação entre dois fatores – saúde oral e a implicação desta, no estado nutricional do participante, sendo que idealmente, um estado nutricional adequado, valida parcialmente a presença de QdV⁽⁷⁰⁾. Extraiu-se ainda o IMC.

Quanto à mensuração da auto-percepção do estado de saúde e repercussões físicas e psicológicas do idoso, optou-se por um instrumento bastante completo – SF-36v2™ – versão portuguesa. Sugere-se a aplicação por profissionais da área da saúde para que a compreensão dos fatos possa ser devidamente identificada e referida na prova. O objetivo deste instrumento consiste num resultado genérico, criado para examinar a auto-percepção acerca do estado de saúde de cada participante. O seu tempo de aplicação é razoável, entre 5 - 10 minutos. As questões subdividem-se em componente física e componente psíquica. A sua estrutura consiste numa escala de resposta múltipla, para medição de cada um dos seguintes parâmetros, na área da saúde⁽⁹⁶⁾:

<ul style="list-style-type: none"> - O funcionamento físico - As limitações diversas impostas por problemas de saúde física e estados limitativos - A dor corporal 	<ul style="list-style-type: none"> - A interação social - A saúde mental (sofrimento ou bem-estar psicológico) - As limitações pessoais devido a problemas emocionais - O estado de vitalidade (energia ou fadiga) - Percepção acerca da saúde geral
---	---

Tabela 7 - Parâmetros avaliados pelo SF-36v2™. Retirado de⁽⁹⁶⁾

6.2.6. Grau de autonomia – Índice de *Barthel*

Neste caso utilizou-se o Índice de *Barthel*, que consiste num dos instrumentos mais vulgarmente utilizado na investigação e na prática clínica, para avaliar a capacidade funcional para a realização de atividades da vida diária essenciais. O estudo das propriedades psicométricas do instrumento revela que possui efectivamente um nível de fidelidade elevado, pelo que facilmente constitui uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de uma forma objetiva, nos serviços de saúde, nomeadamente, em contexto comunitário. Esta ferramenta permite diferenciar o autocuidado, a mobilidade e a eliminação. Avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Na sua versão original a classificação da escala varia de 0-100 (em intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as AVD avaliadas e a máxima de 100 equivale a independência total nas mesmas. É fácil de aplicar e interpretar, tem um baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente, permitindo monitorizações longitudinais⁽¹¹⁾. A

favor, o fato de ser o mesmo instrumento usado, nas entrevistas de admissão e nos estudos internos realizados dentro do Lar, para apurar o grau de autonomia entre os residentes, nas diversas AVD.

6.2.7. Avaliação do estado de necessidade de tratamento dentário

Este bloco avaliativo que consta no final do questionário dos idosos depende da percepção dos dados recolhidos no decurso da aplicação do mesmo, ao se correlacionarem todos os fatos constatados no participante. É a base para afirmar ou infirmar a necessidade de tratamentos em saúde oral no idoso, que é o propósito desta investigação.

No caso dos dentes com extração indicada, considerou-se qualquer elemento em que se pudesse verificar uma das seguintes situações⁽⁶⁵⁾:

a) Lesões de cárie suficientemente amplas, em extensão e/ou profundidade, em que o tratamento restaurador não seja possível; e

b) Quando os remanescentes do elemento dentário, não sejam mais do que apenas a raiz ou raízes do dito dente.

Quanto à presença de cáries, considerou-se a sua reabilitação sempre que possível, desde que a sua extensão e gravidade assim o permitisse. Naturalmente que neste caso a margem de erro é maior, porque não se realizaram os protocolos necessários à verificação do estado de gravidade da mesma, desde os testes térmicos, testes de mobilidade e percussão e claro, os exames radiográficos.

No caso da recomendação de tratamento periodontal, os fatos que fundamentam, devem-se sobretudo à presença de cálculo e de patologias associadas.

Quanto à sugestão de reabilitação protética, se na boca o edentulismo for tal que impeça a manutenção da QdV, em qualquer uma das suas instâncias.

A esse “Sim” ou “Não” acrescentam-se algumas diretrizes aos cuidados a realizar, ou por outras palavras, um sintético plano de tratamentos, que tal como já foi referido anteriormente, sempre que solicitado, foi comunicado aos interessados.

6.3. Tratamento estatístico dos dados

A análise estatística foi realizada com o *software* IBM SPSS versão 22.0 (IBM Corporation, New York, USA).

Na caracterização global da amostra as variáveis numéricas são resumidas através da média (M), desvio padrão (DP), mínimo e máximo e são apresentadas no texto através da média \pm desvio padrão. Para as variáveis qualitativas recorre-se às frequências absolutas e relativas. Nos casos em que existiam dados em falta as frequências relativas foram determinadas para os casos válidos. Quando visualmente explicativo utilizou-se o gráfico de barras.

Para as associações foram utilizados os testes à significância da correlação de *Spearman*, teste *t* para amostras independentes, e teste de *Mann-Whitney*, e teste de independência do *Qui-Quadrado*. O nível de significância utilizado para os testes de hipóteses foi de $\alpha=0.05$.

E. Resultados

Caraterização dos idosos

Na Tabela 8 são apresentados os resultados alusivos às caraterísticas sociodemográficas e económicas dos 146 idosos incluídos no estudo. Constata-se que 67.1% era do sexo feminino, com uma média etária de $79.6 \pm 8,7$ anos, 99.3% era de nacionalidade portuguesa, 57.9% tinha como estado civil viúvo e em 29.7% este era solteiro e 63.7% não sabe o rendimento médio mensal ou não responde a esta questão.

		N	%
Género	Masculino	48	32.9%
	Feminino	98	67.1%
Idade	Menos de 65 anos	6	4.1%
	65-74	34	23.3%
	75-84	54	37.0%
	85 ou superior	52	35.6%
	M \pm DP (Mínimo – Máximo)	79.6 \pm 8.7 (60 – 98)	
Nacionalidade	Portuguesa	144	99.3%
	Outra	1	0.7%
Estado civil	Solteiro	43	29.7%
	Casado	13	9.0%
	Viúvo	84	57.9%
	União de facto	1	0.7%
	Divorciado	4	2.8%
Rendimentos mensais	< 200€	10	6.8%
	201€ a 400€	27	18.5%
	401€ a 600€	14	9.6%
	601€ a 800€	1	0.7%
	801€ a 1000€	1	0.7%
	Não sabe ou não responde.	93	63.7%

Tabela 8 - Caraterização sociodemográfica e económica

Relativamente à medicação atual e antecedentes patológicos (Tabela 9, Gráfico 6 e Gráfico 7), constata-se que 67.8% estavam medicados com diuréticos, 58.9% com calmantes, 44.5% e 43.2% tinham como medicação atual antiácidos e laxantes, respetivamente e 37% antidepressivos. Quanto aos antecedentes patológicos, 42.5% tinham distúrbios neuro-psíquicos, 32.2% alterações intestinais e 24.7% possuíam diabetes.

Medicação	N	%
Antialérgicos	8	5.5%
Antiácidos	65	44.5%
Diuréticos	99	67.8%
Laxantes	63	43.2%
Calmantes	86	58.9%
Antidepressivos	54	37.0%
Antihipertensores	47	32.2%
Outros	119	81.5%
Antecedentes patológicos		
Estomatite	20	13.7%
Amigdalite	2	1.4%
Faringite	3	2.1%
Sinusite	8	5.5%
Alterações intestinais	47	32.2%
Alterações hepáticas	24	16.4%
Alterações pulmonares	10	6.8%
Alterações gástricas	33	22.6%
Alterações renais	13	8.9%
Diabetes	36	24.7%
Neoplasia	7	4.8%
Distúrbios neuro-psíquicos	62	42.5%
Doenças autoimunes	1	0.7%
Outros	128	87.7%

Tabela 9 - Medicação atual e antecedentes patológicos

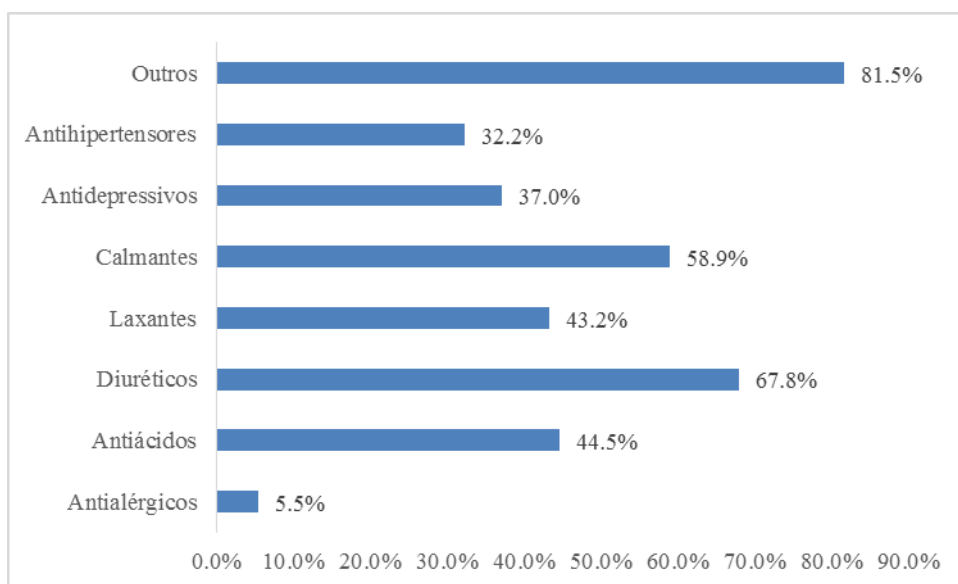


Gráfico 6 - Medicação atual

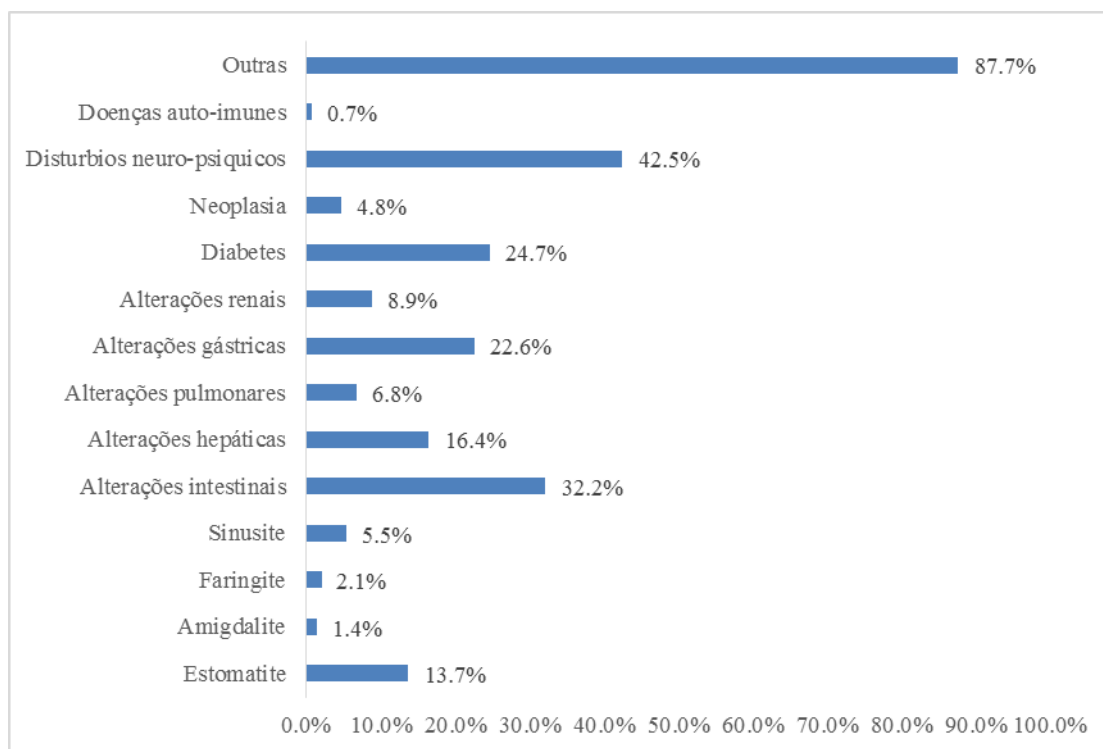


Gráfico 7 - Antecedentes patológicos

A Tabela 10 apresenta os resultados referentes ao estado da saúde oral, constatando-se que 52.7% tinham dentes cariados com uma média de 5.9 ± 4.8 dentes, 97.4% tinham dentes perdidos com uma média de 20.9 ± 9.6 dentes e 24.0% tinham dentes obturados com uma média de 3.1 ± 3.5 dentes. Em termos de próteses 42.5% não possuíam qualquer prótese removível, 30.1% tinham uma prótese esquelética superior e 23.3% dos idosos possuíam uma prótese esquelética inferior, 29.0% não apresenta doença periodontal, 46.4% apresentavam periodontite e 18.8% gengivite. Os níveis de halitose apresentados eram predominantemente com ausência de odor (40.1%) e 27.5% tinham o odor natural e 42.8% tinha sensação de boca seca, 54.8% e 19.2% tinha dificuldade em mastigar alimentos de consistência mais dura e mais mole, respectivamente e 24.0% por vezes tinha dificuldade em engolir.

		N	%
Cariados		77	52.7%
M \pm DP (Mínimo – Máximo)		5.9 \pm 4.8 (0 - 27)	
Perdidos		142	97.3%
M \pm DP (Mínimo – Máximo)		20.9 \pm 9.6 (0 - 32)	
Obturados		35	24.0%
M \pm DP (Mínimo – Máximo)		3.1 \pm 3.5 (0 - 15)	
Total		136	93.2%
M \pm DP (Mínimo – Máximo)		21.5 \pm 9.6 (0 - 32)	
Prótese removível	Esquelética superior	24	16.4%
	Esquelética inferior	14	9.6%
	Acrílica superior	12	8.2%
	Acrílica inferior	6	4.1%
	Total superior	44	30.1%
	Total inferior	34	23.3%
	Nenhuma	62	42.5%
Doença periodontal	Gengivite	26	18.8%
	Periodontite	64	46.4%
	Recessão Gengival	8	5.8%
	Não apresenta doença	40	29.0%
Níveis de halitose	Ausência de odor	57	40.1%
	Odor natural	39	27.5%
	Halitose moderada	41	28.9%
	Halitose exagerada	5	3.5%
Sensação de boca seca	Sim	62	42.8%
	Não	83	57.2%
Dificuldade em mastigar alimentos de consistência mais dura	Sim	80	54.8%
	Não	66	45.2%
Dificuldade em mastigar alimentos de consistência mais mole	Sim	28	19.2%
	Não	118	80.8%
Por vezes dificuldade em engolir	Sim	35	24.0%
	Não	111	76.0%

Tabela 10 - Resultados referentes ao estado da saúde oral

Quanto aos resultados referentes aos comportamentos e cuidados de higiene oral visualizam-se na Tabela 11. Constata-se que 49.7% não escova diariamente os dentes, os meios usados para prioritariamente na higiene oral são a escova (54.8%) e a pasta dentífrica (42.5%), 43.2% tiveram a última consulta com um médico dentista há mais de 3 anos, sendo em maior frequência derivada às próteses

		N	%
Frequência com que escova os dentes por dia (vezes)	0	72	49.7%
	1	49	33.8%
	2	22	15.2%
	> 2	2	1.4%
Meios usados para higiene oral	Escova	80	54.8%
	Pasta dentífrica	62	42.5%
	Fio dentário	2	1.4%
	Escovilhão	1	0.7%
	Nenhum	67	45.9%
Última consulta ao médico dentista	< 1 ano	11	7.5%
	Entre 1 a 3 anos	11	7.5%
	> 3 anos	63	43.2%
	Não sabe ou não responde	61	41.8%
Motivo da consulta	Rotina	32	21.9%
	Dor	13	8.9%
	Prótese	51	34.9%
	Outro	7	4.8%
	Não sabe ou não responde	43	29.5%

Tabela 11 - Comportamentos e cuidados de higiene oral

O Índice de *Barthel*, estado nutricional e IMC são apresentados na Tabela 12. Observa-se que 16.9% dos idosos é independente e 29.6% tem uma dependência moderada. Em termos de IMC, 38.7% tem um IMC>23 e 34.5% tem um IMC < 21, 15.5% estão num estado nutricional normal.

Barthel	Total	33	23.2%
	Grave	21	14.8%
	Moderado	22	15.5%
	Leve	42	29.6%
	Independente	24	16.9%
Índice de Massa Corporal	< 19	7	4.9%
	19-21	42	29.6%
	21-23	38	26.8%
	>= 23	55	38.7%
Avaliação final nutricional	De 24 a 30 pontos - estado nutricional normal.	22	15.5%
	De 17 a 23,5 pontos - sob risco de desnutrição.	72	50.7%
	Menos de 17 pontos, desnutrido.	48	33.8%
		N	%

Tabela 12 - Índice de *Barthel*, estado nutricional e IMC

Na Tabela 13 são apresentados alguns dos itens incluídos na escala OHIP-14. Constatase que o que ocorreu com mais frequência foi o desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária, em que 28.4% e 7.8% sentiu respetivamente algumas vezes ou quase sempre esse desconforto. Os itens alusivos às dificuldades em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária, menor satisfação com a vida em geral por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária e incapacidade de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária são os que ocorreram menos frequentemente.

	Quase sempre		Algumas vezes		Poucas vezes		Raramente		Nunca		Não sei		Não se aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Teve dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	4	2.8%	25	17.5%	22	15.4%	31	21.7%	37	25.9%	9	6.3%	15	10.5%
Sentiu que o seu paladar piorou por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	4	2.8%	18	12.6%	22	15.4%	24	16.8%	40	28.0%	19	13.3%	16	11.2%
Teve dores na sua boca?	1	0.7%	29	20.7%	23	16.4%	34	24.3%	29	20.7%	13	9.3%	11	7.9%
Sentiu desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	11	7.8%	40	28.4%	23	16.3%	29	20.6%	20	14.2%	7	5.0%	11	7.8%
Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos seus dentes, boca ou prótese dentária?	4	2.8%	25	17.6%	32	22.5%	20	14.1%	35	24.6%	11	7.7%	15	10.6%
Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	2	1.4%	20	14.0%	23	16.1%	30	21.0%	42	29.4%	9	6.3%	17	11.9%
Sentiu-se menos satisfeito com a sua vida em geral por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	1	0.7%	18	12.6%	20	14.0%	31	21.7%	41	28.7%	15	10.5%	17	11.9%
Tem sido incapaz de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	2	1.4%	16	11.3%	23	16.2%	28	19.7%	40	28.2%	16	11.3%	17	12.0%

Tabela 13 - OHIP-14 - Respostas a algumas questões

Nas Tabelas 14, 15 e 16 são apresentados alguns dos itens da escala SF-36v2™. Constatase que 9.3% e 26.4% referem que a sua saúde em geral é boa ou muito boa, durante as últimas 4 semanas 31.4% referiram que tiveram dores ligeiras no corpo, tendo a mesma proporção referido ter tido dores moderadas. Quanto aos itens da questão 11 não existe uma opinião muito vincada sobre os mesmos. Em termos da boca seca, 4.3% teve sempre a boca seca, 24.5% teve a maior parte do tempo e 11.5% bastante tempo.

		N	%
Em geral, diria que a sua saúde é	Excelente	1	0.7%
	Muito boa	13	9.3%
	Boa	37	26.4%
	Razoável	56	40.0%
	Fraca	33	23.6%
Durante as últimas 4 semanas, quanta dor no corpo teve?	Nenhumas	21	15.0%
	Muito fracas	27	19.3%
	Ligeiras	44	31.4%
	Moderadas	44	31.4%
	Fortes	4	2.9%
	Muito fortes	0	0.0%

Tabela 14 - SF-36v2™: respostas às questões 1 e 7

	Absolutamente verdade		Bastante verdade		Não sei		Bastante falso		Absolutamente falso	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Parece que adoço mais facilmente do que os outros.	4	2.9%	15	10.7%	95	67.9%	19	13.6%	7	5.0%
Sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa.	3	2.2%	20	14.4%	96	69.1%	15	10.8%	5	3.6%
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.	6	4.4%	38	27.7%	77	56.2%	10	7.3%	6	4.4%
A minha saúde é excelente.	2	1.4%	36	25.7%	64	45.7%	32	22.9%	6	4.3%

Tabela 15 - SF-36v2™: respostas à questão 11

		N	%
Senti a boca seca:	Sempre	6	4.3%
	A maior parte do tempo	34	24.5%
	Bastante tempo	16	11.5%
	Algum tempo	23	16.5%
	Pouco tempo	60	43.2%

Tabela 16 - SF-36v2™: respostas à questão 12a

No final do questionário aplicado aos idosos do LVSC, quanto à necessidade de tratamento dentário (Tabela 17), em 79.0% dos idosos está presente essa necessidade e nestes 78.8% necessitam de tratamentos protéticos e 24.8% de dentisteria.

Necessita de tratamento dentário	Sim	113	79.0%
	Não	30	21.0%
	Tratamentos protéticos	89	78.8%
	Cirurgia oral/exodontias	14	12.4%
	Dentisteria	28	24.8%
	Periodontologia	12	10.6%
		N	%

Tabela 17 - Necessidade de tratamento dentário

Caraterização dos cuidadores

Na Tabela 18 são apresentados os resultados alusivos às caraterísticas sociodemográficas e económicas dos 51 cuidadores que pretenderam participar no estudo. Consta-se que 94.1% era do sexo feminino, com uma média etária de 44.5 ± 10.1 anos, 96.1% eram de nacionalidade portuguesa, 72.5% eram casados, em média estavam há 12.6 ± 8.8 anos na instituição sendo o tempo médio de experiência com idosos de 12.9 ± 8.3 anos. Em termos de formação, 82.4% era auxiliar, 5.9% era técnico e 9.8% era enfermeiro.

		N	%
Género	Masculino	48	32.90%
	Feminino	98	67.10%
Idade	Até aos 30 anos	5	9.80%
	31-40	15	29.41%
	41-50	15	29.41%
	51-60	12	23.53%
	Mais de 60 anos	4	7.84%
	M \pm DP (Mínimo – Máximo)	44.5 \pm 10.1 (26 – 63)	
Nacionalidade:	Portuguesa	49	96.08%
	Outra	2	3.92%
Estado civil	Solteiro	7	13.73%
	Casado	37	72.55%
	Viúvo	0	0.00%
	União de facto	4	7.84%
	Divorciado	3	5.88%
Tempo na instituição, anos - M \pm DP (Mínimo – Máximo)		12.6 \pm 8.8 (2 – 33)	
Tempo de experiência com idosos, anos - M \pm DP (Mínimo – Máximo)		12.9 \pm 8.3 (2 – 33)	
Formação	Auxiliar	42	82.4%
	Técnico	3	5.9%
	Enfermeiro	5	9.8%
	Sem formação relevante	1	2.0%

Tabela 18 - Caraterização sociodemográfica e económica dos cuidadores

Na tabela 19 constata-se que 54.8% dos cuidadores foram à última consulta com médico dentista há menos de um ano, 60.0% considera que a instituição onde trabalha promove a higiene oral, 49.0% julga que os idosos têm a boca higienizada, 51.0% refere que esta é efetuada uma vez por dia, 88.2% responde que é efetuada a higiene das próteses dentárias, em 45.1% dos casos depois de jantar, 41.2% e 29.4% referem que esta higienização é realizada com escova e pasta dentífrica e com escova e sabão, respetivamente, 84.3% cita que as próteses dentárias são removidas durante o sono e 84.3% afirma que são colocadas em copo de água.

		N	%
Quando foi a sua ultima consulta ao médico dentista	< 1 ano	28	54.9%
	Entre 1 a 3 anos	12	23.5%
	> 3 anos	9	17.6%
	Não sabe ou não responde	2	3.9%
Considera que a instituição que onde trabalha promove a higiene oral	Sim	30	60.0%
	Não	13	26.0%
	Não sabe ou não responde	7	14.0%
Considera que os idosos têm a boca higienizada	Sim	25	49.0%
	Não	17	33.3%
	Não responde	9	17.6%
Quantas vezes a boca é higienizada	Uma vez ao dia	26	51.0%
	Duas vezes ao dia	14	27.5%
	Três vezes ao dia	1	2.0%
	Nenhuma vez	10	19.6%
Realizada a higiene das próteses dentárias	Sim	45	88.2%
	Não	0	0.0%
	Não responde	6	11.8%
Quando é feita a higiene das próteses dentárias	No banho	10	19.6%
	No banho e após o almoço	2	3.9%
	No banho e após o jantar	8	15.7%
	No banho, após o almoço e após o jantar	2	3.9%
	Após o jantar	23	45.1%
	Não higieniza	6	11.8%
Como é feita a higiene das próteses dentárias	Escova	5	9.8%
	Escova e pasta dentífrica	21	41.2%
	Escova e sabão	15	29.4%
	Não higieniza	10	19.6%
As próteses dentárias são removidas durante o sono	Sim	43	84.3%
	Não	1	2.0%
	Não sabe	7	13.7%
Onde são colocadas depois de removidas da boca	Copo com água	43	84.3%
	Copo com água + hipoclorito	0	0.0%
	Caixinha individual	3	5.9%
	Não sabe	5	9.8%

Tabela 19 – Comportamentos, cuidados e atuação de higiene oral dos cuidadores

Correlações

Nesta secção analisam-se as correlações entre as variáveis do estudo.

Na tabela 20 visualizam-se as correlações entre a idade e o número de dentes cariados, obturados e perdidos. Observa-se uma correlação significativa positiva ($r=0.260$, $p = 0.002$) entre a idade e o número de dentes perdidos. Quanto mais elevada é a idade maior é o número de dentes perdidos.

		Idade
Cariados	r	0.004
	p	0.975
Perdidos	r	0.260*
	p	0.002
Obturados	r	-0.049
	p	0.778
*r - coeficiente de correlação de Spearman		

Tabela 20 - Correlações entre a idade e o número de dentes cariados, obturados e perdidos

Os resultados alusivos à idade segundo a presença de prótese são apresentados na Tabela 21. Constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0.041$) na média de idades entre os idosos que possuem (80.8 ± 7.8) e os que não possuem prótese (77.8 ± 9.7), em que os idosos com prótese são significativamente mais velhos.

	M	DP	t	p
Com prótese	80.8	7.8	2.060	0.041*
Sem prótese	77.8	9.7		
* $p < 0.05$, t – Teste t para amostras independentes				

Tabela 21 - Idade segundo a presença de prótese

Quanto à sensação da boca seca dependendo de alguma medicação atual ou antecedentes patológicos (Tabela 22), consta-se que não existe qualquer associação estatisticamente significativa ($p > 0.05$) entre a sensação da boca seca segundo alguma medicação atual e alguns antecedentes patológicos (Tabela 22).

		Sensação de boca seca				χ^2	p
		Sim		Não			
		N	%	N	%		
Diuréticos	Não	18	38.3%	29	61.7%	0.565	0.452
	Sim	44	44.9%	54	55.1%		
Calmantes	Não	30	50.0%	30	50.0%	2.193	0.139
	Sim	32	37.6%	53	62.4%		
Antidepressivos	Não	35	38.0%	57	62.0%	2.286	0.131
	Sim	27	50.9%	26	49.1%		
Antihipertensores	Não	39	39.8%	59	60.2%	1.084	0.298
	Sim	23	48.9%	24	51.1%		
Outros	Não	13	48.1%	14	51.9%	0.394	0.530
	Sim	49	41.5%	69	58.5%		
Diabetes	Não	48	44.0%	61	56.0%	0.293	0.588
	Sim	14	38.9%	22	61.1%		
Neoplasia	Não	60	43.5%	78	56.5%	0.605	0.437
	Sim	2	28.6%	5	71.4%		
Distúrbios neuro-psíquicos	Não	39	46.4%	45	53.6%	1.099	0.295
	Sim	23	37.7%	38	62.3%		
Doenças auto-imunes	Não	61	42.4%	83	57.6%	1.348	0.246
	Sim	1	100.0%	0	0.0%		

χ^2 – Teste de independência do Qui-Quadrado

Tabela 22 - Sensação da boca seca segundo a medicação atual e antecedentes patológicos

Na Tabela 23 apresenta-se os resultados alusivos ao motivo da última consulta segundo a presença de próteses. Observam-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.001$) entre o motivo da última consulta e a presença de próteses, em que 72.5% dos idosos que possuem prótese o motivo para a última consulta foi a(s) prótese(s), enquanto que nos que não possuíam prótese a última consulta foi principalmente uma consulta de rotina (52.9%).

	Motivo da consulta								χ^2	p
	Rotina		Dor		Prótese		Outro			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Com prótese	14	20.3%	5	7.2%	50	72.5%	0	0.0%	49.040	0.000*
Sem prótese	18	52.9%	8	23.5%	1	2.9%	7	20.6%		

* $p < 0.05$, χ^2 – Teste de independência do Qui-Quadrado

Tabela 23 - Motivo da última consulta segundo a presença de próteses

Na Tabela 24, pretende-se fazer a associação entre a forma como o idoso percebe a atuação da instituição onde reside quanto à promoção da saúde oral e a condição da saúde oral do próprio, para aferir se essa percepção, a ser positiva, coincide com o estado da sua cavidade oral, que nesse contexto também deveria ser bom. A única associação com significado estatístico positivo enquanto mais-valia para o idoso, resume-se ao grupo dos que respondem positivamente à atuação do lar e à quantidade de escovagens diárias e ainda quanto à ausência de mau-hálito, porque nos restantes parâmetros, a larga maioria absteve-se ou desconhece quanto à promoção da saúde oral no LVSC, impedindo uma resposta perentória.

		Instituição promove a higiene oral						χ^2	p
		Sim		Não		Não sabe ou não responde.			
		N	%	N	%	N	%		
Frequência com que escova os dentes por dia	0	4	5.6%	17	23.6%	51	70.8%	43.315	0.000*
	1	18	38.3%	7	14.9%	22	46.8%		
	2	15	68.2%	5	22.7%	2	9.1%		
	> 2	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%		
Doença periodontal	Gengivite	3	12.0%	6	24.0%	16	64.0%	6.829	0.337
	Periodontite	18	28.6%	17	27.0%	28	44.4%		
	Recessão Gengival	2	25.0%	1	12.5%	5	62.5%		
	Não apresenta doença	12	30.0%	5	12.5%	23	57.5%		
Níveis de halitose	Ausência de odor	17	30.4%	13	23.2%	26	46.4%	12.300	0.056
	Odor natural	9	23.1%	13	33.3%	17	43.6%		
	Halitose moderada	9	22.5%	3	7.5%	28	70.0%		
	Halitose exagerada	1	20.0%	0	0.0%	4	80.0%		

* $p < 0.05$, χ^2 – Teste de independência do Qui-Quadrado

Tabela 24 - Comportamentos e estado da saúde oral segundo a percepção de promoção de higiene oral pela instituição

Na Tabela 25, a correlação pretendida versa sobre a quantificação do funcionalismo enquanto condição e a problemática daí emergente, com a frequência e motivo de consulta dentária. Um dado estatisticamente significativo e que poderá validar a utilização de próteses dentárias enquanto mais-valia à QdV do idoso, é que a incapacidade funcional é tanto menor, quanto maior foi o recurso a serviços de MD de âmbito protético, poucas vezes e raramente, 52,2% e 60,7% respetivamente.

		Motivo da consulta										χ^2	p
		Rotina		Dor		Prótese		Outro		Não sabe ou não responde.			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Tem sido incapaz de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	Quase sempre	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100%	12.983	0.370
	Algumas vezes	3	18.8%	1	6.3%	5	31.3%	1	6.3%	6	37.5%		
	Poucas vezes	0	0.0%	2	8.7%	12	52.2%	1	4.3%	8	34.8%		
	Raramente	1	3.6%	2	7.1%	17	60.7%	1	3.6%	7	25.0%		

* p<0.05, χ^2 – Teste de independência do Qui-Quadrado

Tabela 25 - Frequência de incapacidade de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária segundo o motivo da última consulta

		Índice de Barthel										χ^2	p
		Total		Grave		Moderado		Leve		Independente			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Frequência com que escova os dentes por dia	0	27	38.6%	17	24.3%	11	15.7%	12	17.1%	3	4.3%	49.307	0.000*
	1	5	10.6%	4	8.5%	8	17.0%	19	40.4%	11	23.4%		
	2	1	4.5%	0	0.0%	3	13.6%	9	40.9%	9	40.9%		
	> 2	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100%	0	0.0%		
Doença periodontal	Gengivite	7	28.0%	5	20.0%	5	20.0%	5	20.0%	3	12.0%	5.167	0.952
	Periodontite	11	17.5%	10	15.9%	9	14.3%	21	33.3%	12	19.0%		
	Recessão Gengival Não apresenta doença	2	25.0%	0	0.0%	1	12.5%	3	37.5%	2	25.0%		
Níveis de halitose:	Odor natural	11	28.2%	3	7.7%	8	20.5%	13	33.3%	4	10.3%	6.897	0.548
	Halitose moderada	10	25.6%	8	20.5%	8	20.5%	8	20.5%	5	12.8%		
	Halitose exagerada	1	20.0%	2	40.0%	0	0.0%	1	20.0%	1	20.0%		

* p<0.05, χ^2 – Teste de independência do Qui-Quadrado

Tabela 26 - Comportamentos e estado da saúde oral segundo o Índice de Barthel

Por último na Tabela 26, pretende-se correlacionar o grau de dependência, com a frequência de autocuidados orais e a respetiva condição oral, quanto à presença de patologia periodontal ou de níveis de mau odor elevados. Relativamente à relação entre a frequência de

escovagem e o grau de autonomia, observa-se o espectável, de que quanto maior a autonomia do utente, maior o número de vezes que higieniza a boca. Quanto à presença das condições patológicas periodontais e de halitose, as frequências distribuem-se de forma equilibrada pelos tópicos, para qualquer grau de autonomia funcional, invalidando preponderância estatística, fatos a discutir na parte que segue.

F. Discussão

Uma vez apresentados os resultados estatísticos dos questionários aplicados, é pertinente a abordagem e comparação com outros estudos realizados, de cada um dos parâmetros previamente definidos no capítulo dos problemas em estudo, optando-se, atendendo à sua diversidade, em avaliá-los de forma individual e seguindo a ordem proposta anteriormente quanto à sua organização, fazendo igualmente alusão a algumas das correlações descritas nos resultados. No caso dos funcionários, a discussão, ainda que pertinente, carece de pontos suficientes de comparação com outros estudos, pelo que os fatos e números verificados nos resultados caracterizam o modo de atuação no LVSC e só pontualmente se fará alusão a esse grupo na discussão.

a) **Caraterização sociodemográfica e económica dos residentes no LVSC:** dos questionários aplicados no LVSC, neste parâmetro obtiveram-se contextos idênticos aos descritos em estudos semelhantes, já que se obteve uma maioria de utentes (67.1%) do sexo feminino, com uma média etária de 79.6 (\pm 8,7) anos. A percentagem de residentes do género feminino em lares usualmente é muito superior ao número de homens. Num estudo, 80% dos utentes eram mulheres⁽⁴⁶⁾. Noutro, com 129 idosos avaliados, 77,5% também eram do género feminino⁽⁹³⁾. Uma das características dos grupos etários mais velhos face a outros é o desequilíbrio entre homens e mulheres, com as últimas a predominarem quantitativamente quanto mais se avança na idade⁽²⁹⁾. A pesquisa no LVSC mostra que a maioria dos idosos (87,6%) é solteira ou viúva, sendo que estes dados corroboram os outros estudos, que verificaram que a maior parte dos residentes estava na mesma condição. Quanto à viuvez existe uma relação entre o número de residentes do género feminino e a número de viúvas, porque habitualmente a longevidade das mulheres é maior. Estas caraterísticas são vastas vezes descritas como fatores etiológicos à tomada de decisão para institucionalização. Outra investigação teve resultados interessantes quanto ao estado civil em idosos institucionalizados, em cuja maioria era composta por solteiros, depois 36,4% eram viúvos e nenhum era casado⁽⁹⁷⁾, sendo que nos utentes do LVSC há 13 que são casados e entre esses alguns chegam a partilhar quarto para duas pessoas, prolongando dentro da estrutura que os acolhe a união constante ao longo das suas vidas. Quanto à idade segundo um estudo já referido, as percentagens por intervalo etário de idosos em lar era a seguinte: dos 61 aos 69 anos (18,4%), dos 70 aos 79 anos (31,6%) e dos 80 aos 89 anos (50%)⁽⁹⁷⁾, sendo que no do LVSC, como se verificou, se integra na média.

b) **A frequência de medicação prescrita ordenada por grupos terapêuticos e sua associação com quadros clínicos mais prevalentes:** este estudo, não obstante a importância

de tais fatos, não abordou a quantificação do número de medicamentos associada a cada idoso, por não se entender enquanto pertinente para o objetivo a que se propõe, embora tenha sido sobejamente abordada a problemática da polifarmácia associada aos idosos e os efeitos adversos ou negativos que daí podem provir; assim como o efeito cumulativo de mais do que uma patologia sistêmica, também não avaliado pelos mesmos motivos. Optou-se somente em avaliar por grupos terapêuticos e por condições patológicas mais generalistas as prevalências nos residentes do LVSC. Ainda assim, e para dar alguma consistência a essa dualidade de parâmetros passíveis de ser avaliados, descrevem-se alguns dados recolhidos de artigos relativos a idosos institucionalizados ou não. Segundo um estudo que também resumia outros, quanto à presença de doenças crônicas, verificou-se nesse, a presença de pelo menos uma doença crônica em 57,4% dos participantes e desses 91,5% eram medicados. Outros estudos revelam valores semelhantes em que 82,2% dos idosos tinham doenças crônicas e 83,3% utilizavam pelo menos uma medicação. Outro estudo levado a cabo por Menezes e colaboradores, constatou que 91,6% dos idosos institucionalizados utilizavam pelo menos uma medicação^(46, 98). Num estudo sobre toma de medicamentos com uma amostra de 852 idosos internados em 12 lares na região de *Massachusetts* (Estados Unidos da América), constatou-se que somente 4% do total dos idosos não recebiam medicação⁽⁹⁸⁾, fato não apurado no LVSC. Castellar e colaboradores, numa amostra (n=93) de idosos em lar, verificou os seguintes valores quanto à quantidade de medicação prescrita - 29,4% (n = 35) 1 a 4 medicamentos, 37,1 % (n= 44) de 5 a 8 medicamentos e 11,7 % (n =14) haviam recebido nove ou mais prescrições simultaneamente⁽⁹⁸⁾. Tais fatos consubstanciam um dos motivos de acesso a este tipo de instituições, que se refere a uma saúde mais frágil da maioria dos seus residentes. Dos resultados aplicados no LVSC, confirma-se a tendência de que a medicação mais prescrita versa sobre a que atua sobre o sistema cardiovascular e sistema nervoso central, em que 67.8% dos residentes são medicados com diuréticos, 58.9% com calmantes, 44.5% e 43.2% tinham como medicação atual antiácidos e laxantes, respetivamente e 37% antidepressivos. Os antihipertensores, de uma forma menos expressiva (a quase 1/3 dos residentes), mas com algum peso estatístico. Relativamente aos destinados aos sistemas gástrico e intestinal uma expressividade igualmente de acordo com alguns estudos nas mesmas circunstâncias amostrais. Quanto à frequência da medicação prescrita a idosos segundo um estudo, a mais tomada por seniores é a que atua no sistema cardiovascular^(98, 99), com uma média de 27,9% do total de medicamentos prescritos, considerando-se os antihipertensores (15.2%) e os diuréticos (10,7%), no caso destes últimos sobrevalorizado no LVSC. Segundo outra fonte, no que toca à medicação de uso sistêmico, os AINE, analgésicos e antibióticos, constituem o segundo grupo de

medicamentos mais prescritos (26,1%), supondo-se que este valor se deve à alta prevalência de dor crônica em idosos, principalmente doenças músculo-esqueléticas, tais como as artrites, mas não contabilizados especificamente no LVSC. Verificou-se ainda, com menor peso na quantidade de terapêutica medicamentosa prescrita, que dos receitados, 11,6% a 17,8% atuam no sistema digestivo 10,2% a 13,4% no sistema nervoso⁽⁵⁶⁾, valores não corroborados pelo estudo no LVSC, superiores a esses. De acordo com outro artigo, em idosos acima de setenta anos verificou-se que 33,4% dos grupos terapêuticos mais consumidos remetem ao sistema cardiovascular⁽⁵⁶⁾, de novo em sintonia com o LVSC. Numa pesquisa de Coutinho & Silva, 54,7% dos idosos analisados tomavam antihipertensores, 32,2% diuréticos, a 15,1% era prescrita medicação para o sistema digestivo, a 11,3% para o sistema nervoso e a 24,5% antiagregantes plaquetários⁽⁵⁶⁾, parcialmente corroborado no LVSC sobretudo quanto aos primeiros medicamentos. Ainda no mesmo artigo, foi elaborada uma tabela (Tabela 27) bastante elucidativa acerca do número absoluto e distribuição da frequência de prescrições dos grupos farmacológicos mais prevalentes entre os residentes do lar estudado, verificando-se um predomínio dos que atuam no sistema cardiovascular e sobre o sistema nervoso central, útil para recordar o que também se constatou na revisão bibliográfica e comparar com dados obtidos no LVSC.

Grupos farmacológicos mais prevalentes	n	%
Medicamentos anti-hipertensivos, antianginosos e antiarrítmicos	153	27,3
Drogas de ação sobre o sistema nervoso central	121	21,6
Pró-digestivos e agentes estomatológicos e gastrintestinais	79	14,1
Antinfeciosos (antibacterianos, antifúngicos e antiparasitários)	54	9,6
Antialérgicos, antiasmáticos e anti-histamínicos	24	4,4
Antianêmicos, anti-hemorrágicos e antitrombóticos	20	3,6
Substância de ação sobre sistema geniturinário (ginecológicos e urológicos)	14	2,5
Medicamentos de ação sobre o sistema músculo-esquelético	11	2,0
Outros	85	14,9
Total	561	100

Tabela 27 - Número absoluto e distribuição da frequência das prescrições dos grupos farmacológicos mais prevalentes entre idosos institucionalizados. Retirado de⁽⁹⁸⁾

Quanto à frequência de patologias, Samnieng e colaboradores, num estudo com idosos (n=428 e idade média de 67.6 ± 5.6) verificou a presença de doenças sistêmicas em 74,9%⁽¹⁰⁰⁾.

Segundo as frequências de antecedentes clínicos dos residentes do LVSC, apuraram-se os seguintes valores mais significativos - 42.5% tinham distúrbios neuro-psíquicos, 32.2% alterações intestinais e 24.7% possuíam diabetes. Estes resultados são sugeridos também noutra estudo, sendo que um dos grupos não descrito no questionário do LVSC (antecedentes cardiovasculares) surge em segundo lugar⁽⁹⁹⁾. Segundo alguns estudos, a prevalência de depressão e transtornos depressivos nos idosos, de um modo geral, oscila desde 10 até 23-40%. Já em idosos institucionalizados, a taxa de prevalência de depressão vai de 25 a 80%⁽⁵¹⁾.

c) A caracterização do estado e condição de saúde oral dos participantes:

- **Médias de dentes cariados, perdidos e obturados:** os resultados apurados no LVSC, em que 52.7% dos idosos tinham dentes cariados com uma média de 5.9 ± 4.8 dentes, 97.4% tinham dentes perdidos com uma média de 20.9 ± 9.6 dentes e 24.0% tinham dentes obturados com uma média de 3.1 ± 3.5 dentes, são semelhantes a valores obtidos por outros investigadores, sobretudo nos dentes perdidos. Noutra estudo com idosos verificou-se que o Índice CPO apresentava um valor médio de 20,19 (o do LVSC apresentou 21.5, portanto semelhante) sendo que a dissecação deste resultado, indicava cariados 0,53, ausentes 19,65, obturados 0,92 e média de dentes naturais em boca de 8⁽¹⁰¹⁾. Noutra estudo governamental levado a cabo no Brasil, o valor médio CPO apurado foi de 27.79 no intervalo etário dos 65 aos 74 anos⁽¹⁰²⁾, mais elevado do que no LVSC, mas em contextos diferentes. Existe um estudo, no mesmo país, que pela dimensão da amostra é indicador da elevada prevalência de dentes perdidos na aplicação do Índice CPO a idosos, tal como no LVSC. A percentagem de pessoas idosas sem qualquer dente nas arcadas é a que se pode observar na tabela que se segue:

Variáveis	Total n=667
CPO-D, Média \pm DP	29,08 \pm 4,25
Cariado, Média \pm DP	0,58 \pm 1,60
% do CPO-D cariado	1,99
Perdido, Média \pm DP	27,78 \pm 5,81
% do CPO-D perdido	95,53
Obturado, Média \pm DP	0,72 \pm 2,05
% do CPO-D obturado	2,48
Número de dentes, Média \pm DP	4,14 \pm 5,66
Número dentes hígidos, Média \pm DP	2,83 \pm 4,10
Indivíduos edêntulos totais, n(%)	353 (53,6)
Indivíduos com 20 dentes ou mais, n(%)	20 (3,0)

Tabela 28 - Valores Índice CPO em idosos de 65 a 74 anos. Retirado de⁽¹⁰³⁾

Sobressaem alguns dados. A média de CPO é 29,1, sendo que 95,5% se referem a perdidos. A média de dentes presentes e dentes hígidos foi de 4,14%, a prevalência de edentulismo em 52,9% dos participantes e somente 3% dos idosos 20 ou mais dentes naturais. Comparativamente entre contextos de institucionalizado ou não verificou-se noutra investigação que em médias aritméticas do Índice CPO e do número de dentes perdidos foram respetivamente mais elevadas no grupo de institucionalizados do que no grupo de não institucionalizados, conforme se pode apreciar na tabela que se segue:

Número de dentes	Institucionalizado	Não institucionalizado
	Média ± DP	Média ± DP
Cariados	1,12 ± 2,37	1,73 ± 3,31
% da média do CPOD	3,69	6,88
Perdidos	29,16 ± 4,80	22,09 ± 8,02
% da média do CPOD	96,01	87,87
Obturados	0,09 ± 0,49	1,32 ± 2,98
% da média do CPOD	0,30	5,25
CPOD	30,37 ± 3,07	25,14 ± 5,98
Hígidos	1,63 ± 3,07	6,86 ± 5,99

Tabela 29 - Valores Índice CPO comparativos entre idosos institucionalizados ou não, com idade entre os 61 e os 89 anos de idade. Retirado de⁽⁹⁷⁾

No estudo a que se refere a tabela 29, no caso de seniores institucionalizados, relativamente a edentulismo os valores percentuais (96,01%) são semelhantes ao estudo no LVSC (97,3%). Outro estudo bastante significativo a nível amostral (n=396), indica resultados para presença de dentes cariados 34,8% (n=138) em idosos institucionalizados⁽¹⁰⁴⁾, abaixo do observado no LVSC (52,7%), sugerindo a execução de tratamentos conservadores sempre que possível, de revisão das dietas e dos hábitos de higiene. Ainda de acordo com um estudo em população geriátrica, relativamente à prevalência de cárie dentária e usando o Índice de CPO, na faixa etária dos 65 aos 74 anos verificou-se uma média de 27,8 dentes CPO por idoso, referindo-se ainda a outro valor verificado de que nesse intervalo de idade, a média de dentes perdidos é de 93%⁽³²⁾. Os resultados obtidos numa pesquisa baseada também na aplicação do Índice CPO informam que as peças dentárias extraídas representaram em média, 92,4% desse instrumento, refletindo eventualmente a falta de uma prática preventiva por parte dos médicos-dentistas, que até um passado muito recente, realizavam extrações desnecessárias (e em grande quantidade⁽⁷⁵⁾) e eventualmente iatrogénicas. De lembrar que a única variável estatisticamente significativa no LVSC na correlação de resultados idade – Índice CPO, foi o grau de edentulismo, tão maior, quanto maior o intervalo etário. Silva, numa amostra da cidade do Porto, registou uma prevalência elevada de cáries radiculares em idosos (63,9%)⁽⁵⁹⁾, fato que não se pode confirmar

no LVSC por ausência de meios observação, sobretudo enquanto infragengivais, mesmo atendendo à pronunciada exposição radicular nos idosos.

- **Correlação do edentulismo total com a amostra total:** os valores usados relativos à amostra do LVSC para estabelecer comparação com outros estudos, são os obtidos na pergunta acerca do uso ou não de próteses e quais os tipos, considerando-se aqui as totais superiores - em 30.1% dos utentes do LVSC – e totais inferiores – em 23.3% dos utentes. Convém ressaltar, que na resposta “Nenhuma”, conforme se verificou à medida que aplicavam os questionários, muitos desses são edentulos totais, a maioria acamados e dependentes. Para efeitos comparativos, um barómetro interessante, refere-se a dados fornecidos num estudo, que considera a prevalência de desdentados totais em 30,99% de idosos⁽⁹³⁾, sendo que na Europa, a prevalência de edentulismo entre faixas etárias dos 65 aos 74 anos, varia de 12,8% na Itália a 69,6% na Islândia⁽¹⁰⁵⁾. Num estudo cuja amostra incluía 396 idosos em lar, os resultados obtidos indicam uma presença significativa de edentulos totais 32,6% (n=129)⁽¹⁰⁴⁾, valores na média do LVSC. Em Portugal, concretamente numa população de idosos institucionalizados do distrito do Porto, Sampaio Fernandes referiu uma percentagem de desdentados totais de 30,13%, sobretudo no género feminino⁽⁵⁹⁾.

- **Comparativo da frequência do uso de próteses e outros estudos:** num artigo relativo a idosos institucionalizados no norte de Portugal confirmou-se que mais de metade dos participantes (57,8%) utilizava prótese dentária⁽⁹³⁾, valor idêntico ao verificado no LVSC em que (57,5%) usa prótese. Existe um outro estudo recente, realizado no Brasil, que pela dimensão da amostra tem validade comparativa com os dados apurados no LVSC, quanto à frequência e tipos de próteses usadas em idosos, conforme a tabela que se segue:

Variáveis	Total n=667
Uso de prótese superior	
Não usa	81 (12,2)
Prótese unitária ou parcial	57 (8,6)
Prótese total	524 (79,2)
Uso de prótese inferior	
Não usa	308 (46,6)
Prótese unitária ou parcial	108 (16,3)
Prótese total	245 (37,1)
Necessidade de prótese superior	
Não necessita	306 (46,4)
Prótese unitária ou parcial	72 (10,9)
Prótese total	281 (42,6)
Necessidade de prótese inferior	
Não necessita	214 (32,6)
Prótese unitária ou parcial	215 (32,7)
Prótese total	228 (34,7)

Tabela 30 - Frequência de uso e necessidade de prótese em idosos de 65 a 74 anos. Retirado de⁽¹⁰³⁾

A reter, que neste estudo, a utilização de prótese total superior foi de 79,2% e inferior de 37,1%. Relativamente às próteses removíveis parciais, os valores são semelhantes com os do LVSC. A frequência de necessidade de prótese total superior e inferior no lar foi de 42,6% e 34,7%, respetivamente, mais baixa que no estudo da Tabela 30, mas coincidindo neste caso com a sugestão feita na larga maioria de planos de tratamento indicados nos questionários aplicados no LVSC aos idosos e subscrito também noutro estudo realizado, enquanto ideal para grande parte dos idosos⁽¹⁰⁴⁾. Para Napolini, os resultados obtidos para uma amostra de 394 idosos integrados em lar, 88,6% (n=349) usavam prótese e somente 11,4% (n=45) não usavam⁽¹⁰⁴⁾. Não se explicitou o tipo, mas este é um valor importante para o estudo no LVSC, porque em vários utentes (de um total de 62) se verificou que não usavam próteses, embora fosse extremamente necessária, supondo-se que a causa para isso seja o fraco poder económico ou um grau de dependência maior, que leva à dispensa do uso da estrutura oral para mastigação optando-se por alimentação específica. Num estudo referido num artigo com idosos israelitas, que relatou o aumento do fluxo salivar, de forma significativa dois dias após a inserção completa da prótese (com diminuição após 3 semanas, mas mantendo valores acima iniciais antes do uso de prótese)⁽¹⁰²⁾, vem dar suporte teórico e prático à sugestão feita para grande parte dos idosos analisados no LVSC, ao se sugerir a reabilitação protética enquanto tratamento fulcral num eventual plano a elaborar, supondo-se melhoria na QdV em todos os seus parâmetros e na própria saúde bucal pela presença do fluido salivar e reestimulação da musculatura associada à boca. Outro artigo corrobora a necessidade de sugerir em planos de tratamento o uso de prótese perante situações de edentulismo em idosos e de tratamentos

periodontais⁽¹⁰³⁾, sobretudo se se ponderar tal decisão entre idosos institucionalizados ou não, havendo maior necessidade nos utentes de lares⁽⁹⁷⁾.

- **Comparativo da frequência de presença de doença periodontal com outros estudos:** no LVSC, 29.0% dos utentes não apresenta doença periodontal, 46.4% apresentavam periodontite e 18.8% gengivite. Os valores elevados de ausência de doença (29%) no LVSC, comparativamente com outro estudo feito com idosos, em que a condição de periodonto saudável foi verificada somente em 7,9% da respectiva amostra⁽¹⁰³⁾, deve-se em grande parte ao elevado número de edentulos. Uma investigação em ambiente clínico, com idosos, sugere resultados muito completos quanto à prevalência de patologia periodontal neste grupo etário, fazendo também alusão aos números do edentulismo total nesses pacientes examinados, conforme se observa na tabela 11. O método usado foi o exame periodontal simplificado (PSR) que verifica a presença de alterações periodontais⁽⁸¹⁾ por códigos e por sextantes – (0) sem sangramento ou saudável, (1) sangramento (com placa), (2) cálculos supra ou infra gengivais, (3) bolsas entre 3,5 e 5,5 mm e (4) bolsas com mais de 5,5 mm.

	1º sextante	2º sextante	3º sextante	4º sextante	5º sextante	6º sextante	Todos
Cod. 0	4(1,1%)	13(3,6%)	2(0,6%)	6(1,7%)	0(0%)	4(1,1%)	29 (1,3%)
Cod. 1	12(3,3%)	34(9,4%)	6(1,7%)	28(7,7%)	26(7,2%)	19(5,3)	125 (5,8%)
Cod. 2	99(27,4%)	122(33,8%)	109(30,2%)	148(41%)	211(58,4%)	154(42,7%)	843 (39%)
Cod. 3	83(23%)	56(15,5%)	74(20,5%)	71(19,7%)	58(16,1%)	78(21,6%)	420 (19,4%)
Cod. 4	50(13,9%)	35(9,7%)	56(15,5%)	31(8,6%)	47(13%)	29(8%)	248 (11,4%)
ET	113(31,3%)	101(28%)	114(31,5%)	77(21,3%)	19(5,3%)	77(21,3%)	501 (23,1%)

Tabela 31 - Situação periodontal por sextante e total usando o PSR em paciente geriátricos. Retirado de⁽⁸¹⁾

A amostra é de 500 pacientes geriátricos. Destes, 139 (27,8%) eram desdentados totais, pelo que o PSR só se aplicou em 361 (72,2%) pacientes⁽⁸¹⁾. Nesse grupo, conforme se observa na tabela muito poucos tinham dentes hígidos por sextante. Para os autores do estudo, a presença de pacientes inúmeros idosos desdentados, induz que uma maior quantidade de dentes facilita a uma maior prevalência de periodontite. No caso do LVSC, a enorme quantidade de edentulos, sugere isso mesmo, já que os valores de periodontite acabaram por ser aceitáveis, não obstante o fato de a análise intra-oral, se limitar apenas à inspeção visual, o que seguramente, nos dentados pode enviesar os resultados (ausência de medição de profundidade de bolsas, de recessão, de índice de placa e de *bleeding on probing*). Noutro estudo com idosos

asiáticos (n=423), obtiveram-se resultados preditores da prevalência de patologia periodontal neste faixa etária – número de dentes com bolsa periodontal $\geq 5\text{mm}$ (média + DP) 4.6 ± 3.0 e número de dentes com sangramento gengival $6.4 \pm 3.5^{(100)}$.

- **Comparativo da frequência de níveis de halitose:** os estudos relativos à presença de halitose em idosos, preferencialmente na condição de institucionalizados são escassos, tendo-se considerado para comparação indicadores em que pelo menos a faixa etária é coincidente com a da amostra do LVSC – idosos, com 60 ou mais anos de idade. Assim, segundo um trabalho de investigação realizado por Samnieng e colaboradores, foi possível apurar que a prevalência de mau hálito era elevada ($> 60\%$), mas aceitável atendendo a que a amostra compreendia sujeitos com idade ≥ 60 anos com total, com uma higiene oral fraca, condição periodontal fraca e com uma alta taxa de incidência de doenças sistémicas⁽¹⁰⁰⁾, fatos condizentes com os reportados no LVSC. Confirma-se que o mau odor oral é prevalente entre os idosos, sendo que a variação da sua expressão diária, varia com a presença de saburra lingual, de doença periodontal, de doenças sistémicas e polifarmácia⁽¹⁰⁰⁾, fatos a ser considerados institucionalmente, sob pena de compromisso da QdV do idoso, nomeadamente das suas interações sociais, sugerindo-se, a elaboração de protocolos, que visem a higienização e a prevenção para seniores. Sabe-se também que é comum um mau-hálito ao acordar, que vai gradualmente decrescendo quer seja devido à higienização da boca, devido à ingestão alimentar ou devido à estimulação salivar. Nos idosos, sobretudo os institucionalizados, e conhecendo a rotina horária do LVSC é possível de afirmar, que a distância entre a refeição do jantar e do pequeno almoço, o tempo prolongado de sono (já que os residentes habitualmente se deitam cedo) e como se verificou uma higiene oral deficitária, propiciam a prevalência do mau odor.

- **Frequência da auto-perceção de sensação de boca seca comparada a outros estudos:** num trabalho que avaliou idosos residentes em lar, verificou-se a auto-perceção de boca seca em 47,3% dos indivíduos⁽⁹³⁾, semelhante aos resultados da amostra do LVSC (42,8%). Outro trabalho que mensurou a quantidade de fluxo salivar, obtiveram-se dados bastante válidos atendendo à dimensão da amostra (n=423), tendo obtido um fluxo médio salivar bastante baixo (média (ml/minuto)/DP) - 0.22 ± 0.2 , confirmando-se a redução natural do fluxo salivar com o avançar da idade e um eventual decréscimo causado pela polifarmácia associada⁽¹⁰⁰⁾, propiciando os valores obtidos no lar. Valores esses, que correlacionados com a terapêutica medicamentosa dos utentes e os antecedentes clínicos dos mesmos, não revelaram qualquer associação estatisticamente significativa ($p > 0.05$). Quanto a isso, se a um idoso foi prescrita medicação acerca da qual existe informação acerca da diminuição do fluxo salivar,

essa deve ser alterada ou até se possível, eliminada^(50, 71). Como reforço para esta tomada de atitude, a convicção de que raras vezes essas prescrições provocam danos irreversíveis às glândulas salivares, se suspensa a toma desses medicamentos⁽⁵⁰⁾. Em contrapartida, os pacientes geriátricos devem ser motivados à ingestão de água e evitar de forma realmente eficiente o álcool e as bebidas ou alimentos que contenham cafeína e açúcares, por promoverem a xerostomia ou cárie⁽⁷²⁾. Em compensação existem alternativas à indução salivar, que podem passar por mascar pastilhas sem açúcar ou por medicação – substitutos salivares – que podem minimizar a sensação de secura na boca. Entre esses, encontra-se a pilocarpina⁽⁸⁶⁾ e a cevimelina, com efeitos benéficos relatados particularmente em pacientes com a Síndrome de Sjögren⁽⁷²⁾. A xerostomia é provavelmente um dos problemas orais mais significativo para a confecção e uso das próteses totais, já que sem a película de saliva (ou estando a quantidade desta muito diminuída), é extremamente difícil manter a prótese em posição. Além da perda de retenção, há uma maior propensão ao aparecimento de lesões nos tecidos moles, mesmo com próteses bem adaptadas⁽⁶⁵⁾.

- **Frequência da dificuldade mastigatória e deglutição, comparada a outros estudos:** num estudo com aproximadamente 120 idosos institucionalizados 33,3% referiram limitações na ingestão de alimentos devido à condição oral⁽⁹³⁾, valores muito semelhantes aos obtidos no LVSC em 36,2% dos residentes sentem respectivamente algumas vezes quase sempre esse desconforto nos momentos das refeições. Noutro estudo 66,6%, semelhante aos 54,8% no LVSC, pacientes idosos, referiram dificuldades na mastigação, sendo que desses, 54,5% afirmaram que o problema residia na inadequação protética e 13,6 devido à ausência de dentes⁽¹⁰¹⁾. Segundo um estudo de 2002, 80,2% dos idosos pertencentes à amostra confundiram a habituação à ausência de dentes, por terem sido capazes de conjugar isso, com uma adaptação dietética, preferencialmente para alimentos mais moles⁽¹⁰⁴⁾, situação esta, que embora não esteja documentada, se verifica no LVSC, em que a preparação das refeições pela nutricionista e pela cozinha central contempla este pressuposto e vários idosos referiram em *off-record*.

d) **Caraterização dos comportamentos e cuidados de higiene oral – comparações com outras investigações:**

- **Frequência de escovagem dentária diária:** no LVSC observou-se que segundo os próprios, 49.7% dos residentes não escovam os dentes diariamente, 33.8% uma vez, 15.2% duas vezes e somente dois, escovam mais de duas vezes diariamente. Os dados variam com os

de outros estudos exceto nos valores para um momento de escovagem. Por exemplo, numa pesquisa apurou-se que 13% dos participantes (idosos residentes em lar) referiram não escovar os dentes (muito inferior ao LVSC), 33% dos participantes afirmaram escovar os dentes uma vez ao dia e 53,5% escovava os dentes 2 ou mais vezes diariamente⁽⁹³⁾ (muito superior ao LVSC). Noutro trabalho, semelhante a este em que a amostra de idosos em lar era de 268 elementos, relativamente à frequência de escovagem, 27,6% (n=74) faziam-na mais de duas vezes por dia e o remanescente, 72,4% (n=194), menos de duas vezes ou nenhuma. Nesse artigo também se questionava acerca da higienização das próteses pelos idosos, lacuna do estudo no LVSC, tendo observado que na amostra (n=340), 36,2% (n=123) a faziam mais de duas vezes por dia e 63,8% (n=217) menos de duas vezes⁽¹⁰⁴⁾. Noutro estudo, em que participaram 65 idosos com idade média de 68,83 anos ($\pm 6,9$), após ter sido evidenciada a presença de biofilme dentário com corante, foi-lhes questionada a frequência de escovagem e uso do fio dental. Dessa amostra, 94% apresentaram índice de placa insatisfatório, sendo que curiosamente (ou não!), a maioria garantiu escovar os dentes duas vezes ao dia e 34% usar o fio⁽¹⁰⁶⁾, podendo-se subtender que é alta a prevalência do biofilme nos idosos, independentemente da frequência de escovagem dentária e uso de fio dental, presumindo-se igualmente as complicações que para todas as estruturas anexas, tanto tecidos duros como moles. Ainda a questão que se levanta acerca da eficiência da escovagem dentária, porque exatamente no LVSC, junto de residentes que garantiram efetuar a escovagem diária dentária e a higienização das próteses, era visível a presença de biofilme e de cálculo, a tal ponto de parecer que essa formação em espaços interproximais e periradiculares tinha a função de férula e que acabava por manter os elementos dentários em posição adequada e em boca. Ainda segundo um estudo com idosos, já citado antes realizado por Samnieng e colaboradores (n=428 e idade média de 67.6 ± 5.6), verificou-se que entre esses, 64,9% escovava os dentes duas vezes ao dia e 24,9% escovava a face dorsal da língua⁽¹⁰⁰⁾, fato não estudado no LVSC.

- **Frequência dos meios usados para a higienização bucal:** relativamente à utilização de formas auxiliares de higienização da boca, num estudo de idosos integrados em lar, 55,8% referiu nunca usar, 18,6% afirmou usar todos os dias e 25,6% só ocasionalmente⁽⁹³⁾. No estudo realizado no LVSC há especial prevalência para o uso de escova (54,8%) e pasta dentífrica (42,5%), o que sugere a elação do uso dos meios básicos corretos, mas que deixa em dúvida acerca da sua utilização sob o ponto de vista da eficiência, atendendo à condição oral constatada entre os residentes. Ficou provado num estudo com idosos, que a escovagem diminui o índice de placa e índice de sangramento gengival de forma significativa e melhora o

odor oral. A limpeza da língua diminui a quantidade de saburra e também índice de mau odor. Se nos idosos, em acréscimo se higienizar a boca com uma gaze envolvida em clorexidina, para além das vantagens anteriores, também se reduz significativamente as infeções oportunistas na região faríngea, reforçando-se a validade da utilização deste protocolo em pessoas idosas dependentes⁽¹⁰⁷⁾. Existe uma evidência clara do flúor enquanto mais-valia, que quando adicionado às técnicas de escovagem e uso de fio dental (pouco presente na amostra do LVSC - 1.4% da amostra) e a um controlo dietético, atua no controlo das doenças orais de maior incidência: a cárie e as gengivites/periodontites, permitindo à população geriátrica envelhecer com melhor saúde geral e maior número de elementos dentários presentes⁽⁹²⁾.

- **Frequência da última ida ao médico dentista e respetivos motivos:** no LVSC, somente 15% dos participantes recorreu a serviços de MD nos últimos 3 anos. Dos restantes 85%, metade informa que foi consultado há mais de 3 anos e os restantes 41,8% não sabem ou não se recordam. Segundo alguns utentes a atitude do médico dentista era não conservadora, pelo que a prevalência de exodontias seriadas era enorme, quer fosse por sintomatologia dolorosa (8,9%) ou para aplicação de próteses (34,9%) prematuramente para evitar complicações futuras na cavidade oral. Estes dados recolhidos, vão encontro de outros estudos conforme se verifica em seguida. Num estudo realizado em Portugal em idosos institucionalizados, relativamente aos cuidados em MD 22,5% dos participantes revelaram tê-lo feito há menos de 1 ano, 18,6% entre 1 a 3 anos e 55,8% referiu não consultar o médico dentista há mais de 3 anos⁽⁹³⁾. Quanto aos motivos que levaram as pessoas no mesmo estudo a ir ao consultório dentário, 41,6% afirmou dever-se a fatores associados à prótese e 36% revelou que o motivo foi sintomatologia dolorosa⁽⁹³⁾. Dos dados obtidos no LVSC cruzaram-se resultados quanto à ida à consulta e ao motivo e obteve-se que há uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.001$) entre o motivo da última consulta e a presença de próteses, em que para 72.5% dos idosos que possuem prótese o motivo para a última consulta foi exatamente esse, corroborando a maioria dos estudos feitos, até porque, foi verificado em diversos estudos, que a procura de uma alternativa à ausência dos dentes naturais constituiu um motivo de consulta muito frequente entre idosos institucionalizados⁽⁹³⁾. Outra investigação referiu que na amostra geriátrica estudada, 98,8% referiu o recurso a MD, mas que desses, 74,2% teve a última consulta há 1 ano ou mais, 24,6% há menos de uma ano e os restantes 1,2% nunca havia recorrido. Tal como no LVSC (52,9%), ainda segundo os mesmos autores, a maior frequência de motivos na ida à consulta deveu-se a situação de rotina ou manutenção (59,7%) (não explicitando), 19,8% devido a sintomatologia dolorosa e 15,9% devido a sangramento gengival

ou lesão cavitária⁽¹⁰³⁾. Como no LVSC a maioria dos participantes (63,7%) desconhecia o valor dos seus rendimentos mensais, não se relacionou a motivação ao cuidado dentário em função dos valores auferidos na pensão, embora seja comum, associar baixos rendimentos a condição oral deficitária, entre os idosos institucionalizados⁽⁹³⁾. De lembrar que vários autores afirmam que as consultas dentárias nesta faixa etária, sugere uma maior probabilidade de estarem associadas a processos sintomáticos e não a hábitos rotineiros^(93, 108), como aliás também afirmaram Naka e Anastassiadou. Noutro artigo, citando um estudo com idosos a residir em comunidade, os resultados mostraram que a frequência de uso regular de serviços odontológicos foi de 25,7%, sendo que este valor é inversamente proporcional à medida que a idade vai aumentando⁽¹⁰⁴⁾. Num outro estudo, referiu-se que na Suécia 82% dos idosos entrevistados consultaram o dentista no ano anterior à pesquisa e em frequência oposta, apenas 24% dos idosos na Polónia o fizeram (verificando-se a dualidade de poder económico dos utentes). Em complemento ainda segundo a mesma fonte, numa amostra de idosos norte-americanos 72,1% informaram ter consultado um médico dentista somente quando tinha algum problema de saúde bucal⁽¹⁰⁴⁾, não fazendo desse momento um hábito rotineiro, ao contrário do verificado no LVSC em que 1/3 dos utentes recorreu ao dentista por rotina. No entanto, não se deve de forma alguma incutir todas as responsabilidades à relação idoso → médico dentista. Sabendo-se que a higiene é um dos pressupostos para a saúde oral, compete ao clínico, que deverá fazer parte constante das equipas multidisciplinares em exercício nos lares (que infelizmente não acontece), a orientação e incentivos apropriados junto dos residentes, com o intuito de promover a criação de hábitos diários de escovagem, de utilização de fita dentária e colutórios, uso de escovas adequadas a utilizadores de elementos protéticos e instruções à remoção da camada saburrosa, facilmente prevalente nesta idade⁽²⁶⁾ e assumindo-se a bidirecionalidade entre idosos e dentistas.

- **Frequência da auto-perceção quanto à promoção de higiene oral no lar:** neste parâmetro os dados para comparação são escassos. Um estudo realizado na cidade do Porto, entre os idosos institucionalizados participantes, 96,9% garantiu nunca ter assistido a qualquer ação de sensibilização à saúde oral no lar onde residem⁽⁹³⁾. No caso do LVSC a maioria (56%) não sabia ou optou ou não respondeu. Dos restantes, 61% entende haver uma atitude formativa e promotora por parte do lar onde reside, no âmbito da higiene oral, podendo este grupo, ao optar por esta resposta, ter auto-perceção de saúde oral boa ou ótima, não ter auto-perceção de necessidades de tratamento, ou na melhor das hipóteses ter recebido orientação sobre prevenção e ter manifestado opinião favorável ao encaminhamento a um especialista em MD⁽¹⁰⁴⁾.

e) **Mensuração de diversos índices e escalas - comparações com outras investigações:**

- **Caraterização e quantificação do grau de autonomia dos residentes e sua relação com a higiene oral:** ao se incluírem neste estudo todos os residentes do LVSC, optou-se por uma modalidade de abordagem diferente do usual, que habitualmente se baseia em amostras de conveniência, que sugerem a exclusão de acamados e situações em que o estado de saúde é mais debilitado⁽⁴⁶⁾. Assim, os dados recolhidos nesta pesquisa são quase totalmente opostos a outros estudos, já que 53,5% são dependentes moderados, graves ou totais e quase um terço depende dos cuidadores em pelo menos uma tarefa das AVD. Diferente do que habitualmente consta em outros estudos, em que a seleção da amostra refere valores tipo, semelhantes a um grau de autonomia por AVD básicas com os seguintes valores percentuais: tomar banho 80,9%, vestir 83,0%, ida autónoma aos sanitários 80,9%, deitar na cama 87,2%, continência mictória 59,6% e de evacuação 61,7%; e alimentar-se sozinho 93,6%, havendo inclusivamente referencia à ausência de estados de dependência completa⁽⁴⁶⁾. Castellar e colaboradores apuraram no estudo que levaram a cabo em idosos institucionalizados (n=119) que 68,1% eram independentes, 14,3% dependentes parciais e somente 17,6% dependentes, sendo que o parâmetro de menor autonomia remetia tal como no estudo no LVSC para os parâmetros de continência urinária e fecal e na toma de banhos⁽⁹⁸⁾. Guedes e colaboradores, por intermédio da aplicação do Índice de *Barthel*, constataram maior frequência de autonomia na alimentação (62,38%), tal como no LVSC e menor na necessidade de micção (34,86%)⁽⁴⁶⁾. Relativamente à frequência de limpeza da boca, Zuluaga e colaboradores, num estudo realizado em idosos institucionalizados, constataram que os residentes ao terem as suas capacidades físicas e mentais diminuídas perdem muitas vezes a habilidade cinética manual, o que condiciona negativamente na higienização geral e claro, na oral⁽⁹³⁾. Para um grupo de investigadores que relacionaram o factor destreza, com população idosa e com higiene oral, as recomendações são ainda mais precisas, quanto aos métodos para corretamente higienizar a boca e maximizar a saúde oral. Afirmam que a destreza manual e a motivação de um individuo estão diretamente associados à remoção eficaz da placa bacteriana⁽⁷²⁾. O decréscimo cognitivo, da acuidade visual, da musculatura e da cinética manual, habitualmente atribuídos à terceira idade, podem comprometer significativamente a manutenção da saúde oral em idosos⁽⁷²⁾. Segundo Shinkay e Cury^(26, 42) dever-se-á considerar a fragilidade e limitação física, naturalmente associada à população geriátrica⁽⁶¹⁾, com o intuito de facilitar a habituação a técnicas de higienização corretas. Neste caso, a adequação do instrumental (escovas, escovilhões e fita dentária), o uso de substâncias preventivas e terapêuticas (sobretudo a clorexidina e os fluoretos) parecem reunir

o consenso, quanto a prioridades nesse âmbito^(4, 72), para além do já tantas vezes descrito apoio e supervisão dos auxiliares geriátricos.

- **Caraterização do estado nutricional dos residentes e do índice de massa corporal (IMC):** o impacto negativo da saúde oral na QdV da população geriátrica relaciona-se sobretudo com o edentulismo, que causa uma mastigação deficiente, conduzindo forçosamente à modificação dos hábitos dietéticos culminando algumas vezes em défices nutricionais^(93, 101, 105). Num estudo, apurou-se que entre uma amostra de idosos, a o IMC médio era de 28,8⁽¹⁰¹⁾, superior à média apurada nos utentes do LVSC. Noutra investigação que decorreu na Europa com idosos, a média do MNA® no grupo de estudo foi 25,86 ± 2,89⁽¹⁰⁵⁾, acima dos valores verificados no LVSC, em que a maioria dos utentes quanto ao estado nutricional se inscreve no intervalo de “sob risco de desnutrição” (50.7%) e com uma elevada frequência nos valores mais baixos da prova (33,8%). A questão que se levanta neste tópico, deve-se a algum enviesamento na aplicação do MNA® no LVSC, por se incluírem as pessoas mais frágeis e dependentes, habitualmente mais leves e nutricionalmente condicionadas, não querendo levantar qualquer duvida quanto à sua validade enquanto prova, mas persistindo a dúvida, atendendo a que no LVSC há pelo menos 5 ou 6 momentos de refeição, e os valores de MNA® serem tendencialmente baixos, sugerindo riscos de desnutrição, que na realidade, pelo *feedback* dos utentes não se verifica. Mais grave, se por um lado se sugere a reabilitação protética enquanto fato que melhora a QdV (inclua-se o estado nutricional), mas em contrapartida, as conclusões de um estudo antes citado, refere a presença de risco de má nutrição nos portadores de prótese **totais** se comparados com dentados naturais⁽¹⁰⁵⁾, o que viria agravar ainda mais a situação. Fica a questão de se valerá a pena fazer a sugestão de um plano de tratamento que inclua a reabilitação protética, que atendendo à percentagem de edentulos totais, passa por próteses completas, vastas vezes bimaxilares, à idade média dos utentes, ao tónus da musculatura e articulação mastigatória, entre outros fatos.

- **Verificar até que ponto, os dentes, a boca e as próteses dentárias interferem na QdV e funcionalismo dos idosos:** nesta pesquisa foi identificado o efeito da condição de saúde bucal na perceção da QdV dos idosos. Numa avaliação efectuada com idosos institucionalizados, acerca do papel da saúde oral nas relações interpessoais 11% assumiu evitar o relacionamento com outras pessoas devido à sua condição oral⁽⁹³⁾. Noutra pesquisa foi identificado o efeito da condição de saúde bucal na auto-perceção da QdV dos idosos, cujos resultados, não semelhantes aos obtidos no LVSC, mas são consistentes entre os três estudos, um deles conduzido por Nuttall e colaboradores (no Reino Unido) e o outro por Wöstmann e

colaboradores (na Alemanha), em amostras com idosos e utilizando o Índice OHIP-14. No seu conjunto identificaram, como principais dimensões de impacto, o sofrimento psíquico, a dor física e deficiência física, e com menos impacto: a incapacidade social⁽⁷⁶⁾, divergentes das do LVSC, que só centraram de forma estatisticamente expressiva nas problemáticas associadas à nutrição.

- Caracterização da auto-percepção do idoso relativamente à sua saúde em geral e à forma como ressentem a sintomatologia dolorosa oral e geral em si: noutros estudos, relativos à auto-percepção da saúde, 61,7% dos idosos institucionalizados presumem ter uma saúde boa, divergente do constatado no LVSC, em que a maioria (40%) refere essa percepção como razoável, não obstante, 35,7% a entenderem como boa ou muito boa. Esta modalidade de avaliação é sobejamente utilizado em pesquisas geriátricas, já que é um forte preditor (no seu intervalo de pior percepção) de mortalidade⁽⁴⁶⁾. Quanto à sensação de dor corporal, no LVSC os resultados (62,8% que referiram dores ligeiras a moderadas) já foram uniformes com outro estudo, em que 51,1% dos idosos institucionalizados afirmou sentir dor de forma crónica e ainda com outro de com idosos institucionalizados em que se constatou uma elevada prevalência (73,3%) de dor crónica entre os idosos, verificando-se que essa sintomatologia interferia de maneira negativa na capacidade funcional dos utentes⁽⁴⁶⁾. Uma investigação com idosos institucionalizados (n=389), apurou-se que a auto percepção enquanto excelente / ótima / boa foi subscrita por 40,9% (n=159) e enquanto regular / fraca por 59,1% (n=230)⁽¹⁰⁴⁾, também semelhante ao LVSC neste intervalo, já que no ótimo, apenas um utente percecionou. Outra mensuração feita pelo estudo referido antes quanto sensação dolorosa na boca, para uma amostra de 400 idosos, 10,5% (n=42) responderam que sim e os restantes 89,5% (n=358) informaram que não⁽¹⁰⁴⁾, muito diferente do verificado no LVSC em que somente 20,7% afirmaram nunca ter sentido dor na boca.

f) Relação do cruzamento de dados dos questionários dos idosos e dos cuidadores relativa à presença de doença periodontal e outras complicações orais em utentes, com a percepção que os cuidadores têm relativamente ao estado de higienização oral dos idosos, à frequência da mesma e a percepção da conduta da instituição na promoção da higiene oral: conforme os resultados apurados relativos ao grau de autonomia dos idosos do lar, confirmou-se que mais de metade (53,5%) depende claramente dos cuidados de terceiros para a concretização das diversas AVD. Para esses, o autocuidado é difícil, pelo que, os atos de higienização concretizados pelos cuidadores são essenciais⁽¹⁰⁷⁾. Conforme se pode verificar na Tabela 26, é na população mais dependente que se verifica o menor número de higienizações orais (por incapacidade motora e cinética típica dos mesmos), não se verificando porém uma

correspondência proporcional do dano na cavidade oral e nos níveis de hálito. Uma explicação para tal fato, poderá passar pela ausência da maioria de dentes (situação verificada no LVSC e já referida e transversal aos vários utentes, mais ou menos autónomos) e porque uma vez dependentes, a nutrição associada consiste em alimentos passados ou sopas, menos passíveis de se acumularem, na eventualmente escassa dentição natural remanescente. Dessa forma, neste cruzamento de dados, em que se obtiveram nos idosos valores de presença de gengivite (18.8%) e de periodontite (46.4%) razoáveis atendendo à faixa etária, para além de valores de medição de halitose tendencialmente baixos (ausência de odor e odor natural – 67,6% da amostra), permite-se validar aquilo que a maioria dos auxiliares (49%), que considera a boca dos residentes higienizada e que 60% deles vislumbra a instituição enquanto entidade promotora da saúde oral, podendo-se julgar aqui que a atitude dos cuidadores tem sido razoável nos cuidados orais.

g) Correlação de fatos que indiquem se a forma de intervenção dos cuidadores providencia saúde oral aos idosos: dos dados relevantes apurados no LVSC, destaca-se entre a atuação dos cuidadores, que mais de 80% apoia em pelo menos uma escovagem diária, quase 90% higieniza as próteses dos utentes e 70% desses com o apoio de escova, dentífrico ou sabão e 85% retira as próteses aos utentes durante o sono, guardando-as num copo com água. Embora não tenha sido indagado aos auxiliares o tempo ocupado com cada idoso para os momentos de higiene oral, fica claro que os protocolos estão presentes, independentemente de totalmente corretos (sobretudo quanto ao uso de dentífrico para higienização das próteses), sugerindo-se tão somente aquilo que se vai descrever mais à frente – formação! Num estudo quanto às causas que condicionam os prestadores de cuidados à saúde oral em instituições para idosos, em *Iowa*, Estados Unidos da América, com uma amostra considerável de 488 auxiliares, com média etária de 38 anos (ligeiramente inferior à do LVSC - 44.5), 86,3% referiram que executam a escovagem e 89,6% limpeza das próteses totais, porém dispensavam pouco tempo a cada residente – 3 minutos. Outros procedimentos, tais como bochechos com soluções com e sem flúor e limpeza interdentária, foram relatados mas em proporções pouco expressivas. Foram consideradas as causas que condicionam a execução adequada de cuidados dentários, nomeadamente, a falta de tempo e de pessoal, dificuldades físicas e de comportamento dos idosos e, igualmente importante, a ausência de um programa de educação em saúde oral específico para cuidadores de idosos^(69, 89). A utilização de métodos e utensílios específicos e de apoio aos idosos é essencial, quer seja por auto-recreação dos mesmos, quer seja por motivação dos cuidadores formais, enquanto institucionalizados⁽⁷²⁾. Relativamente aos dados

recolhidos acerca dos cuidadores, existe um estudo realizado em 2013, com uma amostra (n=35) mais pequena que a presente no LVSC, mas equiparável a nível de contexto de atuação, concluiu-se que a formação profissional (que não corrobora o antes sugerido), a experiência com idosos, o tempo na instituição e o Índice CPO aferido nos cuidadores, não interferiram nas práticas de cuidados. Nesse estudo conclui-se que os auxiliares em geriatria executaram procedimentos básicos em saúde oral, porém, somente a baixa frequência desses cuidados foi considerada um problema, fato também não verificado no LVSC. Concluiu-se aí, que o perfil profissional, não interferiu no cuidado com a saúde oral dos idosos⁽³⁷⁾. Sabe-se que existem diferenças entre várias instituições de cuidados a idosos de longo termo, mais especificamente, que em algumas há protocolos totalmente estruturados e em execução de actuação na saúde oral e noutras não^(22, 49). Um estudo recente analisou em 67 idosos (menos autónomos nas AVD) dentados de um lar, os cuidados e higiene orais prestados no período matinal. A higiene bucal foi realizada em apenas 16,4% da amostra. Metade desses receberam apoio à escovagem por parte dos auxiliares e os restantes escovaram os próprios dentes sob supervisão. Nenhum dos participantes escovou durante 2 minutos (valor de tempo em análise no estudo). O tempo médio de escovagem pelos auxiliares foi de 16 segundos enquanto o dos utentes que se autocuidavam foi de 39 segundos. A estes foi sempre ordenado pelos auxiliares para que cessassem o ato de higiene. Para os investigadores, sugere-se a não prossecução de diretrizes e protocolos disponíveis, já que estratégias de atuação foram projetadas e avaliadas, mas raramente surtem efeito real e quase sempre duram pouco tempo, devendo-se reanalisar os seus conteúdos para que haja melhorias e mudança de comportamento, centrando-se nos objetivos preponderantes⁽⁴⁹⁾. Há dados que confirmam melhorias na higiene oral em idosos institucionalizados, derivadas da formação e treino direto em auxiliares de geriatria, para além do sucesso da readequação de programas de intervenção na saúde oral nesse mesmo tipo de instituições⁽²²⁾, que neste caso já condiz com a aposta a traçar no LVSC.

Considerações acerca deste estudo

Relativamente a esta investigação existem algumas lacunas, a ser colmatadas em trabalhos futuros.

A primeira deve-se à ausência de uma questão direta aos idosos, quanto à sua auto-perceção de necessidade de tratamento oral e à sua condição oral. Essa questão foi efetuada noutra investigação, tendo-se obtido que aproximadamente 42% dos participantes afirmou

necessitar de tratamento dentário e a propósito da auto-percepção da sua saúde oral, 17,1% dos participantes a terem classificado como má, 45% como razoável e 38% boa⁽⁹³⁾, valores não apurados neste estudo.

Outra ausência são questões quanto ao grau de escolaridade e ao número de filhos, conforme referido noutros estudos, fatos que propiciam tanto à integração em lares⁽⁴⁶⁾, como influenciam na avaliação das questões de auto-percepção de cuidados em MD.

Uma outra crítica a fazer a esta investigação reverte à não descrição clara nos grupos de patologias do questionário, do das demências, que como é descrito num artigo consultado, “a demência mantinha-se como fator etiológico principal, ao desenvolvimento de dependência funcional”⁽¹⁰⁹⁾, dependência esta considerada e correlacionada neste estudo pelo Índice de *Barthel*; e até porque na condição patológica de distúrbios neuro-psíquicos, que pode incluir demências (se se considerarem as patologias neuro-degenerativas), poderá também englobar as depressões, que como se verificou são prevalentes em idosos e igualmente distúrbios psiquiátricos (presentes em alguns utentes do Lar), distorcendo os resultados. Ainda quanto às patologias propostas no questionário, a ausência das de foro cardiovascular, tantas vezes citadas e presentes em estudos, presumindo-se aqui que a resposta “OUTRAS” as incluía e presumindo-se a sua forte presença a julgar pela terapêutica prescrita aos residentes e que lhe é fortemente associada. Outra omissão, a não inclusão nos grupos medicamentosos, dos analgésicos.

Relativamente à condição oral, faltou nos questionários a questão acerca da possibilidade de edentulismo total e de uso de próteses bimaxilares (numa só resposta em vez de diferenciar entre superior e inferior, porque dessas, algumas são bimaxilares).

Um elemento a favor, considerado neste trabalho tem a ver com a escolha randomizada da população alvo do estudo, que confere solidez aos resultados obtidos⁽⁴⁹⁾, em particular quanto ao seu grau de dependência, fato cuja preferência noutros estudos direciona para amostras com maior grau de autonomia nas AVD. Esse tipo de amostras permitem um acesso facilitado, mas esta permite a obtenção de dados mais próximos da realidade, permitindo a sua extrapolação para toda a população estudada. Apresentou algumas desvantagens operacionais, porque forçosamente obrigada a dispensar mais tempo e recursos humanos, dificultando a sua realização⁽⁷⁷⁾, mas o resultado final é encorajador.

Ainda, o tema de Tese. Enquanto a maioria dos temas tendem a ser muito específicos quanto a algo que se vá investigar, este, pela amplitude de considerações e precauções a ter em conta no atendimento odonto-geriátrico, obrigou a englobar praticamente tudo o que é específico a idosos. Ou seja, um tema que poderia ser tão simples como a aplicação de um Índice CPO, revisão da anamnese de cada idoso e definição de um plano de tratamentos acabou por se transformar em algo sobredimensionado, para que (dentro do possível) se pudesse elaborar algo com cabeça, tronco e membros, devidamente estruturado e coincidente com a dignidade merecida pela população em causa.

No entanto, desta maioria de utentes, importa saber acerca da aplicabilidade real de cada um dos tratamentos propostos. Por exemplo, se o tratamento protético é realmente justificável atendendo à idade da pessoa e sobretudo ao grau de habituação do idoso ao edentulismo, ao tipo de nutrição e sobretudo à sua condição psicossomática. Para que conste, num estudo em que a amostra de aproximadamente 80 idosos se dividia em institucionalizados e não institucionalizados, apuraram-se dados interessantes passíveis de suscitar várias questões. Nesse trabalho, o segundo grupo apresentou mais sintomas depressivos, menor fluxo salivar, maior número de dentes perdidos e cariados, e maior frequência de uso e necessidade de próteses dentárias, se comparado com o primeiro que somente apresentava um valor superior na quantidade de dentes restaurados⁽¹⁰²⁾, necessitando-se em estudos futuros, ou criar um grupo de controlo, ou fazer um estudo direcionado à comparação com idosos não institucionalizados, mas dentro de intervalos etários semelhantes.

Resumindo, a constatação destes fatos, convida cada profissional em MD, a seguir um protocolo bastante simples na elaboração de um plano de tratamento, que se inicia na anamnese (da saúde em geral e em específico da boca), prosseguir pela primazia da comunicação, fácil o suficiente para que crie uma relação empática com o paciente, que considere, entenda e respeite as expectativas e alternativas de tratamentos e sobretudo que frise o sucesso ou o fracasso, como duas hipóteses em pé de igualdade quanto à sua ocorrência. A avaliação das condições de saúde geral e em particular a oral nesta faixa etária, por parte dos cuidadores, é a primeira etapa na definição dos procedimentos em protocolos que se criem. A higienização diária tanto de elementos dentários e próteses, das mucosas orais e a manutenção da hidratação oral constituem o conjunto de atos a executar, subjetivamente prescritos dependendo das características e necessidades dos idosos.

Ainda, a sugestão de que estratégias de implementação de saúde oral são capazes de mudar as determinantes comportamentais, conseguindo-se uma mudança na atuação real das pessoas visadas pela intervenção do clínico, promovendo uma avaliação contínua dos resultados e a adequação da atitude em função das maiores taxas de sucesso alcançadas. Ao escolher estratégias para avaliar e melhorar os cuidados de saúde oral em idosos, os profissionais de saúde devem conhecer cuidadosamente as particularidades do paciente alvo, identificar as barreiras à mudança na importância que se dá a esta faixa etária, evitando preocupações desnecessárias com elementos ou factos menores e promover a merecida QdV a dispensar aos idosos, tão desejada por eles. Dever-se-iam realizar campanhas de educação e sensibilização acerca da importância da visita ao médico dentista de forma a exponenciar a saúde oral quando ausente e não, prevenindo a doença. Entre os idosos institucionalizados, estas campanhas deveriam ser feitas não só para eles, mas também para os cuidadores, devendo, a estes últimos, ser dada formação para que possam agir efetivamente, cuidando da higiene oral dos idosos dependentes e zelando a dos mais autónomos, de forma eficaz. Ações de formação contínua, treino e encorajamento dos cuidadores são fatores preponderantes para o sucesso de todo este protocolo.

G. Conclusão

Ficou clara a necessidade de reabilitação protética na larga maioria dos estudos realizados enquanto indispensável à QdV do idoso, tendo ficado também vincada a especial prevalência de edentulismo, cáries e patologias periodontais, pelo que os tratamentos propostos vão exatamente nesse sentido.

Portanto, o grande valor que daqui se deve extrair, é que 80% dos quase 150 idosos participantes necessita da execução de tratamentos orais, maioritariamente na reabilitação protética e dentisterias.

A saúde dos idosos institucionalizados de longo termo, por aquilo que se pode observar nesta investigação, é considerada fraca, sendo que a ausência de dor, o despreocupar com o desconforto físico, mas sobretudo, a sensação de segurança proporcionada pela instituição que garante as refeições, comida, estadia e atendimento médico permanente, envia uma realidade, perceptível, mas camuflada.

Não é demais recordar, que o sistema estomatognático, associado a funções vitais tais como a mastigação, a fonação, a deglutição e a respiração, também percorre o caminho do envelhecimento. Uma oclusão mais funcional pode levar a uma expectativa de vida mais longa e proporcionalmente uma melhor QdV na terceira idade.

Neste estudo foi ainda perceptível o défice de informação sobre a saúde oral, sobretudo no âmbito da higienização. Os idosos desta amostra revelaram ainda uma despreocupação que persiste na procura de cuidados médico-dentários.

Confirmou-se neste trabalho de investigação, que a valorização da anamnese nos atendimentos em MD e o encaminhamento do paciente geriátrico para os cuidados em Gerodontologia, indiciam que a interligação de várias áreas da saúde podem ser preponderantes na saúde e QdV do idoso.

“The best is yet to come”
Barack Obama's victory speech about the victory for United States presidential election 2012

H. Bibliografia

1. Lutz W, Sanderson W, Scherbov S. The coming acceleration of global population ageing. Nature Publishing Group. 2008;451:4.
2. Rocha R, Fernandes A, Lucas R. Doenças periodontais, dieta e distúrbio cardiovasculares em idosos não institucionalizados em Campina Grande. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2005;5(2):9.
3. Freitas M, Maruyama S, Ferreira T, Motta A. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2002;10(2):8.
4. Antunes S. Avaliação da Saúde Oral num grupo de idosos institucionalizados no Concelho de Vagos. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013.
5. Nayme J, Saliba N, Moimaz S, Garbin C, Silva M, Joaquim R. Análise qualitativa da percepção de acadêmicos em odontologia sobre idosos antes e após participação no programa de extensão "Sempre sorrindo". Campus de Araçatuba – Faculdade de Odontologia de Araçatuba [Internet]. [9582-5 pp.].
6. Silva E, Barão V, Santos D, Delben J, Ribeiro A, Gallo A. Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico. Odonto 2011. 2011;19(37):39-47.
7. Parahyba M, Simões C. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(4):8.
8. Barros C, Gomes A, Pinto E. Estado de saúde e estilos de vida dos idosos portugueses: o que mudou em 7 anos? Arquivos de Medicina. 2013;27(6):6.
9. Ferreira Z. Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2011.

10. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Revista de Saúde Pública* 43(3). Epub 17-04-2009.
11. Araújo F, Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007;25(2):59-66.
12. Torres G, Reis L, Reis L, Fernandes M. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2009;58(1):6.
13. Lelis É, Siqueira C, Costa M, Reis S, Gomes V, Oliveira A. Incidência e prevalência de doenças bucais em pacientes idosos: Alterações morfológicas, sistêmicas e bucais. *Revista Inpeo de Odontologia*. 2009;3(1):47-82.
14. Coutinho K, Martins A. Fatores de risco para câncer bucal na população idosa do Cascavel Velho. 2º Seminário nacional estado e políticas sociais no Brasil2005.
15. Dolan T, Atchison K, Huynh T. Access to Dental Care Among Older Adults in the United States. *Journal of Dental Education*. 2005;69(9):14.
16. Gheui E, Ship J. Systemic Diseases and Their Treatments in the Elderly: Impact on Oral Health *Journal of Public Health Dentistry*. 2000;60(4):8.
17. Shay K. Infectious Complications of Dental and Periodontal Diseases in the Elderly Population. *Clinical Infectious Diseases*. 2002;34:9.
18. Shamdol Z, Ismail N, Hamzah N, Ismail A. Prevalence and Associated Factors of Edentulism among Elderly Muslims in Kota Bharu, Kelantan, Malaysia. *JIMA*. 2008;40:6.
19. Braz M. Estudo dos factores de risco de saúde oral numa população sénior institucionalizada do concelho do Porto. Porto: Universidade do Porto; 2005.

20. Almeida A. A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares - Aspectos e contextos da Qualidade de Vida. Porto: Universidade do Porto; 2008.
21. Shinkai R, Cury A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Caderno de Saúde Pública*. 2000;16(4):11.
22. Fiske J, Griffiths J, Jamieson R, Manger D. Guidelines for oral health for long-stay patients and residents. British Society for Disability and Oral Health. 2000.
23. González J, López F, Dorado C, Rodríguez N, Guirado J. Social demand for oral surgery in third age patients and its association with systemic pathologies. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Nov;15(11):875-9.
24. Petersen P, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people – Call for public health action. *Community Dental Health*. 2010;27(2):257-68.
25. Cavalcanti A, Scaff A, Junior A, Jorge A, Lourenço A, Cavalcante A, et al. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4ª ed: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2008. p. 244.
26. Silva L. Alterações bucais do envelhecimento e implicações para a atenção odontológica. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
27. Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2012.
28. Wiggins R, Higgs P, Hyde M, Blane D. Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing & Society*. 2004;24:693-708.
29. Quintal C, Lourenço Ó, Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2012;30(1):35-46.

30. Castro C, Alves C, Lopes F. Fatores sistêmicos associados à doença periodontal em idosos. RBCEH. 2010;7(2):289-95.
31. Pinelli L, Montandon A, Boschi A, Fais L. Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. Revista Odonto Ciência. 2005;20(47):69-74.
32. Neto N, Luft L, Micheline Trentin, Silva S. Condições de saúde bucal do idoso. RBCEH. 2007;4(1):48-56.
33. Castro S. Processo de institucionalização da pessoa idosa: um olhar comparativo entre uma instituição pública e privada. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto; 2010.
34. Marques F. Estado nutricional e ingestão alimentar numa população de idosos institucionalizados. Coimbra: Universidade de Coimbra.
35. Pestana L, Espírito-Santo F. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. Revista Escola Enfermagem USP. 2008;42(2):8.
36. Cancela D. O processo de envelhecimento 2007 04-03-2014; Licenciatura:[15 p.].
37. Lolli M, Trindade J, Silva C, Michida S, Lolli L. Perfil profissional, percepção e atuação de cuidadores em relação à saúde bucal de idosos institucionalizados. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2013;2(1):19-25.
38. García Y, Flores L, Silva L, Aguilar E, Concha S. Evaluación de la efectividad de un programa educativo en higiene oral dirigido a cuidadores de adultos mayores de los asilos San Antonio y San Rafael de ciudad de Bucaramanga. 2006:13.
39. Rocha C, Oliveira A, Ferreira C, Faggiani F, Schroeter G, Souza A, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. Ciência & Saúde Coletiva. 2008(13):8.

40. Magalhães L. Relação entre saúde oral e nutrição em idosos. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2011.
41. Koerich G, Sena S, Grassi M, Leite V, Rodrigues M. Assistência à Saúde Bucal na Terceira Idade. In: UFSC UFdSC-, editor. 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária2004.
42. Aguiar M, Montenegro F. Avaliação do conhecimento de médicos com atuação na área geriátrica do estado de São Paulo sobre a inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica. Kairós. 2007;10(1):20.
43. Pires S, Gagliardi R, Gorzoni M. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. Arquivo de Neuropsiquiatria. 2004;62(3-B):8.
44. Dörner T, Rieder A. Obesity paradox in elderly patients with cardiovascular diseases. International Journal of Cardiology. 2012;155:10.
45. González E, Lezama R. Importancia de la atención odontogeriatrica en el paciente institucionalizado. Odontología Actual. 2013(118):5.
46. Alencar M, Bruck N, Pereira B, Câmara T, Almeida R. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2012;15(4):12.
47. Atucha J. Epidemiología descriptiva y analítica de la enfermedad de Alzheimer. Alzheimer Real Invest Demenc. 2011;47:16-23.
48. 2013 Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimer's Association National Office; 2013.

49. Verbree L, Waal Gd, Dusseldorp Lv, Achterberg Tv, Schoonhoven L. Oral health care in older people in long term care facilities: A systematic review of implementation strategies. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50:569-82.
50. Vidal A, Lima G, Grinfeld S. Pacientes idosos: relação entre xerostomia e o uso de diuréticos, antidepressivos e antihipertensores. *International Journal of Dentistry*. 2004;3(1):330-5.
51. Silva E, Filho C, Fajardo R, Fernandes A, Marchiori A. Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. *Revista Ciência em Extensão*. 2005;2(1):14.
52. Choi S, Song M, Chang S, Kim S. Strategies for enhancing information, motivation, and skills for self-management behavior changes: a qualitative study of diabetes care for older adults in Korea. *Patient Preference and Adherence - DOVEPRESS*. 2014:8.
53. Mosegui G, Rozenfeld S, Veras R, Vianna C. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Revista de Saúde Pública*. 1999;33(4):9.
54. Spinewine A, Schmader K, Barber N, Hughes C, Lapane K, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet*. 2007(370):12.
55. Vargas C, Kramarow E, Yellowitz J. The Oral Health of Older Americans. *Aging Trends*. 2001(3).
56. Oliveira C, Marin M, Marchioli M, Pizoletto B, Santos R. Characterization of drugs prescribed to the elderly in the Family Health Strategy. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2008.
57. Gómez E. Salud bucodental e calidad de vida oral en los mayores [Doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.

58. Lau D, Kasper J, Potter D, Lyles A. Potentially Inappropriate Medication Prescriptions among Elderly Nursing Home Residents: Their Scope and Associated Resident and Facility Characteristics. *Health Services Research*. 2004;39(5):24.
59. Côrte-Real I, Figueiral M, Campos J. As doenças orais no idoso - Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária*. 2011;52:175-80.
60. Ruwer S, Rossi A, Simon L. Equilíbrio no idoso. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia*. 2005;71(3):6.
61. Olvera J, Cuervo M, Dávila M, Pavón A, Bañuelos A, Beard C. Guía de Consulta para el Médico y Odontólogo de Primer Nivel de Atención. *Odonogeriatría*. 2010:14.
62. Melo E. Atendimento odontológico a pacientes da 3ª idade: sugestão de protocolo. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército; 2009.
63. Direcção-Geral-de-Saúde. Saúde oral das pessoas idosas. p. 6.
64. Pérez R. Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Mexico: Instituto de Geriatría; 2010. p. 14.
65. Sousa L. Cáries Radiculares - Estudo da Prevalência e da Gravidade das Cáries Radiculares Numa População Idosa Institucionalizada do Norte de Portugal. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2005.
66. Banasr F. Prosthetic Status and Needs of Saudi Geriatric Edentulous Patients in Jeddah. *Cairo Dental Journal*. 2008;24(3):537-43.
67. Mehrotra V, Devi P, Bhovi T, Jyoti B. Mouth as a mirror of systemic diseases. *Gomal Journal of Medical Sciences*. 2010;8(2):235-41.

68. Carnevale S, Bassan N, Soldano O. Detección de lesiones bucales en una población geriátrica. 2008.
69. Gonçalves L, Mello A, Zimmermann K. Validação de instrumento de avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2010;14(1):839-47.
70. Andrade A. Percepção do estado de saúde oral em idosos institucionalizados: influência do seu estado nutricional. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2013.
71. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of The World Health Organization. 2005;83(9):644-5.
72. Gonsalves W, Wrightson S, Henry R. Common Oral Conditions in Older Persons. 2008;78(7):845-52. American Academy of Family Physicians.
73. Soto B, Díaz L, Trujillo N, Blanco D, Capote R. Modificaciones del conocimiento sobre salud bucal en adultos mayores institucionalizados en el municipio de San Luis. Medisan. 2006(10).
74. Duarte C, Castro M. Geriatria: Doença periodontal e cardíaca. RGO. 2001;49(1):5.
75. Bez A. Prevalência de dor de origem bucal em idosos no Brasil, 2003. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
76. Hernández J, Moreno Ó, Valenzuela M, Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Universitá Odontogica. 2010;29(63):9.
77. Colussi C, Freitas S. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2002;18(5):8.

78. Acevedo R, Batista L, Trentin M, Shibli J. Tratamento periodontal no paciente idoso. *Passo Fundo*. 2001;6(2):6.
79. Li X, Kolltveit K, Tronstad L, Olsen I. Systemic Diseases Caused by Oral Infection. *American Society for Microbiology*. 2000;13(4):547-58.
80. Gutierrez M, Lotufo M, Costa C, Pannuti C. Autopercepção da doença periodontal em idosos. *Revista Instituto Ciências Saúde*. 2008;26(1):5.
81. Carneiro S, Souza C, Rocha G, Ramalho A, Saintrain M, Lima D. Prevalence of edentulism and the periodontal status of elderly assisted in the Course of Dentistry in the University of Fortaleza. *Brazilian Journal of Periodontology*. 2013;23(2).
82. Júnior J, Costa K, Taboza Z, Dias C, Furlaneto F, Lima V, et al. Perda dentária e controle glicêmico de idosos diabéticos do tipo 2. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2011;40(5):7.
83. Biazevic M, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter C, Correa S, Grasel C. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res*. 2004;18(1):85-91.
84. Montenegro F, Marchini L, Brunetti R, Manetta C. A importância do bom funcionamento do sistema mastigatório para o processo digestivo dos idosos. *Kairós*. 2007:13.
85. Alpizar B, Valladares M, Oca T. Próteses totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. *Revista Finlay*. 2012;2(1):12. Epub 14-05-2014.
86. Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Médica Portuguesa*. 2005;18:8.
87. Carvalho M, Rodrigues P, Chaves M. Halitose: revisão literária. *HU Revista*. 2008:7.
88. Faber J. Halitose. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 2009:2.

89. Vieira J, Massoni A, Freitas C, Marinho F, Costa C. Um olhar sobre os cuidadores de idosos de instituições geriátricas de João Pessoa, Paraíba: perfil e cuidados com a saúde bucal dos idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011;35(3):15.
90. Urrutia C, Santander I, Ormazábal F. Traducción al español y validación del cuestionario de creencias en salud bucal para cuidadores (DCBS-SP). *Revista Española de Salud Pública*. 2010;84(4):8.
91. Vecchia R, Ruiz T, Bocchi S, Corrente J. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005;8(3):7.
92. Montenegro F, Marchini L, Brunetti R. Aspectos importantes na prótese total para a 3ª idade. In: Santos E, editor. *Prótese Total Contemporânea em Reabilitação Oral*. São Paulo 2007. p. 15.
93. Ribeiro D, Pires I, Pereira M. Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2012;53(4):6.
94. Pérez C, Yáñez B, Camacho I. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(5):9.
95. Gabardo M, Moysés S, Moysés S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(6):7.
96. Ware J. SF-36® Health Survey - Instrument Review. 2014:15. Australian Health Outcomes Collaboration (AHOC).

97. Souza E, Barbosa M, Oliveira P, Espíndola J, Gonçalves K. Impact of oral health in the daily life of institutionalized and non institutionalized elder in the city of Recife. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(6):10.
98. Castellar J, Karnikowski M, Vianna L, Nóbrega O. Estudo da farmacoterapia prescrita a idosos em instituição brasileira de longa permanência. *Acta Med Port*. 2007;20:10.
99. Straand J, Rokstad K. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the More and Romsdal Prescription Study. Oxford University Press. 1999;16(4):8.
100. Samnieng P, Ueno M, Shinada K, Zaitu T, Kawaguchi Y. Daily variation of oral malodour and related factors in community-dwelling elderly Thai. *Gerodontology - The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*. 2012;29:8.
101. Junior H, Scelza M, Boaventura G, Custódio S, Moreira E, Oliveira D. Relation between oral health and nutritional condition in the elderly. *JAOS*. 2010:7.
102. Kurihara E, Neves V, Kitayama V, Endo M, Terada R, Marcondes F. Relationship between oral health and psychological factors in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals. *RGO - Revista Gaúcha Odontologia*. 2013;61(2):10.
103. Cardoso E, Parente R, Vettore M, Rebelo M. Condição de saúde bucal em idosos residentes no município de Manaus, Amazonas: estimativas por sexo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2011;14(1):10.
104. Naspolini D. Ocorrência de consulta odontológica entre idosos de município de pequeno porte. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
105. Cousson P, Bessadet M, Nicolas E, Veyrune J, Lesourd B, Lassauzay C. Nutritional status, dietary intake and oral quality of life in elderly complete denture wearers. *Gerodontology - The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*. 2012;29:8.

106. Tibério D, Campanha A, Ramos R. Dental plaque: challenge to geriatric. *Perionews*. 2009;3(4):5.
107. Tashiro K, Katoh T, Yoshinari N, Hirai K, Nobuyuki Andoh, Makii K, et al. The short-term effects of various oral care methods in dependent elderly: comparison between toothbrushing, tongue cleaning with sponge brush and wiping on oral mucous membrane by chlorhexidine. *Gerodontology - The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*. 2012;29:13.
108. Naka O, Anastassiadou V. Assessing oral health promotion determinants in active Greek elderly. *Gerodontology - The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S*. 2012;29:8.
109. Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, Strauss E, Winblad B. Dementia Is the Major Cause of Functional Dependence in the Elderly: 3-Year Follow-up Data From a Population-Based Study. *American Journal of Public Health*. 1998;88(10):5.

I. Anexos



Viseu, 16 de Dezembro de 2013

Assunto: pedido de autorização para recolha de dados visando elaboração de monografia em Medicina Dentária

Exmo. Sr. Augusto Passos:

A Medicina Dentária, componente imprescindível dos cuidados de saúde prestados à população em geral, tem assumido ao longo dos anos um crescendo na sua importância quando se aborda a qualidade de vida. Nesse âmbito e perante uma ausência deste tipo de assistência clínica, sabe-se que as patologias associadas à cavidade oral têm consequências negativas em diversas dimensões da pessoa, comprometendo as diversas capacidades fisiológicas implicadas (fonação, mastigação, respiração), ou diminuindo a autoestima, afetando a imagem de si próprio, diminuindo a motivação pessoal ou até pondo em causa um certo *status* social.

Assim sendo e visando a faixa etária da população residente no Lar Viscondessa de S. Caetano, do qual é Responsável na Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Viseu, pretende-se com esta recolha de dados e posterior análise, colmatar alguns pontos de importância relevante, entre os quais, conforme se segue.

Numa primeira instância, um dos objetivos referidos no documento do Programa Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde é:

- Promover a saúde oral entre as pessoas mais velhas e encorajá-las a manter os seus dentes naturais o maior tempo possível – algo que infelizmente não se identifica na prática.

Por outro lado, em Portugal, não obstante alguns estudos já realizados, estes referem-se a amostras limitadas e pouco representativas acerca da situação oral das pessoas idosas, presumindo-se um défice no acompanhamento clínico, necessário e personalizado, ideal nesta faixa etária.



O estudo sobre o qual reverterá o tema da Monografia proposta “Necessidade de execução de tratamentos de saúde oral em idosos institucionalizados” pretende assim, implementar um modelo de acompanhamento direcionado à população sénior, residentes de longo termo em instituições especializadas. Este modelo, “*Geriatric Oral Project*”, delineará a elaboração dos protocolos necessários e adequados a este escalão etário, para a saúde oral, caracterizando-se por ser pioneiro em Portugal, mas já com experiência de aplicação no estrangeiro, que confirma o seu valor enquanto ferramenta de diagnóstico e de exercício profissional.

Para que este percurso possa ser encetado, seria necessária, a prestimosa colaboração das diversas entidades associadas ao Lar Viscondessa de S. Caetano, desde os seus residentes, passando pelos auxiliares nos cuidados e pela equipa técnica, não dispensando no entanto, o seu conhecimento e autorização.

A Monografia será orientada pela Professora Doutora Cláudia Ribeiro e coorientada pelo Mestre Nélio Veiga, ambos docentes na cadeira de Gerodontologia, do curso de Medicina Dentária, da Universidade Católica Portuguesa (Polo das Beiras).

Aguardando o melhor acolhimento que se espera dar a este pedido, envio os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

Aluno finalista do curso de Medicina Dentária



CONSENTIMENTO INFORMADO

“O envelhecimento populacional é um dos fenómenos mais importantes da actualidade. Assim torna-se fundamental estudar as imagens sociais da velhice e do processo de envelhecimento, uma vez que influenciam o bem-estar”...

Eu, abaixo-assinado _____ .

Fui informado, pelo investigador responsável e/ou clínico responsável, de que o estudo de investigação acima mencionado se destina apenas a aferir o Conhecimento e Necessidade de Conhecimento da Saúde Oral dos idosos institucionalizados.

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

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

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

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

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

Nome do participante no estudo.

Assinatura _____ Data [_____/_____/_____].

Nome do médico ou investigador responsável

Assinatura _____ Data [_____/_____/_____].



IDADE: _____ ANOS GÉNERO: _____ NACIONALIDADE: _____

TEMPO NA INSTITUIÇÃO: _____ ANOS

EXPERIÊNCIA COM IDOSOS: _____ ANOS

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO	CASADO	VIUVO	UNIÃO DE FACTO	DIVORCIADO

FORMAÇÃO

AUXILIAR	TÉCNICO	ENFERMEIRO	MÉDICO	SEM FORMAÇÃO

QUANDO FOI A SUA ÚLTIMA CONSULTA AO MÉDICO DENTISTA?

- MENOS DE 1 ANO
- 1-3 ANOS
- MAIS DE 3 ANOS
- NÃO SABE/NÃO RESPONDE

QUAL O MOTIVO DA CONSULTA?

- ROTINA
- DOR
- PRÓTESE
- OUTRO
- NÃO SABE/NÃO RESPONDE

CONSIDERA QUE A INSTITUIÇÃO ONDE TRABALHA PROMOVE A HIGIENE ORAL?

- SIM
- NÃO
- NÃO RESPONDE



CONSIDERA QUE OS IDOSOS TÊM A BOCA HIGIENIZADA?

- SIM
- NÃO
- NÃO RESPONDE

COMO É HIGIENIZADA A BOCA?

- ESCOVA
- ESCOVA + PASTA DENTIFRICA
- GAZE
- COLUTÓRIO/BOCHECHO ORAL
- NÃO HIGIENIZA

QUANTAS VEZES A BOCA É HIGIENIZADA?

- UMA VEZ AO DIA
- DUAS VEZES AO DIA
- TRÊS VEZES AO DIA
- NENHUMA VEZ

É REALIZADA A HIGIENE DAS PROTESES DENTÁRIAS?

- SIM
- NÃO
- NÃO RESPONDE

QUANDO É FEITA A HIGIENE DAS PRÓTESES DENTÁRIAS?

- NO BANHO
- NO BANHO E APÓS O ALMOÇO
- NO BANHO E APÓS O JANTAR
- NO BANHO, APÓS O ALMOÇO E APÓS O JANTAR
- APÓS O JANTAR
- NÃO HIGIENIZA

COMO É FEITA A HIGIENE DAS PRÓTESES DENTÁRIA?

- ESCOVA
- ESCOVA + PASTA DENTIFRICA
- ESCOVA + SABÃO
- NÃO HIGIENIZA



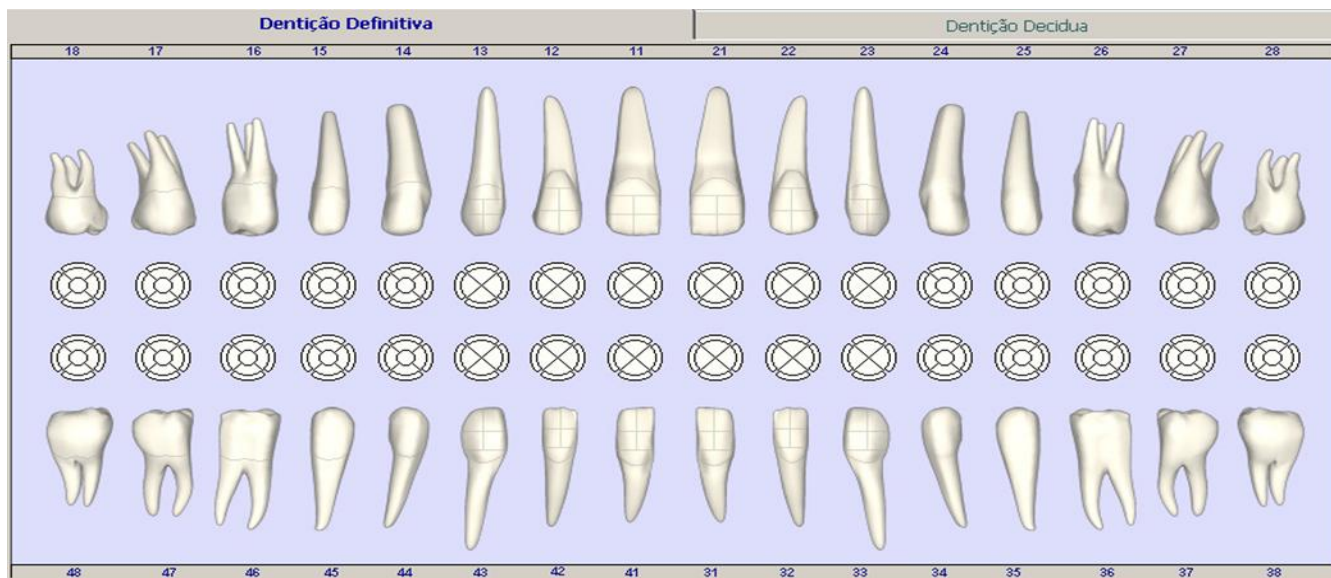
AS PROTESES DENTARIAS SÃO REMOVIDAS DURANTE O SONO?

- SIM
- NÃO
- NÃO SABE

ONDE SÃO COLOCADAS DEPOIS DE REMOVIDAS DA BOCA?

- COPO COM ÁGUA
- COPO COM ÁGUA + HIPOCLORITO
- CAIXINHA INDIVIUAL

ODONTOGRAMA



CÓDIGO	CONDIÇÃO
A	HÍGIDO
B	CARIADO
C	REST. C/CARIE
D	REST. S/CARIE
E	AUSENTE P/CARIE
-	AUSENTE (OUTRO)
F	SELANTE
G	PRÓTESE OU IMPLANTE
-	NÃO ERUPCIONADO
T	TRAUMATISMO
-	NÃO REGISTADO

ÍNDICE CPO C _____ P _____ O _____ = _____

**THE ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL**

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

CATEGORIA	0 = SAUDÁVEL	1 = PRESENÇA DE ALTERAÇÕES*	2 = NÃO SAUDÁVEL*	PONTUAÇÃO POR CATEGORIA
1) Lábios	<input type="checkbox"/> Lisos, rosados, húmidos	<input type="checkbox"/> Rachados <input type="checkbox"/> Avermelhados nas comissuras (cantos) <input type="checkbox"/> Secos	<input type="checkbox"/> Inchaço ou caroço/saliência local <input type="checkbox"/> <u>Mancha branca ou avermelhada</u> <input type="checkbox"/> <u>Úlcera</u> <input type="checkbox"/> <u>Sangramento</u> <input type="checkbox"/> Inflamação nas comissuras (cantos dos lábios)	
2) Língua	<input type="checkbox"/> Normal, Húmida, rugosa, rosada	<input type="checkbox"/> Presença de fissuras <input type="checkbox"/> Recoberta por saburro (placa branca) <input type="checkbox"/> Avermelhada <input type="checkbox"/> Manchada	<input type="checkbox"/> <u>Ulcerada</u> <input type="checkbox"/> <u>Inchada</u> <input type="checkbox"/> <u>Mancha avermelhada e/ou Branca</u>	
3) Gengivas e tecidos	<input type="checkbox"/> Rosados, húmidos, macios, sem sangramento	<input type="checkbox"/> Avermelhados <input type="checkbox"/> Secos <input type="checkbox"/> Inchados <input type="checkbox"/> Brilhantes <input type="checkbox"/> Ásperos/rugosos <input type="checkbox"/> Mancha ou úlcera por baixo das próteses	<input type="checkbox"/> <u>Manchas brancas ou avermelhadas</u> <input type="checkbox"/> <u>Vermelhidão generalizada</u> <input type="checkbox"/> <u>Gengivas inchadas</u> <input type="checkbox"/> <u>Sangramento</u> <input type="checkbox"/> <u>Úlceras</u>	
4) Saliva	<input type="checkbox"/> Tecidos húmidos, salivagem aquosa, fluxo livre, desimpedido sem obstrução	<input type="checkbox"/> Tecidos secos e pegajosos <input type="checkbox"/> Presença de pouca saliva	<input type="checkbox"/> Tecidos ressecados e avermelhados <input type="checkbox"/> Pouquíssima ou nenhuma saliva <input type="checkbox"/> Saliva muito espessa	
5) Dentes naturais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Todos os dentes íntegros	<input type="checkbox"/> <u>1 a 3 raízes ou dentes com cáries ou fracturados</u> <input type="checkbox"/> Ou dentes muito desgastados	<input type="checkbox"/> 4 ou mais raízes ou dentes com cáries ou fracturados <input type="checkbox"/> Ou presença de menos de 4 dentes <input type="checkbox"/> Ou ainda dentes muito desgastados	
6) Próteses <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Nenhuma área ou Dente fracturada. <input type="checkbox"/> Próteses utilizadas em ambas as arcadas continuamente durante o dia	<input type="checkbox"/> 1 área ou 1 dente fracturado <input type="checkbox"/> Próteses utilizadas apenas 1 a 2 h por dia <input type="checkbox"/> Próteses soltas/desadaptadas <input type="checkbox"/> Usa somente uma das próteses (superior ou inferior)	<input type="checkbox"/> Mais de 1 área ou mais de 1 dente fracturado <input type="checkbox"/> <u>Falta de prótese ou prótese não utilizada</u> <input type="checkbox"/> Precisa de adesivo para Prótese;	



7) Higiene oral	<input type="checkbox"/> Boca limpa; Sem resíduos de alimento; <input type="checkbox"/> Sem tártaro em boca ou nas prótese	<input type="checkbox"/> Resíduos de alimento tártaro ou placa bacteriana em 1 a 2 áreas da boca ou em pequena área da prótese <input type="checkbox"/> Mau hálito (halitose)	<input type="checkbox"/> Restos de alimento ou tártaro ou placa bacteriana na maioria das áreas da boca, ou na maior parte das próteses <input type="checkbox"/> Mau hálito severo (halitose)	
8) Dor de dente	<input type="checkbox"/> Sem sinais comportamentais, verbais ou físicos de dor de dente	<input type="checkbox"/> Sinais verbais ou comportamentais de dor de dente como caretas, mordidas nos lábios, falta de apetite, agressividade	<input type="checkbox"/> Sinais físicos como: <u>inchaco</u> facial, abscessos nas gengivas, dentes fracturados, grandes ulcerações, e sinais verbais ou comportamentais <u>como caretas, mordidas nos lábios, falta de apetite, agressividade</u>	
Por _____ Data: ___/___/___			Total da pontuação	

Pontuação: a pontuação final resulta da soma dos pontos das oito categorias e varia entre zero (muito saudável) e 16 (muito doente). Uma vez que os pontos cumulativos são importantes para a avaliação da saúde oral, a pontuação de cada item precisa ser considerada individualmente. Os sintomas sublinhados requerem a tenção imediata. *Se qualquer categoria tiver uma pontuação de 1 ou 2, providencie para que o paciente seja examinado por um Médico Dentista e/ou Estomatologista. * A presença de qualquer um dos aspectos mencionados nas categorias determina os scores indicados.

- Encaminhe o paciente para ser examinado por um Médico Dentista**
- O paciente ou a família/responsáveis recusam o tratamento dentário**

OUTROS



CONSENTIMENTO INFORMADO

“O envelhecimento populacional é um dos fenómenos mais importantes da actualidade. Assim torna-se fundamental estudar as imagens sociais da velhice e do processo de envelhecimento, uma vez que influenciam o bem-estar”...

Eu, abaixo-assinado _____ .

Fui informado, pelo investigador responsável e/ou clínico responsável, de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a avaliar quais os impactos do meu estado de saúde na minha Qualidade de Vida. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos da minha vida: pessoal, saúde física, sistémica, oral e vida emocional, relação com amigos e familiares e do meu meio-ambiente.

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

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

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

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

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

Nome do participante no estudo.

Assinatura _____ Data [_____/_____/_____].

Nome do médico ou investigador responsável

Assinatura _____ Data [_____/_____/_____].



IDADE: _____ GÉNERO: _____ NACIONALIDADE: _____

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO	CASADO	VIUVO	UNIÃO DE FACTO	DIVORCIADO

RENDIMENTOS MENSAIS

- < 200 €
- 201 – 400 €
- 401 – 600 €
- 601- 800 €
- 801-1000 €
- NÃO SABE/NÃO RESPONDE €

MEDICAÇÃO ACTUAL

- ANTIALÉRGICOS
- ANTIÁCIDOS
- DIURÉTICOS
- LAXANTES
- CALMANTES
- ANTIDEPRESSIVOS
- ANTIHIPERTENSORES
- OUTROS _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- ESTOMATITE
- AMIGDALITE
- FARINGITE
- SINUSITE
- PATOLOGIA DAS ADENOÍDES
- ALTERAÇÕES INTESTINAIS
- ALTERAÇÕES HEPÁTICAS
- ALTERAÇÕES PULMUNARES
- ALTERAÇÕES RENAIAS
- ALTERAÇÕES GÁSTRICAS
- DIABETES
- NEOPLASIA
- DISTÚRBIOS NEURO-PSIQUICOS
- DOENÇAS AUTO-IMUNES
- OUTROS _____



É FUMADOR?

- SIM
- NÃO

Nº DE CIGARROS POR DIA _____

TEM DIFICULDADE EM MASTIGAR ALIMENTOS DE CONSISTÊNCIA MAIS DURA?

- SIM
- NÃO

TEM DIFICULDADE EM MASTIGAR ALIMENTOS DE CONSISTÊNCIA MAIS MOLE?

- SIM
- NÃO

SENTE, POR VEZES DIFICULDADES EM ENGOLIR

- SIM
- NÃO

QUANDO FOI A SUA ÚLTIMA CONSULTA AO MÉDICO DENTISTA?

- > 1 ano
- 1-3 anos
- > 3 anos
- Não Sabe/Não Responde

QUAL O MOTIVO DA CONSULTA?

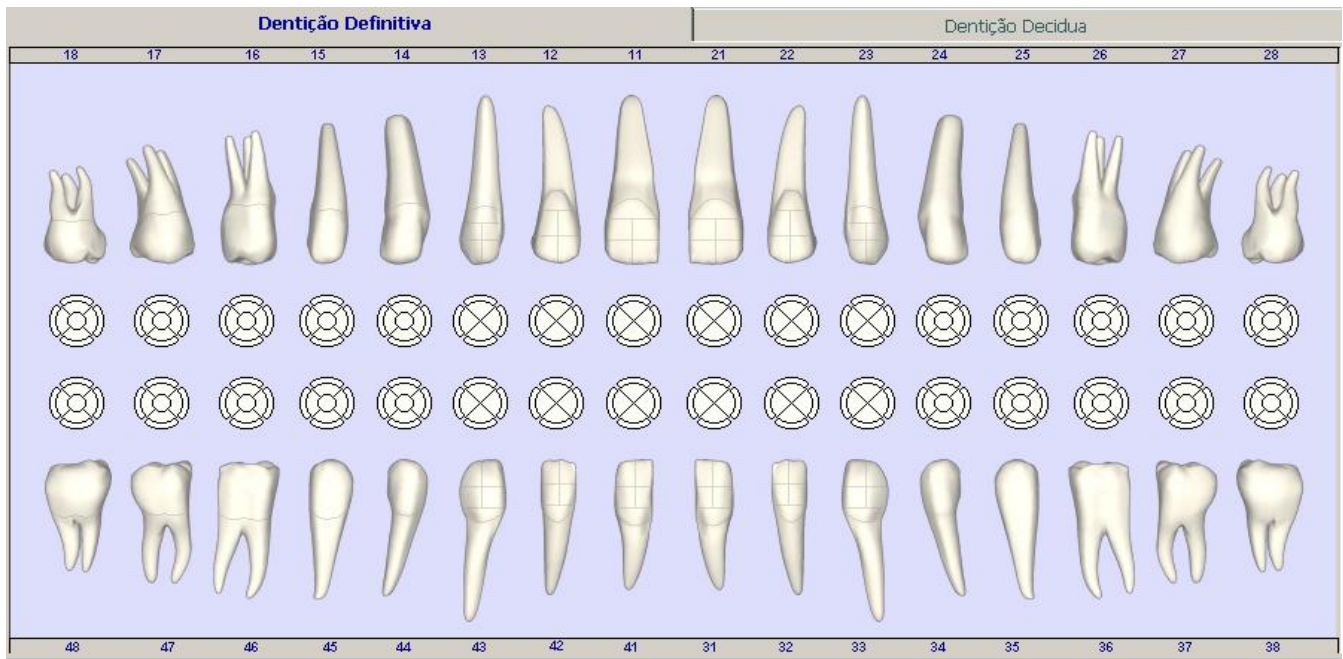
- Rotina
- Dor
- Prótese
- Outro
- Não Sabe/Não Responde

CONSIDERA QUE A INSTITUIÇÃO QUE O ACOLHE PROMOVE A HIGIENE ORAL?

- SIM
- NÃO
- NÃO RESPONDE



ODONTOGRAMA



CÓDIGO	CONDIÇÃO
A	HÍGIDO
B	CARIADO
C	REST. C/CARIE
D	REST. S/CARIE
E	AUSENTE P/CARIE
-	AUSENTE (OUTRO)
F	SELANTE
G	PRÓTESE OU IMPLANTE
-	NÃO ERUPCIONADO
T	TRAUMATISMO
-	NÃO REGISTADO

TOTAL = _____

ÍNDICE CPO C _____ P _____ O _____



PRESENÇA DE PRÓTESE REMOVÍVEL?

- ESQUELÉTICA SUPERIOR
- ESQUELÉTICA INFERIOR
- ACRÍLICA SUPERIOR
- ACRÍLICA INFERIOR
- TOTAL INFERIOR
- TOTAL SUPERIOR

TEMPO DE UTILIZAÇÃO _____

APRESENTA DOENÇA PERIODONTAL

GENGIVITE	PERIODONTITE	RECESSÃO GENGIVAL

NÍVEIS DE HALITOSE

1- AUSÊNCIA DE ODOR	2- ODOR NATURAL	3- HALITOSE MODERADA	4- HALITOSE EXACERBADA

MEIOS USADOS PARA HIGIENE ORAL

- ESCOVA
- PASTA DENTÍFRICA
- FIO DENTÁRIO
- ESCOVILHÃO
- RASPADOR LINGUAL

COM QUE FREQUÊNCIA ESCOVA OS DENTES POR DIA?

- 0
- 1
- 2
- > 2

TEM SENSAÇÃO DE BOCA SECA ?

- SIM
- NÃO



ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-14)

Com as perguntas deste questionário pretende-se saber até que ponto as dificuldades com os seus dentes, boca ou prótese dentária causaram problemas na sua vida diária. Agradecemos que preenchesse o questionário mesmo que tenha uma boa saúde oral. Gostaríamos de saber com que frequência, no último mês, teve cada um dos problemas que a seguir lhe apresentamos.

Cada pergunta refere-se a um problema dentário específico. Pense numa pergunta de cada vez e faça uma cruz na opção de resposta que indica com que frequência teve esse problema no último mês.

	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
1. Teve dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentiu que o seu paladar piorou por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Teve dores na sua boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentiu desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentiu-se tenso por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Já deixou de comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Teve de interromper refeições por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentiu dificuldade em relaxar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tem-se sentido um pouco envergonhado por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Teve dificuldade em realizar as suas actividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sentiu-se menos satisfeito com a vida em geral por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tem sido totalmente incapaz de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mini Nutritional Assessment
MNA[®]Nestlé
Nutrition Institute

Apelido: _____ Nome: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Peso, kg: _____ Altura, cm: _____ Data: _____

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
 Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
 1 = diminuição moderada da ingestão
 2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
 1 = não sabe informar
 2 = entre um e três quilos
 3 = sem perda de peso

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
 2 = normal

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
 1 = demência ligeira
 2 = sem problemas psicológicos

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])

- 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; **56A**: M366-377.
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
 1 = duas refeições
 2 = três refeições

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim não
 - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim não
 - carne, peixe ou aves todos os dias? sim não
- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
 0.5 = duas respostas «sim»
 1.0 = três respostas «sim»

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos
 0.5 = três a cinco copos
 1.0 = mais de cinco copos

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
 1 = não sabe dizer
 2 = acredita não ter um problema nutricional

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
 0.5 = não sabe
 1.0 = igual
 2.0 = melhor

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
 1.0 = PB > 22

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
 1 = PP ≥ 31

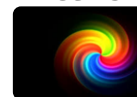
Avaliação global (máximo 16 pontos)

Pontuação da triagem

Pontuação total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

- de 24 a 30 pontos estado nutricional normal
 de 17 a 23,5 pontos sob risco de desnutrição
 menos de 17 pontos desnutrido



ÍNDICE DE BARTHEL	Actividades de Vida Diária	__/__/__
Alimentar	Incapaz (0)	
	Com ajuda (5)	
	Independente (10)	
Cuidado Pessoal	Com ajuda (0)	
	Independente (5)	
Urinar	Incontinente/Algaliado (0)	
	Problemas Ocasional (5)	
	Continente (10)	
Evacuar	Incontinente (0)	
	Acidente Ocasional (5)	
	Sem Problemas (10)	
Deslocação (>30 m) Deambulação	Incapaz (0)	
	Grande ajuda (5)	
	Pequena ajuda (10)	
	Independente (15)	
Mobilidade (Transferência cama – cadeira)	Imobilizado (0)	
	Independente cadeira de rodas (5)	
	Anda com ajuda (10)	
	Independente (15)	
Ir ao W.C.	Dependente (0)	
	Com ajuda (5)	
	Independente (10)	
Vestir	Dependente (0)	
	Com ajuda (5)	
	Independente (10)	
Tomar banho	Dependente (0)	
	Sem ajuda (5)	
Subir/Descer escadas	Incapaz (0)	
	Com ajuda (5)	
	Independente (10)	
Total/ Rubrica		

Menor 20=Total ; 20-35= Grave ; 40-55= Moderado ; ≥ 60 = Leve ; 100= Independente (90, se cadeira de rodas)



INFORMAÇÃO INDIVIDUAL DO IDOSO

Avaliação Nutricional e Oral				
Nome				
MNA[®]				
IMC				
Necessidade de tratamento dentário?	Sim		Não	
Quais?				

OUTROS

A Sua Saúde e Bem-Estar

As perguntas que se seguem pedem-lhe sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como se sente, e como é capaz de desempenhar as actividades habituais. *Obrigado por responder a este questionário!*

Para cada uma das seguintes perguntas, por favor marque uma na caixa que melhor descreve sua resposta.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparando com há um ano atrás, como classificaria o seu estado geral de saúde actual?

Muito melhor agora que há um ano atrás	Um pouco melhor que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior que há um ano atrás	Muito pior que há um ano atrás
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que pode executar no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde actual o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
▼	▼	▼

- a Actividades vigorosas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos árduos 1 2 3
- b Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa , aspirar a casa, andar de bicicleta, ou nadar 1 2 3
- c Levantar ou carregar as compras de mercearia 1 2 3
- d Subir vários lanços de escada 1 2 3
- e Subir um lanço de escadas 1 2 3
- f Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se 1 2 3
- g Andar mais de 1 km 1 2 3
- h Andar algumas centenas de metros 1 2 3
- i Andar cem metros 1 2 3
- j Tomar banho ou vestir-se sozinho/a 1 2 3

4. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼

- a Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades 1 2 3 4 5
- b Realizou menos do que queria..... 1 2 3 4 5
- c Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades 1 2 3 4 5
- d Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço) 1 2 3 4 5

5. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve algum dos problemas apresentados a seguir com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼

- a Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades 1 2 3 4 5
- b Realizou menos do que queria..... 1 2 3 4 5
- c Realizou o trabalho ou outras actividades de forma menos cuidada que o habitual 1 2 3 4 5

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a sua família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Durante as últimas 4 semanas, quanta dor no corpo teve?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas durante as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, durante as últimas 4 semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca	
	▼	▼	▼	▼	▼	
a	Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	Se sentiu muito nervoso/a?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e	Teve muita energia?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f	Sentiu-se triste e deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g	Se sentiu estafado/a?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h	Se sentiu feliz?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i	Se sentiu cansado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, diga em que medida são VERDADEIRAS ou FALSAS cada uma das seguintes afirmações para si.

Absoluta- mente verdade	Bastante verdade	Não sei	Bastante falso	Absoluta- mente falso
▼	▼	▼	▼	▼

- a Parece que adoço mais facilmente do que os outros 1 2 3 4 5
- b Sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa 1 2 3 4 5
- c Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar..... 1 2 3 4 5
- d A minha saúde é excelente 1 2 3 4 5

12. Durante a última semana ...

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Senti a boca seca.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Incharam-me as pernas e/ou os pés	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Senti-me limitado para realizar as minhas actividades					
de vida diária	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Senti dores de cabeça	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Senti dores no peito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. Senti dores no estômago	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. Senti dificuldades em respirar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. Senti falta de força muscular	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j. Senti perda de apetite	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l. Senti dificuldade em dormir.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m. Senti dificuldade em pensar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
n. Pensei com prazer no que pode acontecer					
no futuro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
o. Senti que a minha vida vale a pena ser					
vívuda	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
p. Senti-me satisfeito com a minha vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
q. Tive a cabeça cheia de preocupações...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
r. Senti dificuldade em pensar em aceitar					
a minha aparência	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

