



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE GERIÁTRICO DA CLÍNICA
UNIVERSITÁRIA DO INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
André Vieira dos Santos Gil
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Junho de 2014



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE GERIÁTRICO DA CLÍNICA
UNIVERSITÁRIA DO INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
André Vieira dos Santos Gil
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Doutor Pedro Miguel Antunes Oliveira

Junho de 2014

Dedicatória

Por todo o apoio, carinho, motivação e compreensão ao longo destes cinco anos, por acreditarem sempre em mim e por me terem dado a oportunidade de seguir em frente com a carreira que sempre sonhei, mesmo tendo em conta todas as dificuldades, este trabalho é dedicado a vocês, Pai, Mãe, Irmãos, Avós, Tios e Primos.

Para ti Alexandra, por muitas das vezes teres sido o meu porto de abrigo sem nunca teres pedido nada em troca, por tudo o que passaste à minha conta e porque estás sempre ao meu lado, um sincero obrigado do fundo do meu coração, com a tua ajuda tudo foi mais fácil.

Agradecimentos

Dirijo os meus agradecimentos a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, tornaram possível a realização deste trabalho, nomeadamente:

Ao Prof. Doutor Pedro Oliveira, meu orientador, por toda a disponibilidade e iniciativa demonstrada ao longo do tempo, por ter sido alguém sempre presente e por me ter ajudado muito ao longo deste trabalho.

Ao Prof. Doutor Pedro Proença, pelo auxílio e orientação na parte da análise estatística dos dados.

Aos meus grandes amigos, Nelson Parreira, por teres sido como um pai para mim, Tiago Esteves, por teres sido mais que um amigo e mais que um colega de box e Ricardo Cachinho, por seres a pessoa que és, estes cinco anos de curso não teriam sido os mesmos sem vocês, por fazerem parte da vida e por sempre me acompanharem e apoiarem.

A todos os meus colegas de curso, especialmente aqueles que sempre estiveram presentes e aqueles que sempre me apoiaram, obrigado pela vossa amizade.

À minha família e namorada, por todo o amor e carinho.

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional é cada vez mais um fenómeno que não pode passar despercebido, as pessoas vivem mais tempo e por consequência necessitam de mais cuidados de saúde. Os doentes geriátricos apresentam-se como um grupo com características particulares em relação aos restantes, não só a nível sistémico como a nível oral.

Objetivos: Determinar quais as características prevalentes nos doentes geriátricos que se apresentam na Clínica Universitária Egas Moniz.

Materiais e Métodos: Foram selecionados de forma aleatória 100 doentes com mais de 65 anos e recolhidas todas as informações derivadas da história clínica e posteriormente procedeu-se à análise estatística dos dados recolhidos, sendo o nível de significância (α) $\leq 0,05$.

Resultados e conclusões: As características prevalentes do doente geriátrico da clínica Universitária Egas Moniz foram sexo masculino, idade superior a 70 anos, casado, sem participação do estado, motivo da consulta associado aos dentes, sem antecedentes familiares, não fumador, não consumidor de álcool, não tendo realizado tratamentos com radioterapia, com múltiplas patologias sistémicas, com especial destaque para a hipertensão arterial, sem alergias a medicamentos, medicado frequentemente com medicamentos do grupo do aparelho cardiovascular, escova duas vezes os dentes por dia, não usa colutório, apresenta mais restaurações a compósito e classes V. É desdentado parcial e quando portador de prótese é acrílica com mais de 15 anos. Tem mais dentes presentes que ausentes, sendo os mais ausente os sisos superiores e inferiores. Os mais cariados são os molares e sisos superiores, o dente mais frequentemente hígido é o canino inferior. Apresenta uma configuração mesofacil sem assimetrias e alterações da ATM, mas com a dimensão vertical diminuída. Apresenta mobilidade dentária e gengivite, doença periodontal severa e generalizada, com alterações dos tecidos duros e sem alterações dos tecidos moles. Necessita mais frequentemente de tratamentos nas aéreas de MDPC, Dentisteria, Cirurgia e Reabilitação Oral.

Palavras-chave: Idoso, doente geriátrico, características prevalentes, envelhecimento

Abstract

Introduction: The aging population is increasingly a phenomenon that cannot go unnoticed, people live longer and therefore require more health care. Geriatric patients present themselves as a group with particular characteristics in compared to other groups, not only at the systemic level as oral level.

Objectives: To determine which characteristics prevalent in geriatric patients presenting at University Clinic Egas Moniz.

Materials and Methods: We randomly selected 100 patients over 65 years and collected all information derived from the clinical history and then proceeded to the statistical analysis of collected data, and the significance level ($\alpha \leq 0.05$).

Results and conclusions: The prevalent characteristics of the geriatric patient's clinical ISCSEM were male, over 70 years old, married, with no reimbursement from the state, reason for consultation associated with the teeth, no family history, non smoker, non drinker, no having performed treatments with radiotherapy, with multiple systemic diseases, with special reference to blood pressure and no drug allergies, medications often prescribed with the cardiovascular group, brush your teeth twice a day, do not use mouthwash, presents more restorations composite classes and V. It is toothless and when use partial denture is acrylic with more than 15 years. Has more teeth missing than present, with the most missing upper and lower wisdom teeth. Most are decayed molar and wisdom teeth, most often healthy tooth was the mandibular canine. Presents a mesiofacil setup asymmetries and changes of TMJ, but with decreased vertical dimension. Displays tooth mobility and gingivitis, and severe generalized periodontal disease, with changes of hard tissues and soft tissues without changes. Need more often treatments in air MDPC, Dentistry, Oral Surgery and Rehabilitation.

Keywords: elderly, geriatric patient, prevalent characteristics, aging

Índice

I. Introdução.....	15
1. Enquadramento Teórico.....	16
1.1 Envelhecimento Populacional.....	16
1.2 Características Fisiológicas e Principais Condições Patológicas.....	18
1.3 Condições Oraís mais Frequentes.....	20
1.3.1 Ausência de Dentes.....	20
1.3.2 Cárie Dentária.....	21
1.3.3 Doença Periodontal.....	22
1.3.4 Xerostomia.....	24
1.3.5 Lesões Mucosa.....	24
1.3.6 Alterações da ATM.....	25
II. Objetivos do Estudo.....	26
III. Materiais e Métodos.....	27
1. Tipo de Estudo.....	27
2. Local do Estudo.....	27
3. Amostra.....	27
3.1 Seleção da Amostra.....	27
3.2 Critérios de Inclusão.....	28
3.3 Critérios de Exclusão.....	28
4. Análise estatística.....	28
IV. Resultados.....	29
1. Dados biográficos.....	29
1.1 Género.....	29
1.2 Idade.....	29
1.3 Estado Civil.....	30
1.4 Participação do Estado.....	30
2. Motivo da consulta.....	31

3. Antecedentes Familiares	32
4. Antecedentes Pessoais	33
4.1 Hábitos Tabágicos e Alcoólicos	33
4.2 Tratamento Médico	33
4.3 Internamento no Último Ano	34
4.4 Tratamento com Radioterapia	34
4.5 Patologias sistémicas.....	35
4.6 Alergias Medicamentosas	37
4.7 Farmacoterapia	38
4.8 Higiene Oral Pessoal	40
5. Dados Clínicos Relevantes	41
5.1 Dentes Presentes e Ausentes	41
5.2 Restaurações Dentárias	44
5.3 Prótese Dentária	45
5.4 Morfologia Facial	46
5.5 Articulação Temporomandibular	48
5.6 Estado Periodontal.....	48
5.7 Alterações dos Tecidos Moles e das Estruturas Dentárias	50
5.8 Índice CPO	51
5.9 Especialidades Solicitadas.....	52
6. Associação entre Variáveis	53
6.1 Faixa etária e o Uso de Prótese	53
6.2 Faixa Etária e a Dimensão Vertical.....	54
6.3 Faixa Etária e Dentes Ausentes	54
6.4 Faixa Etária e Dentes Cariados	55
6.5 Dimensão Vertical e Número de Dentes Perdidos	55
6.6 Radioterapia e Número de Dentes Cariados	56

6.7 Radioterapia e Número de Dentes Ausentes	56
6.8 Radioterapia e Número de Dentes Indicados para Extração	56
6.9 Hábitos Tabágicos e Número de Dentes Ausentes.....	57
6.10 Hábitos Tabágicos e Número de Dentes Indicados para Extração.....	57
6.11 Hábitos Tabágicos e Alterações Tecidos Moles	57
6.12 Hábitos Alcoólicos e Alterações Tecidos Moles.....	59
6.13 Uso de Prótese e Alterações Tecidos Moles	60
6.14 Número de Escovagens e Alteração dos Tecidos Moles.....	61
6.15 Diabetes e Dentes Ausentes	62
6.16 Diabetes e Dentes Indicados para Extração	62
6.17 Doença Periodontal e Dentes Ausentes.....	63
6.18 Doença Periodontal e Dentes Indicados para Extração.....	63
6.19 Doença Periodontal e Mobilidade Dentária	64
6.20 Número de Escovagens e Dentes Cariados	65
6.21 Uso Colutório e Dentes Cariados	65
V. Discussão	66
VI. Conclusões	74
VII. Bibliografia	76
VIII. Anexos	77

Índice de Tabelas

Tabela 1: Distribuição da Amostra por Idade.....	29
Tabela 2: Antecedentes Pessoais Mencionados.....	32
Tabela 3: Patologias Sistêmicas Mencionadas	36
Tabela 4: Alergias Medicamentosas Mencionadas	37
Tabela 5: Distribuição da Amostra por Número de Fármacos	38
Tabela 6: Distribuição dos Fármacos segundo a Classificação INFARMED.....	39
Tabela 7: Distribuição do Número de Dentes Ausentes e Presentes.....	41
Tabela 8: Distribuição do Número de Dentes Ausentes e Presentes na Maxila.....	41
Tabela 9: Distribuição do Número de Dentes Ausentes e Presentes na Mandíbula.....	42
Tabela 10: Distribuição do Número de Dentes Cariados, Restaurados, Indicados para extração e Raízes Retidas na Maxila e Mandíbula.....	43
Tabela 11: Número de Restaurações a Compósito e Amálgama.....	44
Tabela 12: Distribuição das Lesões de Cárie segundo a Classificação de Black	44
Tabela 13: Tempo de Uso de Prótese	46
Tabela 14: Alterações dos Tecidos Moles Mencionadas.....	51
Tabela 15: Índice CPO da Amostra.....	51
Tabela 16: Associação entre Faixa Etária e Uso de Prótese.....	53
Tabela 17: Associação entre Faixa Etária e Dimensão Vertical.....	54
Tabela 18: Associação entre Faixa Etária e Dentes Ausentes	54
Tabela 19: Associação entre Faixa Etária e Dentes Cariados	55
Tabela 20: Associação entre Dimensão Vertical e Número de Dentes Perdidos	55
Tabela 21: Associação entre Radioterapia e Número de Dentes Cariados.....	56
Tabela 22: Associação entre Radioterapia e Número de Dentes Ausentes	56
Tabela 23: Associação entre Radioterapia e Número de Dentes Indicados para Extração	56
Tabela 24: Associação entre Hábitos Tabágicos e Número de Dentes Ausentes.....	57
Tabela 25: Associação entre Hábitos Tabágicos e Número de Dentes Indicados para extração.....	57
Tabela 26: Associação entre Hábitos Tabágicos e Alterações Tecidos Moles.....	58
Tabela 27: Hábitos Tabágicos e Alterações Tecidos Moles - Teste Qui-quadrado	58
Tabela 28: Associação entre Hábitos Alcoólicos e Alterações Tecidos Moles.....	59
Tabela 29: Hábitos Alcoólicos e Alterações Tecidos Moles - Teste Qui-quadrado.....	60

Tabela 30: Associação entre Uso de Prótese e Alterações Tecidos Moles	60
Tabela 31: Uso de Prótese e Alterações Tecidos Moles - Teste Qui-quadrado	61
Tabela 32: Associação entre Número de Escovagens e Alteração dos Tecidos Moles..	61
Tabela 33: Associação entre Diabetes e Número Dentes Ausentes	62
Tabela 34: Associação entre Diabetes e Número de Dentes Indicados para Extração...	62
Tabela 35: Associação entre Doença Periodontal e Número Dentes Ausentes.....	63
Tabela 36: Associação entre Doença Periodontal e Número Dentes Indicados para Extração	63
Tabela 37: Associação entre Doença Periodontal e Mobilidade Dentária	64
Tabela 38: Associação entre Doença Periodontal e Mobilidade Dentária - Teste Qui-quadrado	64
Tabela 39: Associação entre Número de Escovagens e Número Dentes Cariados	65
Tabela 40: Associação entre Uso Colutório e Número Dentes Cariados	65

Índice de Ilustrações

Ilustração 1: Distribuição da Amostra por Género	29
Ilustração 2: Distribuição da Amostra por Estado Civil.....	30
Ilustração 3: Distribuição da Amostra por Comparticipação do Estado	30
Ilustração 4: Distribuição da Amostra por Motivo de Consulta.....	31
Ilustração 5: Distribuição da Amostra por Antecedentes Pessoais.....	32
Ilustração 6: Distribuição da Amostra por Hábitos Tabágicos e Alcoólicos.....	33
Ilustração 7: Distribuição da Amostra por Tratamento Médico	33
Ilustração 8: Distribuição da Amostra por Internamento no Último Ano	34
Ilustração 9: Distribuição da Amostra por Tratamento com Radioterapia	34
Ilustração 10: Distribuição da Amostra por Patologias Sistémicas	35
Ilustração 11: Distribuição da Amostra por Alergias Medicamentosas	37
Ilustração 12: Distribuição da Amostra pelo Número de Escovagens	40
Ilustração 13: Distribuição da Amostra pelo Uso de Escovilhão e Colutório	40
Ilustração 14: Distribuição da Amostra por Tipo de Desdentado	45
Ilustração 15: Distribuição da Amostra por Uso de Prótese.....	45
Ilustração 16: Distribuição da Amostra por Tipo de Prótese.....	46
Ilustração 17: Distribuição da Amostra por Configuração Crânio Facial	47
Ilustração 18: Distribuição da Amostra por Assimetrias Faciais	47
Ilustração 19: Distribuição da Amostra por Dimensão Vertical.....	47
Ilustração 20: Distribuição da Amostra por Alterações na Articulação Temperomandibular.....	48
Ilustração 21: Distribuição da Amostra por Presença de Gengivite e Mobilidade Dentária	48
Ilustração 22: Severidade da Doença Periodontal	49
Ilustração 23: Localização da Doença Periodontal.....	49
Ilustração 24: Distribuição da Amostra por Alterações dos Tecidos Moles e das Estruturas Dentárias.....	50
Ilustração 25: Alterações das Estruturas Dentárias Mencionadas	50
Ilustração 26: Distribuição da Amostra pelas Especialidades em Medicina Dentária ...	52

Lista de Abreviaturas

ADSE – Direção Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

ATM – Articulação Temporomandibular

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Dp – Desvio-padrão

FDI – World Dental Federation

HTA – Hipertensão Arterial

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

M – Média

MDPC – Medicina Dentária Preventiva e Comunitária

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PORDATA – Base Dados Portugal

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

Glossário

Índice CPO - Número de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) num indivíduo ou numa população, podendo esse valor variar entre 0 e 32 (Direção Geral de Saúde, 2000).

Índice de envelhecimento - Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos), (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

Índice de longevidade - Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 65 ou mais anos), (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

Índice de rejuvenescimento - Relação entre a população que potencialmente está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos. Exprime-se habitualmente por 100 pessoas com 55-64 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

Taxa de natalidade – Traduz o número de nados vivos ocorridos numa comunidade por cada 1000 habitantes. (Instituto Nacional de Estatística, 2014)

I. Introdução

O envelhecimento é caracterizado por um processo integrado no desenvolvimento normal de qualquer organismo, onde estão envolvidas várias alterações a nível biológico, neurológico, estrutural, funcional e químico (Santos, Andrade, & Bueno, 2009).

O processo de envelhecimento por ser complexo e multifatorial, não está completamente entendido, surgindo várias teorias, sendo que, aquelas que atualmente têm mais peso são as teorias denominadas de programadas e de erros. (Maguire & Slater, 2013). O primeiro grupo tenta explicar este processo tendo como base a premissa de que com o decorrer do tempo irão ocorrer inevitavelmente alterações da defesa natural, enquanto o segundo grupo defende que a progressiva atuação do ambiente leva à acumulação de várias lesões (Maguire & Slater, 2013).

Acredita-se que o organismo humano consiga manter todas as funções que possibilitem a vida até cerca dos 110, 120 anos (Santos *et al.*, 2009), havendo uma gradual diminuição da função geral dos órgãos, bem como dos mecanismos de reparação (Navaratnarajah & Jackson, 2013) mais acentuada e abrupta por volta dos 60-70 anos (Maguire & Slater, 2013).

A Organização Mundial de Saúde caracteriza um idoso em termos cronológicos, como uma pessoa com mais de 65 anos, condição que poderá não se enquadrar a nível mundial, nomeadamente em África, sendo que atualmente é aceite a faixa dos 60 anos (OMS 2012).

No entanto, a idade cronológica dos indivíduos pode não corresponder à sua idade biológica, social ou psicológica, havendo portanto, autores que defendem uma classificação segundo o grau psicossocial, em independente, debilitado ou funcionalmente dependente (Côrte-Real, Figueiral, & Reis Campos, 2011).

1. Enquadramento Teórico

1.1 Envelhecimento Populacional

O fenómeno de envelhecimento que se tem acentuado de forma cada vez mais rápida com o passar dos anos e a ocorrer de forma global (Côrte-Real *et al.*, 2011) pode ser explicado pelo avanço da medicina e da farmacoterapia (Castro, Maria, Alves, & Lopes, 2010), do acesso a melhores condições de cuidados de saúde, da implementação de medidas de saúde pública que possibilitem à população viver mais tempo, do facto das taxas de natalidade se encontrarem em níveis mais baixos e, cada vez, mais as pessoas optarem por terem filhos mais tarde (Murray Thomson, 2014).

Nos países em desenvolvimento esta tendência para o envelhecimento progressivo da população é mais notória (Côrte-Real *et al.*, 2011) e em 2011, segundo as estimativas das Nações Unidas a população idosa atingia os 800 milhões de pessoas a nível mundial, o que em termos percentuais corresponde a 11%, sendo que a cada segundo duas pessoas atingem a faixa dos sessenta anos de idade (UNFPA, 2012). Em 2050, as projeções calculadas pela mesma entidade estimam que este número chegue aos 2 biliões o que corresponderá a 25% da população mundial.

Em Portugal, com base nas informações do XV Recenseamento Geral da População (Censos 2011) também é notória esta tendência, onde a população idosa aumentou de 16% para 19% entre 2001 e 2011 e a percentagem de jovens diminuiu de 16% para 15%, o que demonstra bem o agravamento de forma generalizada do envelhecimento da população portuguesa, deixando também de ser um fenómeno localizado a nível interior do país.

Em termos de índices de envelhecimento e de longevidade ambos aumentaram significativamente entre 2001 e 2011, o que corresponde a uma alteração de 102,23 para 151,98 e de 41,42 para 47,86, respetivamente. Por outro lado, o índice de rejuvenescimento da população ativa sofreu uma diminuição marcada dentro do mesmo intervalo de 143,05 para 94,34 respetivamente.

Importante ainda realçar o facto de a taxa de natalidade em Portugal ser concomitante com grande parte dos países em desenvolvimento, apresentando diminuições nas taxas de natalidade. Segundo dados da, PORDATA, em 1960 apresentavam valores na ordem dos 24.1% mas em 2012 apresentava apenas 8,5%.

Por tudo isto, e apesar de o envelhecimento ser visto como uma grande conquista em termos evolucionários, é um facto que não pode mais ser ignorado (UNFPA, 2012) e, cada vez mais a saúde oral nos idosos tem vindo a ganhar o seu espaço e atenção, especialmente nas últimas três décadas (Murray Thomson, 2014). Pelas particularidades que os doentes idosos apresentam devido às alterações tanto fisiológicas como patológicas (Vijay Prasad, 2012) é necessário proceder com especial atenção.

1.2 Características Fisiológicas e Principais Condições Patológicas

É cada vez mais importante, para os Médicos Dentistas, fazer uma avaliação geral dos doentes e perceber a sua fisiologia global, em vez de se cingirem à cavidade oral (Barretto & Grassi, 2005), pois com o avanço da idade, ocorrem importantes alterações fisiológicas acompanhadas de patologias crónicas (A. D. L. Silva & Catão, 2012).

Ao nível cardiovascular, com o avançar da idade, aumenta a acumulação de gorduras a nível do miocárdio, que leva a uma diminuição da capacidade de contração do coração, degeneração ao nível das válvulas (Fernando & Oliveira, 2011), ocorrendo também uma diminuição de produção de colagénio, culminando numa redução geral da eficácia do coração. Assim, patologias cardiovasculares são bastante comuns em idades mais avançadas (Junior, 2012). Doenças Cardiovasculares, são uma das causas que mais mortes provocam a nível mundial (Vijay Prasad, 2012), sendo a hipertensão arterial uma das patologias mais comuns nos doentes geriátricos (Alencar, Andrade, & Catão, 2011).

A hipertensão arterial pode contraindicar a atuação quando esta apresenta valores demasiado altos ou baixos, sendo muitas vezes é necessário que o Médico Dentista recorra à opinião do cardiologista que acompanha os doentes geriátricos (Alencar *et al.*, 2011).

A nível respiratório, existe uma redução da força muscular responsável pela respiração, havendo por consequência uma redução da capacidade vital e difusão pulmonar e um aumento do volume residual e hipóxia (Junior, 2012). A tosse costuma surgir em idades mais avançadas como tentativa de desobstruir as vias aéreas, sendo comum doentes geriátricos apresentarem tosse e apneia de sono (Fernando & Oliveira, 2011).

A função renal tende também a diminuir, o que se traduz numa alteração da creatinina plasmática, que depende essencialmente de três fatores, a idade, a massa muscular e a dieta, sendo por isto, muitas vezes necessários fazer ajustes nas doses medicadas para doentes geriátricos (Junior, 2012). Assim, aconselha-se a prescrever primeiramente uma dose mais baixa e depois ir lentamente aumentando para evitar toxicidade (Vijay Prasad, 2012).

O conhecimento teórico não só da farmacocinética, mas também das principais patologias que afetam os idosos, efeitos adversos de medicamentos e as suas interações

é importante, pois muitos dos fármacos atuam a nível sistémico, sendo frequentemente necessário proceder à suspensão de fármacos para procedimentos na área da Medicina Dentária (Alencar *et al.*, 2011).

Alterações endócrinas, nomeadamente a diabetes também podem ser um impeditivo quando o doente apresenta valores superiores a 250 mg/dl (Alencar *et al.*, 2011). Sendo esta patologia transversal a todas as faixas etárias e uma das principais causas de morte não só em Portugal como também à escala global (Boavida, Pereira, & Ayala, 2013), onde estimativas apontam para um total de 4572,9 milhões de pessoas com diabetes (Guariguata *et al.*, 2014).

Em casos em que o doente apresente osteopatias, como osteoporose, em que ocorre uma diminuição da densidade do osso e por consequência um aumento da fragilidade (Bollen, Taguchi, Hujoel, & Hollender, 2004), também é aconselhado um contacto próximo com o Médico Assistente para que se possa intervir (Alencar *et al.*, 2011).

As alterações neurológicas são frequentes entre os idosos, com especial destaque para a doença de Alzheimer, que interfere com a capacidade cognitiva do doente assim como tem interferências a nível motor (Ellefsen, Morse, Waldemar, & Holm-Pedersen, 2012). Estudos comprovam que a presença desta patologia está relacionada com um maior número de lesões de cárie (Ellefsen *et al.*, 2012).

1.3 Condições Orais mais Frequentes

1.3.1 Ausência de Dentes

A perda dentária afeta de forma geral a qualidade de vida e a saúde do indivíduo (X. Chen & Clark, 2011) podendo mesmo interferir emocionalmente com os doentes idosos e ser encarado como uma experiência traumatizante (Polzer, Schimmel, & Biffar, 2010). Por outro lado, a presença de dentes preservados contribui para uma melhor qualidade de vida (Niessen, van Mourik, & van der Sanden, 2012).

A percentagem de doentes geriátricos desdentados tem vindo a baixar cada vez mais ao longo dos anos (Polzer *et al.*, 2010) a um ritmo de quase 1% nos países industrializados (Papadaki & Anastassiadou, 2012), enquanto nos países menos desenvolvidos a situação é a inversa, pois continua a ser mais economicamente vantajoso extrair um dente do que tratá-lo (Polzer *et al.*, 2010). No entanto esta percentagem pode estar influenciada pelo fato do envelhecimento a nível mundial estar a aumentar (Müller, Naharro, & Carlsson, 2007)

As principais causas para ausências de dentes nas faixas etárias mais altas continuam a ser a cárie dentária e a doença periodontal (Murray Thomson, 2014), sendo estas acumulativas, Northridge *et al.*, (2012), apontam que metade dos idosos com mais de 65 anos, 75% apresentam cáries radiculares e 25% doença periodontal mas outros fatores como idade, sexo, raça, consumo de álcool e tabaco também estão relacionadas (X. Chen & Clark, 2011).

Alguns estudos referem que ter menos que 9 dentes pode contribuir para o aparecimento de debilidades físicas (X. Chen & Clark, 2011), enquanto outros indicam que a presença de dentes pode mesmo diminuir a mortalidade (Hayasaka *et al.*, 2013).

Antigamente existia o dogma de que a perda de dentes era uma causa natural do envelhecimento (Müller *et al.*, 2007), algo que vem sendo desmentido. Atualmente é importante perceber também a probabilidade de perda de dentes dos doentes geriátricos, assim como a altura da primeira perda, a frequência e o ritmo a que estes doentes perdem os seus dentes (X. Chen & Clark, 2011). O edentulismo não está relacionado com a economia do país nem com o número de Médicos Dentistas *per capita* (Müller *et al.*, 2007).

As principais complicações na extração de dentes podem ser devido a anquilose e estruturas ósseas mais frágeis (Alencar *et al.*, 2011), pois não apresentam tanta elasticidade (Alencar *et al.*, 2011).

A falta de escovagem dentária que se destaca nesta faixa etária também proporciona a perda de dentes (Vysniauskaitė, Kammona & Vehkalahti, 2005), sendo mais acentuada em doentes institucionalizados (Müller *et al.*, 2007), muito devido à incapacidades físicas para fazer uma correta higienização (Côrte-Real, Figueiral, & Reis Campos, 2011) sendo que quando se observa melhores cuidados de saúde oral, existe um maior número de dentes hígidos presentes (Vysniauskaitė *et al.*, 2005).

1.3.2 Cárie Dentária

As lesões de cárie são definidas como uma destruição de tecido duro dentário através de produtos, maioritariamente hidratos de carbono, metabolizados por microrganismos como o *Streptococcus mutans* (F. Chen & Wang, 2011).

A cárie dentária, assume assim o papel de uma das doenças mais comuns no mundo e com mais elevada frequência de ocorrência (L. Liu *et al.*, 2013), sendo também a principal responsável por provocar dor e infeções a nível dentário (X. Chen, Clark, Preisser, Naorungroj & Shuman, 2013).

A prevalência nas faixas etárias mais jovens é mais baixa em países em que exista um fácil acesso a cuidados de saúde e estejam implementados programas nacionais de saúde oral (L. Liu *et al.*, 2013), no entanto por norma é mais elevada em zonas urbanas e mais baixa em zonas rurais (L. Liu *et al.*, 2013). O aumento da prevalência nos idosos pode estar relacionado com a falta de poder económico, dificuldades de deslocação aos serviços de saúde, diminuição da destreza manual, ao facto de estarem institucionalizados (L. Liu *et al.*, 2013), assim como ao aumento da quantidade dos microrganismos devido à diminuição de produção de saliva (Sánchez-García *et al.*, 2008). A presença de xerostomia, também potencia o aumento das lesões de cárie dos idosos (Amer & Kolker, 2013).

A recessão gengival que frequentemente é encontrada em doentes idosos, permite que os microrganismos fiquem alojados em locais de mais difícil acesso de higienização,

como a zona radicular, o que desencadeia uma desmineralização com posterior lesão cariiosa (Amer & Kolker, 2013).

Estudos demonstram que as lesões de cárie ao nível radicular são mais profundas quando o cemento radicular que deveria estar nessa zona foi removido, quer por processos de abrasão, erosão ou abfração (Amer & Kolker, 2013).

Numa altura em que cada vez mais o uso de amálgama está a cair em desuso, a *World Dental Federation*, em 2006, reiterou que o material de eleição para a restauração de cáries radiculares é o ionómero de vidro, seja ele modificado por resinas ou não (Amer & Kolker, 2013).

1.3.3 Doença Periodontal

A doença periodontal é uma inflamação crónica, com origem multifatorial e associada a microrganismos maioritariamente anaeróbios (Maria, Abreu, Lopes, Luis, & Pereira, 2010), como o caso da *Actinobacillus actinomicetemcomitans*.

A inflamação causada pela doença periodontal atinge os tecidos de suporte, nomeadamente a gengiva, o ligamento periodontal, o cemento e o osso alveolar (Huttner, Machado, de Oliveira, Antunes, & Hebling, 2009), provocando uma destruição dos mesmos resultando numa perda de inserção e aumento do sulco gengival (Maria *et al.*, 2010), com formação de bolsas patológicas (van der Putten, Vanobbergen, De Visschere, Schols & de Baat, 2009).

A doença periodontal é considerada uma das mais frequentes entre os doentes idosos, onde a inflamação gengival, por ela desencadeada, tende a desenvolver-se mais rapidamente nos idosos do que em doentes mais jovens (Siukosaari, Ajwani, Ainamo, Wolf, & Närhi, 2012); contudo, no tempo de processo de tratamento, parecem não existir diferenças significativas (Siukosaari *et al.*, 2012).

A presença de placa bacteriana apresenta-se como o principal fator etiológico, na medida em que os microrganismos presentes na mesma levam à produção de citocinas que posteriormente desencadeiam o processo inflamatório (Maria *et al.*, 2010).

Estudos indicam que a presença de doença periodontal tende a aumentar o risco de patologias cardiovasculares (Castro *et al.*, 2010).

O tabaco destaca-se como um dos principais fatores de risco na doença periodontal, devido às suas propriedades de vasoconstrição, tanto a nível periférico, como a nível coronário e gengival (Castro *et al.*, 2010), piorando muitas das vezes os tratamentos a nível periodontal, havendo mais complicações pós operatórias em doentes fumadores e mais, frequentemente, recidiva da doença periodontal, apresentando também uma maior perda de tecidos de suporte, quando comparados com doentes não fumadores (Hanioka *et al.*, 2011).

A doença periodontal do tipo severo é a mais frequente, sendo caracterizada por uma perda radiográfica de osso, superior a 50%, e clinicamente igual ou superior a 6mm (Huttner *et al.*, 2009).

A idade, apesar de não ser uma causa natural de doença periodontal, devido à diminuição dos processos fisiológicos a ela associada, como o caso da quimiotaxias, proliferação de fibroblastos gengivais e de osteoblastos, poderá contribuir para o agravamento da doença periodontal (Huttner *et al.*, 2009).

O aumento da idade tende ao aparecimento de patologias sistémicas como a osteoporose, diminuição dos níveis de vitamina B, C e D (van der Putten *et al.*, 2009), insuficiência renal e perda de imunidade, que de certa forma também poderão potenciar a doença periodontal, bem como a predisposição genética (van der Putten *et al.*, 2009), no entanto, é essencial perceber que a idade por si só, quando associada a um idoso saudável, não desencadeia a doença periodontal (Chung, Song, Lee, & Choi, 2011), podendo porém levar à perda de inserção dos tecidos (Huttner *et al.*, 2009).

1.3.4 Xerostomia

A xerostomia caracteriza-se por uma sensação de boca seca (Gonsalves, Wrightson, & Henry, 2008) em que existe uma diminuição da produção de saliva que leva a uma menor função protetora nomeadamente na remineralização de esmalte (Gonsalves *et al.*, 2008) através da sua capacidade de manter o pH a um nível neutro (Gupta, Epstein, & Sroussi, 2006).

Estudos indicam que afeta cerca de 30% da população idosa (Côrte-Real *et al.*, 2011), sendo cada vez mais comum. Poderá estar relacionado com o uso de fármacos como anti-depressivos, anti-colinérgicos, anti-hipertensivos, sedativos, citotóxicos e anti-histamínicos, bem como doenças sistémicas como diabetes e Síndrome Sjogren e, ainda, radioterapia ao nível da cabeça e pescoço (Gati & Vieira, 2011), sendo que o tabaco também se apresenta como um fator importante (Côrte-Real *et al.*, 2011).

Pode provocar gengivite, aumento da incidência de cárie, candidíase oral e dor, bem como dificuldades na mastigação, deglutição, fala e desconforto no uso de próteses (Côrte-Real *et al.*, 2011), pela inexistência de uma correta lubrificação da cavidade oral (Gupta *et al.*, 2006).

O diagnóstico da xerostomia obtém-se através da história clínica do doente e examinação da cavidade oral para pesquisa de lesões concomitantes, como a candidíase ou lábios secos, podendo também incluir a medição do fluxo salivar através da sialometria (Gupta *et al.*, 2006).

1.3.5 Lesões Mucosa

As lesões da mucosa na cavidade oral apresentam-se como um dos principais motivos de consulta dos doentes, sendo por isso de extrema importância. O Médico Dentista deve efetuar um correto diagnóstico (Chiang, Hsieh, Tseng, Lin, & Chiang, 2014), de forma a ter uma rápida atuação nas lesões tipicamente pré-cancerosas como a leucoplasia, a eritroplasia e o líquen plano (Taiwo, Kolude, & Akinmoladun, 2009).

Podem ser consideradas como as principais causas para o aparecimento destas lesões a falta de higiene oral, infeções por parte de microrganismos, reações alérgicas e comportamentos de risco como o consumo de álcool e tabaco (Taiwo *et al.*, 2009).

Estudos indicam que, o fato de doente apresentar prótese dentária, também pode condicionar o aparecimento de lesões, especialmente se estas não tiverem sido corretamente confeccionadas. Assim, torna-se comum nestes casos a existência de estomatite protética e a presença de infeções por *candidas albicans* (Jainkittivong, Aneksuk, & Langlais, 2010).

Devido ao contacto próximo que existe entre o Médico Dentista e os seus doentes, para além da inspeção intra oral, este pode também fazer uma inspeção extra oral da pele facial do doente, podendo então existir uma cooperação entre outras especialidades e Médicos Dentistas (Suliman, Astrøm, Ali, Salman, & Johannessen, 2011).

Em grande parte destas lesões, a terapêutica utilizada passa pela suspensão do agente causal, como o caso de restaurações defeituosas e próteses mal adaptadas (Alencar *et al.*, 2011). No entanto, em algumas situações, é necessário realizar biópsias, não só como forma de tratamento, mas também para saber o tipo de lesão. Neste caso, os fibromas e lesões inflamatórias crónicas não específicas são as mais frequentes (Carvalho, Iglesias, do Nascimento & Sobral, 2011).

1.3.6 Alterações da ATM

A deformação do espaço articular pode ocorrer devido a erosão, formação de osteófitos, luxações ou subluxações (Csado, Marton, & Kivovics, 2012), estas alterações podem também estar relacionadas com aumento da idade, contudo estudos demonstram que são mais acentuadas e graves nos casos em que os doentes são desdentados, do que nos doentes que mantêm uma boa oclusão (Csado *et al.*, 2012).

II. Objetivos do Estudo

O presente estudo pressupõe os seguintes objetivos:

- Determinar quais as características clínicas dos doentes geriátricos que recorrem à Clínica Universitária Egas Moniz;
- Relacionar essas características de modo a obter o perfil dos doentes geriátricos que recorrem à Clínica Universitária Egas Moniz;
- Perceber se existe a necessidade de incluir algum novo parâmetro a ser avaliado no decorrer da Consulta de Triagem, quando na presença de um doente geriátrico;
- Determinar se existe a necessidade de se efetuar uma história clínica específica para doentes geriátricos.

III. Materiais e Métodos

1. Tipo de Estudo

O presente estudo tem numa primeira abordagem um carácter descritivo, de forma a perceber quais as características mais prevalentes na população de doentes geriátricos que frequenta a Clínica Universitária do Egas Moniz. Para tal, foram seleccionadas diversas variáveis e foi efetuada uma recolha de dados dos processos dos doentes geriátricos entre Novembro de 2013 e Março de 2014.

Assim, as variáveis seleccionadas foram agrupadas nos seguintes grupos:

- Dados biográficos;
- Motivo de consulta;
- Antecedentes pessoais e familiares;
- Dados clínicos relevantes.

O estudo adota um carácter exploratório, na medida em que foram cruzadas variáveis com o intuito de obter possíveis relações estatisticamente relevantes.

2. Local do Estudo

O presente estudo foi realizado na Clínica Universitária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, ISCSEM.

3. Amostra

3.1 Seleção da Amostra

Para o presente estudo a amostra inicial constava de 109 indivíduos, 9 dos quais, posteriormente, foram excluídos por não terem realizado a Consulta de Triagem, perfazendo então o total de 100 indivíduos.

A amostra é então formada por 25 indivíduos de cada ano, dos últimos 4 anos, ou seja entre 2009 e 2013.

3.2 Critérios de Inclusão

Os processos utilizados para este estudo teriam que obedecer aos seguintes critérios:

- Doente com mais de 65 anos na altura da Consulta de Triagem;
- Doente com Consulta de Triagem realizada entre 2008 e 2013;
- Consentimento Informado devidamente assinado pelo doente geriátrico.

3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos todos os processos que não apresentavam a ficha da Consulta de Triagem devidamente preenchida e doentes com menos de 65 anos.

4. Análise estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão) e estatística inferencial. Nesta, usou-se o teste t de Student quando se comparou dois grupos em variáveis dependentes de tipo quantitativo. Os pressupostos destes testes, nomeadamente, o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias, foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos, foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney. Nestes casos, para facilidade de interpretação apresentaremos nas estatísticas descritivas os valores das médias e não os valores das ordens médias. Usou-se também o coeficiente de correlação de Pearson para testar a relação entre variáveis de tipo quantitativo. Utilizou-se o teste de independência do Qui-quadrado quando se testou a relação entre variáveis qualitativas. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20,0% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. O nível de significância foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

IV. Resultados

1. Dados biográficos

1.1 Género

Dos 100 indivíduos utilizados para o presente estudo, a maioria corresponde ao sexo Masculino (54%), enquanto os restantes ao sexo Feminino (46%).

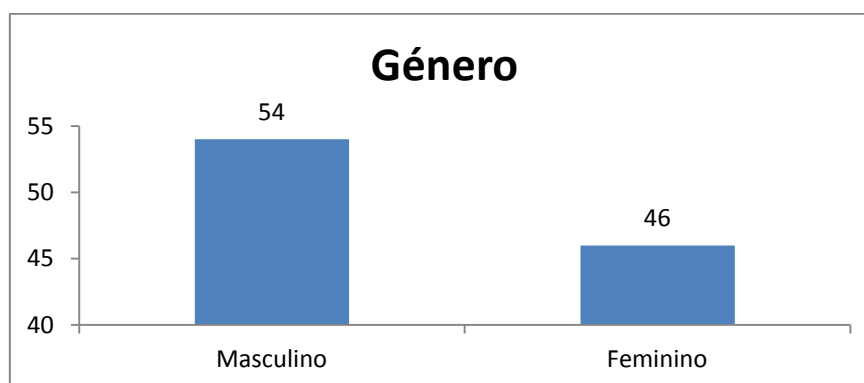


Ilustração 1: Distribuição da Amostra por Género

1.2 Idade

O intervalo de idades da amostra variou entre o valor mínimo de participação no estudo (65 anos) até ao valor máximo encontrado (88 anos), sendo a média de idades 71,9 anos.

De referir que 51% do total de indivíduos apresenta-se com idade inferior ou igual a 70 anos, sendo que os restantes 49% apresentam idade superior a 70 anos.

	Feminino		Masculino		Total
	Contagem (n)	Percentagem (%)	Contagem (n)	Percentagem (%)	
Inferior ou igual a 70 Anos	19	19	32	32	51
Superior a 70 Anos	27	27	22	22	49
Total	46		54		100

Tabela 1: Distribuição da Amostra por Idade

1.3 Estado Civil

Em relação ao estado civil, 61 dos indivíduos eram casados, 16 viúvos, 7 divorciados, 4 solteiros, sendo que 12 dos indivíduos não responderam à questão.

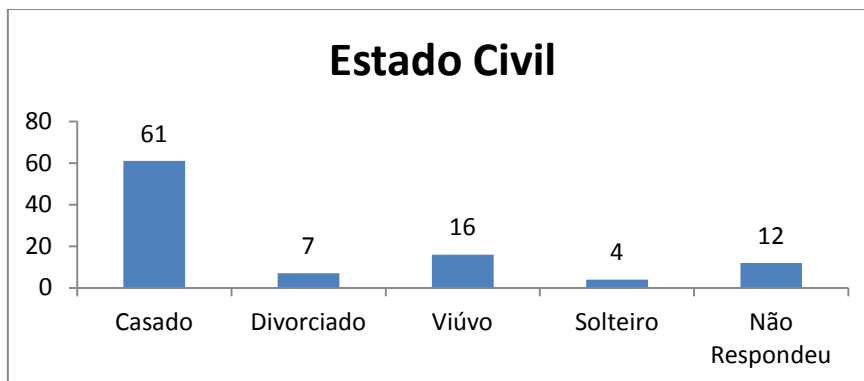


Ilustração 2: Distribuição da Amostra por Estado Civil

1.4 Comparticipação do Estado

Em relação à existência de Comparticipação do Estado, nomeadamente através da Direção Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE) a grande maioria não usufrui dessa comparticipação (94%).

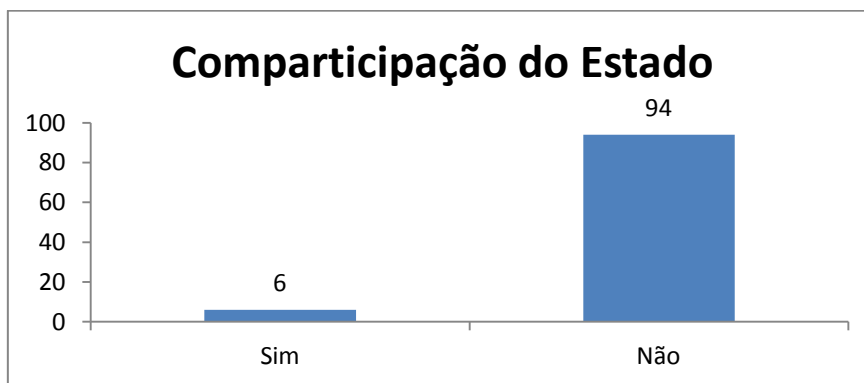


Ilustração 3: Distribuição da Amostra por Comparticipação do Estado

2. Motivo da consulta

Como motivos de consulta, os indivíduos da amostra foram agrupados nos seguintes grupos:

Rotina – doentes cujo motivo de consulta foi fazer uma avaliação geral, sem apontar qualquer problema específico;

Dor – doentes cujo motivo de consulta foi dor, dentária ou não;

Prótese – Doentes cujo motivo de consulta foi a prótese dentária, seja ele algum problema na prótese ou vontade/necessidade de fazer uma;

Dente – Doentes cujo motivo de consulta foi algum problema referido a nível Dentário;

Outro – Motivo não enquadrado nos anteriormente referidos;

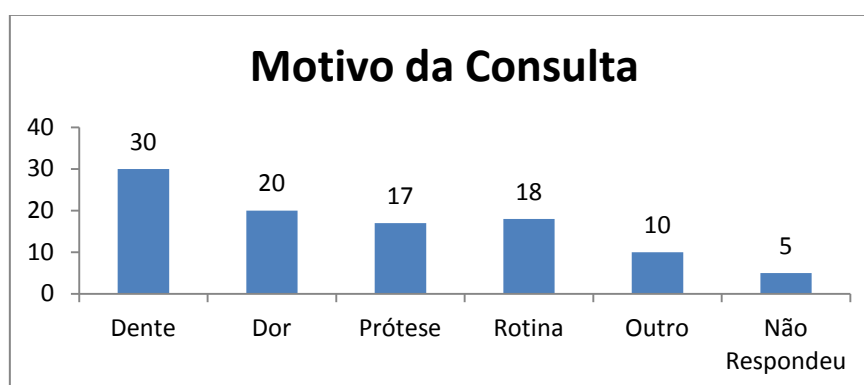


Ilustração 4: Distribuição da Amostra por Motivo de Consulta

Assim sendo o motivo mais prevalente foi a categoria de “Dente” (30) onde foram agrupados todos os doentes que referiram problemas a nível dentário.

Dentro da categoria “Dor” de referir que do total de 20, nenhuma foi associada a dor causada pela prótese, enquanto 12 foi associado a dor com origem dentária, sendo os restantes dor generalizada.

Em relação à categoria “Outro” destaque para fatores económicos (3), a vontade de ver tratada alguma patologia específica (5), como doença periodontal ou cancro oral e a intenção de colocar implantes (2).

3. Antecedentes Familiares

No que diz respeito a antecedentes familiares dos doentes inquiridos, 69% respondeu “sim”, enquanto 31% respondeu “não” ou não respondeu à questão.

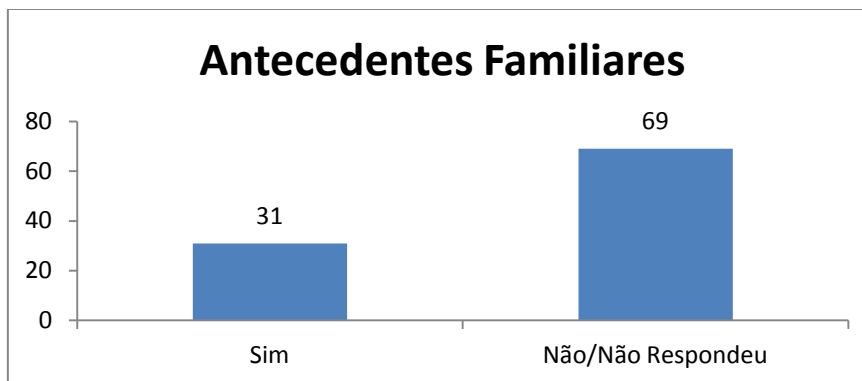


Ilustração 5: Distribuição da Amostra por Antecedentes Pessoais

Do universo de 40 patologias mencionadas pelos indivíduos que responderam afirmativamente à questão anterior (31%), destaque para o Cancro com 25% dos casos, se bem que não especificado qual o tipo de cancro, e a Diabetes com 27,5%. Referência ainda a problemas cardiovasculares como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença Cardíaca e Hipertensão Arterial (HTA).

	Contagem (n)	Percentagem (%)
Alzheimer	1	2,5
AVC	3	7,5
Cancro	10	25
Cirrose Hepática	1	2,5
Doença Cardíaca	3	7,5
Diabetes	11	27,5
Enfarte Agudo Miocárdio	3	7,5
HTA	4	10
Insuficiência Renal	1	2,5
Reumatismo	1	2,5
Trombose	1	2,5
Tuberculose	1	2,5
Total	40	100

Tabela 2: Antecedentes Pessoais Mencionados

4. Antecedentes Pessoais

4.1 Hábitos Tabágicos e Alcoólicos

Quanto a hábitos tabágicos a grande maioria respondeu que não fuma (93), enquanto 6 responderam que sim.

Quando colocada a questão de hábitos alcoólicos, 76 indivíduos responderam “não”, enquanto 24 responderam “sim”, contudo todos os que responderam “sim” acrescentaram que apenas consumiam bebidas alcoólicas às refeições.

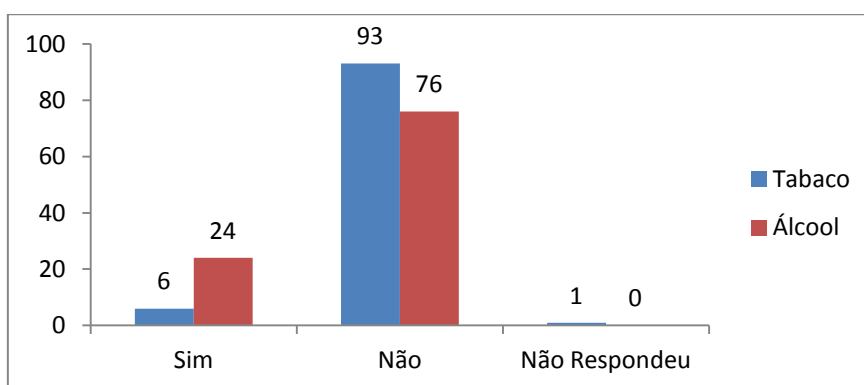


Ilustração 6: Distribuição da Amostra por Hábitos Tabágicos e Alcoólicos

4.2 Tratamento Médico

Quando colocada a questão se os indivíduos se encontravam em tratamento médico na altura em que a Consulta de Triagem foi realizada, 46% respondeu que sim, 49% responde que não e 5% não respondeu à questão.

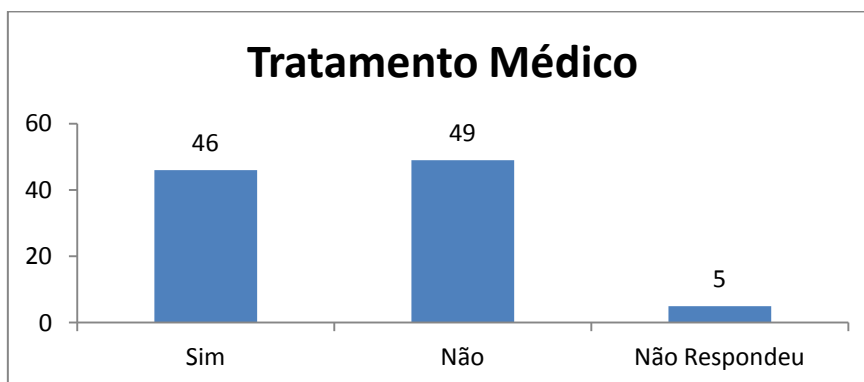


Ilustração 7: Distribuição da Amostra por Tratamento Médico

4.3 Internamento no Último Ano

Em relação ao internamento no último ano até à data da Consulta de Triagem, 14% dos inquiridos respondeu que sim, 85% responde que não e 1% não respondeu à questão.

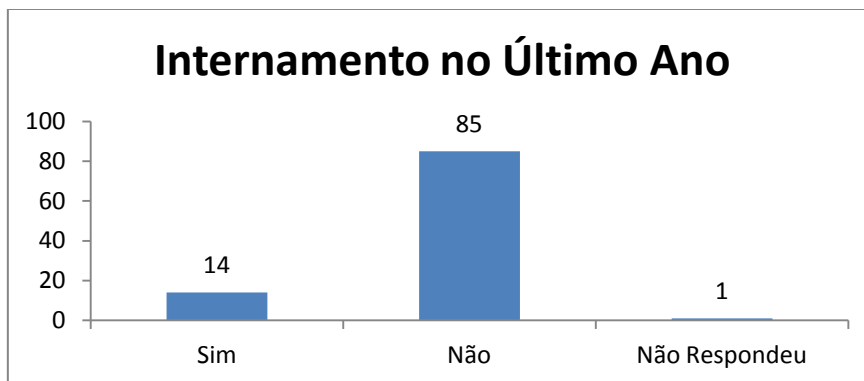


Ilustração 8: Distribuição da Amostra por Internamento no Último Ano

4.4 Tratamento com Radioterapia

Relativamente a tratamentos com radioterapia, 14% dos inquiridos responderam afirmativamente à questão, 85% respondeu que nunca realizou qualquer tratamento com radioterapia e 1% não respondeu à questão.

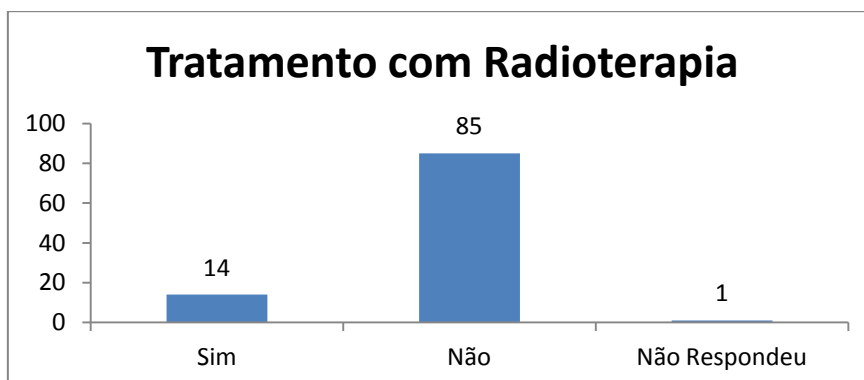


Ilustração 9: Distribuição da Amostra por Tratamento com Radioterapia

4.5 Patologias sistêmicas

No que diz respeito a patologias sistêmicas dos indivíduos inquiridos, 86% respondeu que possuía uma ou mais patologias sistêmicas, 11% responderam que não possuíam qualquer tipo de patologia e 3% não respondeu à questão.

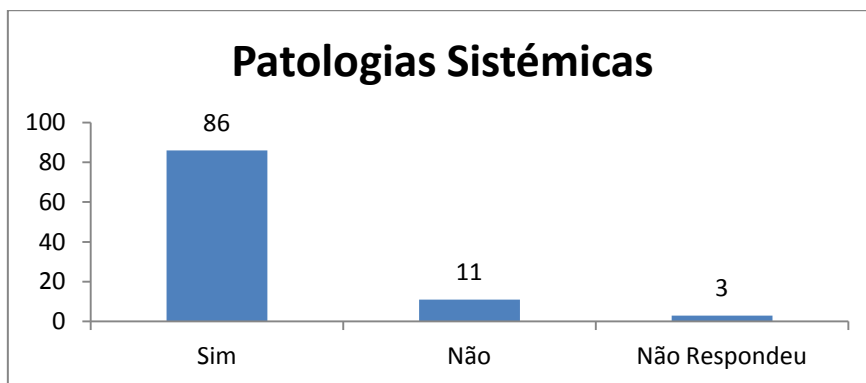


Ilustração 10: Distribuição da Amostra por Patologias Sistêmicas

Do universo de 180 (n=180) patologias mencionadas pelos indivíduos que responderam afirmativamente à questão anterior (86%), o principal destaque vai para a Hipertensão Arterial (HTA) que constou na resposta de 28,2%, sendo assim a patologia mais prevalente.

De realçar também a Diabetes (11,5%), Asma e Colesterol, ambas com 8,3%, Artrite (5,5%), o Cancro (5%) e Alergias não medicamentosas (5%).

	Contagem (n)	Percentagem (%)			
Alergias não medicamentosas	9	5	Gastrite	1	0,5
Alzheimer	1	0,5	Glaucoma	3	1,6
Anemia	4	2	Gânglios Aumentados de Volume	1	0,5
Angina Peito	1	0,5	Hepatite C	1	0,5
Apneia Sono	1	0,5	Hérnia	1	0,5
Artrite	10	5,5	Hipercolestremia	1	0,5
Artrose	1	0,5	Hipotiroidismo	1	0,5
Asma	15	8,3	HTA	51	28,2
AVC	2	1	Insuficiência Cardíaca	2	1
Candidíase	1	0,5	Insuficiência Renal	1	0,5
Cancro	9	5	Icterícia	1	0,5
Cataratas	2	1	Neoplasia	1	0,5
Colesterol	15	8,3	Osteoporose	2	1
Doença Cardíaca Congénita	1	0,5	Pacemaker	1	0,5
Depressão	2	1	Sinusite	1	0,5
Diabetes	21	11,5	Tosse Persistente	2	1
Dislipidémia	1	0,5	Tratamento Psiquiátrico	4	2
Doença da Tireoide	3	1,6	Trombose	1	0,5
Doença Valvular Cardíaca	1	0,5	Tuberculose	1	0,5
Eczema	1	0,5	Úlcera Gástrica/Duodenal	6	3,3
Enfarte Miocárdio	2	1	Total	180	100
Epilepsia	2	1			
Febre Reumática	1	0,5			

Tabela 3: Patologias Sistémicas Mencionadas

4.6 Alergias Medicamentosas

Relativamente ao facto de possuírem alergias medicamentosas, dos indivíduos inquiridos, 10% respondeu “sim”, 89% responderam “não” possuíam qualquer alergia conhecida a medicamentos e 1% não respondeu à questão.

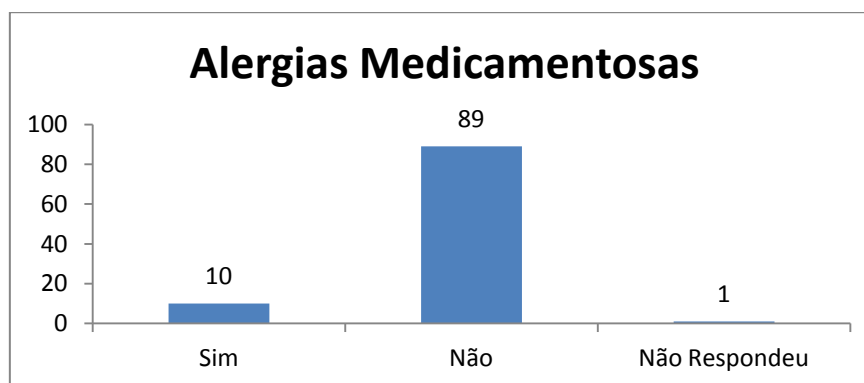


Ilustração 11: Distribuição da Amostra por Alergias Medicamentosas

Do universo de 14 (n=14) alergias a medicamentos mencionadas pelos indivíduos que responderam afirmativamente à questão anterior (10%), o principal destaque vai para a alergia à penicilina que consta da resposta de 4 indivíduos (29%) e a alergia ao ácido acetilsalicílico, 3 indivíduos (22%)

	Contagem (n)	Percentagem (%)
Ácido Sulfônico	1	7
Nifedipina	1	7
Etoricoxib	1	7
Ácido acetilsalicílico	3	22
Ebastina	1	7
Penicilina	4	29
Petidina	1	7
Rovamicina	1	7
Vitaminas	1	7
Total	14	100

Tabela 4: Alergias Medicamentosas Mencionadas

4.7 Farmacoterapia

Número de Fármacos

Quando questionados sobre a quantidade de fármacos que toma, as respostas diversificadas, desde doentes que não fazem qualquer tipo de medicação (10%) a doentes que tomam até 13 fármacos diferentes (1%), houve também uma percentagem significativa que não respondeu a esta questão (11%)

De modo geral é possível afirmar que 60% dos inquiridos tomam 3 ou menos fármacos, enquanto 29% tomam 4 ou mais fármacos, sendo a média 3,3.

	Contagem (n)	Percentagem (%)	Frequência Acumulativa (%)
0	10	10	10
1	11	11	21
2	21	21	42
3	18	18	60
4	8	8	68
5	7	7	75
6	4	4	79
7	2	2	81
9	3	3	84
10	2	2	86
11	2	2	88
13	1	1	89
Não respondeu	11	11	100
Total		100	

Tabela 5: Distribuição da Amostra por Número de Fármacos

Tipos de Fármacos

Os fármacos descritos pelos doentes foram agrupados com base na classificação oficial da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED) e presente no Diário da República artigo nº 252 — 26 de Outubro de 2004 (Cardoso, 2004), (Ver Anexo).

Assim sendo, os grupos farmacológicos mais usados pelos doentes geriátricos foram o Aparelho Cardiovascular (48), Sangue (25), Sistema Nervoso Central (18) e Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas (18).

Falando de fármacos em concreto, a sinvastatina, o ácido acetilsalicílico, o omeprazol e a metformina foram os fármacos mais referidos.

Medicamentos anti-infecciosos	2	Medicamentos usados em	1
Sistema Nervoso Central	18	afecções cutâneas	
Aparelho Cardiovascular	48	Medicamentos usados em	0
Sangue	25	afecções otorrinolaringológicas	
Aparelho Respiratório	13	Medicamentos usados em	2
Aparelho Digestivo	15	afecções oculares	
Aparelho geniturinário	12	Medicamentos antineoplásicos	0
Hormonas e medicamentos	18	e imunomodulares	
usados no tratamento das		Medicamentos usados no	0
doenças endócrinas		tratamento de intoxicações	
Aparelho locomotor	8	Vacinas e imunoglobulinas	0
Medicação antialérgica	2	Meios de diagnóstico	0
Nutrição	0	Material de penso,	0
Corretivos da volémia e das	0	hemostáticos locais, gases	
alterações eletrolíticas		medicinais e outros produtos	

Tabela 6: Distribuição dos Fármacos segundo a Classificação INFARMED

4.8 Higiene Oral Pessoal

Número de Escovagens/Dia

Relativamente ao número de escovagens por dia, 5% dos inquiridos admitiu que não escova qualquer vez por dia os seus dentes, 23% escova uma vez por dia, 48% escova duas vezes por dia, 18% escova três vezes por dia, 1% escova quatro vezes por dia e 5% não responderam a esta questão

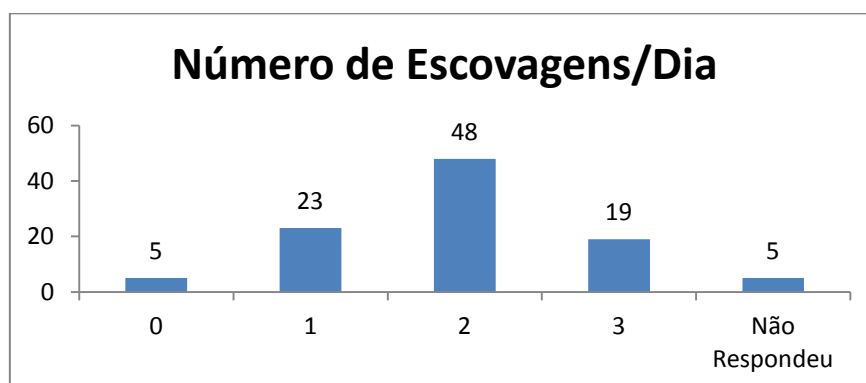


Ilustração 12: Distribuição da Amostra pelo Número de Escovagens

Escovilhão e Colutório

Quanto ao uso de escovilhão e colutório, apenas 13% respondeu que utiliza escovilhão e 32% respondeu que utiliza colutório.

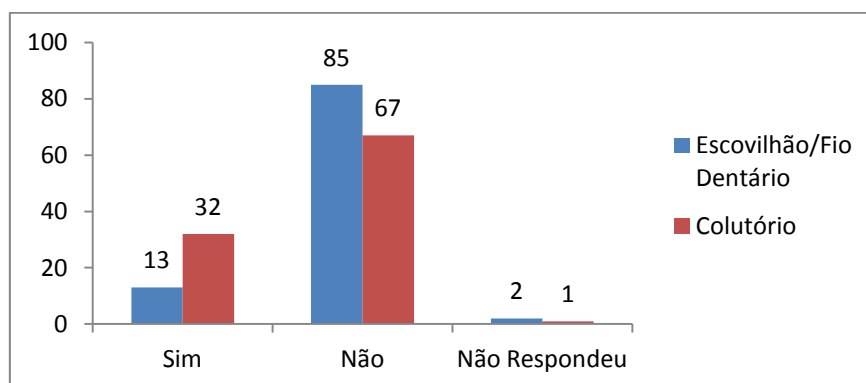


Ilustração 13: Distribuição da Amostra pelo Uso de Escovilhão e Colutório

5. Dados Clínicos Relevantes

5.1 Dentes Presentes e Ausentes

No total de 3146 dentes recolhidos através das informações descritas na ficha FDI é possível agrupar os mesmos em vários grupos.

Assim sendo, foram encontrados ausentes 815 dentes na maxila e 659 dentes na mandíbula, no total de 1474.

Em relação aos presentes, 760 a nível maxilar e 912 a nível mandibular, no total de 1672 dentes.

	Dentes Presentes	Dentes Ausentes	Total
Maxila	760	815	1575
Mandíbula	912	659	1571
Total	1672	1474	3146

Tabela 7: Distribuição do Número de Dentes Ausentes e Presentes

Com análise das informações recolhidas, é possível determinar que em relação à maxila, 72% dos incisivos centrais estavam presentes, 67% dos caninos, 65,8% dos incisivos laterais, 42% dos molares, 37,6% dos pré-molares e apenas 19,9% dos sisos.

	Maxila												Total
	IC	%	IL	%	C	%	PM	%	M	%	S	%	
Dentes Presentes	144	72	129	65,8	133	67	150	37,6	166	42	38	19,9	760
Dentes Ausentes	56	28	67	34,2	65	33	249	62,4	225	38	153	80,1	815

Tabela 8: Distribuição do Número de Dentes Ausentes e Presentes na Maxila

Em relação à mandíbula, 85% dos caninos estavam presentes, 80% dos incisivos laterais, 72,5% dos incisivos centrais, 62% dos pré-molares, 37% dos molares e apenas 19% dos sisos.

	Mandíbula												Total
	IC	%	IL	%	C	%	PM	%	M	%	S	%	
Dentes	145	72,5	160	80	170	85	251	62	147	37	37	19	912
Presentes													
Dentes	55	27,5	38	20	29	15	149	38	247	63	155	81	659
Ausentes													

Tabela 9: Distribuição do Número de Dentes Ausentes e Presentes na Mandíbula

Dos incisivos centrais superiores, 42 apresentavam lesão de cárie, 10 encontravam-se restaurados, 88 hígidos, 18 foram indicados para extração, sendo 7 raízes retidas.

Dos incisivos laterais superiores, 43 apresentavam lesão de cárie, 5 encontravam-se restaurados, 81 hígidos, 20 foram indicados para extração, sendo 9 raízes retidas.

Dos caninos superiores, 44 apresentavam lesão de cárie, 8 encontravam-se restaurados, 82 hígidos, 22 foram indicados para extração, sendo 12 raízes retidas.

Dos pré-molares superiores, 53 apresentavam lesão de cárie, 19 encontravam-se restaurados, 70 hígidos, 18 foram indicados para extração, sendo 9 raízes retidas.

Dos molares superiores, 88 apresentavam lesão de cárie, 33 encontravam-se restaurados, 46 hígidos, 37 foram indicados para extração, sendo 17 raízes retidas.

Dos sisos superiores, 20 apresentavam lesão de cárie, 3 encontravam-se restaurados, 16 hígidos, 15 foram indicados para extração, sendo 7 raízes retidas.

	Maxila						Mandíbula						Total
	IC	IL	C	PM	M	S	IC	IL	C	PM	M	S	
Dentes Cariados	42	43	44	53	88	20	12	22	26	87	73	13	523
Dentes Restaurados	10	5	8	19	33	3	2	2	7	25	23	4	141
Raízes retidas	7	9	12	9	17	7	9	8	4	17	11	7	126
Dentes hígidos	88	81	82	70	46	16	126	132	138	129	49	17	874
Dentes Ind. para Extração	18	20	22	18	37	15	20	21	14	33	27	17	262

Tabela 10: Distribuição do Número de Dentes Cariados, Restaurados, Indicados para extração e Raízes Retidas na Maxila e Mandíbula

Dos incisivos centrais inferiores, 12 apresentavam lesão de cárie, 2 encontravam-se restaurados, 126 hígidos, 20 foram indicados para extração, sendo 9 raízes retidas.

Dos incisivos laterais inferiores, 12 apresentavam lesão de cárie, 2 encontravam-se restaurados, 132 hígidos, 21 foram indicados para extração, sendo 8 raízes retidas.

Dos incisivos caninos inferiores, 26 apresentavam lesão de cárie, 7 encontravam-se restaurados, 138 hígidos, 14 foram indicados para extração, sendo 4 raízes retidas.

Dos pré-molares inferiores, 87 apresentavam lesão de cárie, 25 encontravam-se restaurados, 129 hígidos, 33 foram indicados para extração, sendo 17 raízes retidas.

Dos molares inferiores, 73 apresentavam lesão de cárie, 23 encontravam-se restaurados, 49 hígidos, 27 foram indicados para extração, sendo 11 raízes retidas.

Dos sisos inferiores, 13 apresentavam lesão de cárie, 4 encontravam-se restaurados, 17 hígidos, 17 foram indicados para extração, sendo 7 raízes retidas.

5.2 Restaurações Dentárias

No total de 186 restaurações da amostra, 58% das restaurações eram a compósito, enquanto 42% eram a amálgama, de referir que para esta contagem foram contabilizadas várias restaurações quando presentes no mesmo dente.

60% dos inquiridos não apresenta nenhuma restauração a amálgama e 65% nenhuma restauração a compósito.

Número de restaurações	Amálgama		Compósito	
	N	%	n	%
0	60	60	65	65
1	23	23	13	13
2	8	8	6	6
3	4	4	7	7
4	2	2	2	2
5	0	0	3	3
7	1	1	1	1
8	0	0	1	1
11	0	0	1	1
13	0	0	1	1
Total de Restaurações	78		108	
Percentagem Total	42%		58%	

Tabela 11: Número de Restaurações a Compósito e Amálgama

Dos 25 idosos que realizaram planos de tratamento de dentisteria, no total de 97 lesões de cárie utilizando a Classificação de Black, estas apresentava-se como 36,2% eram classe V, enquanto 14,4% eram classe IV e classe III, 23,7 classe II e apenas 11,3% classe I

(n) = 25	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	Classe V	Total
Número de restaurações	11	23	14	14	35	97
Percentagem	11,3	23,7	14,4	14,4	36,2	100

Tabela 12: Distribuição das Lesões de Cárie segundo a Classificação de Black

5.3 Prótese Dentária

Tipo de Desdentado

De todos os doentes inquiridos, 87% são desdentados parciais superiores e 93% desdentados parciais inferiores, 11% desdentados totais superiores, 5% desdentados totais inferiores e 2% apresenta dentição completa.

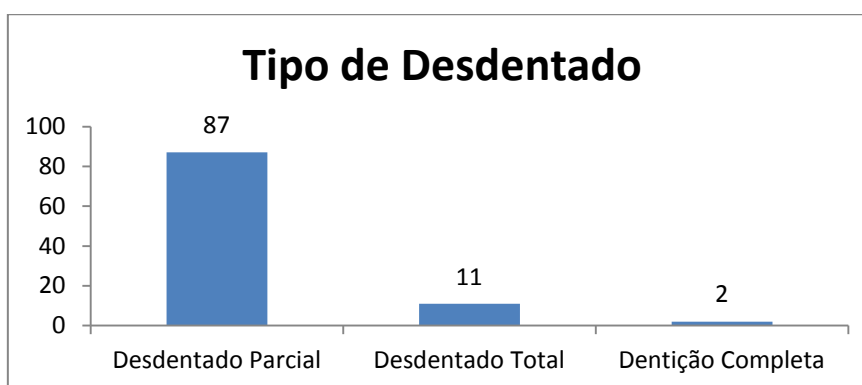


Ilustração 14: Distribuição da Amostra por Tipo de Desdentado

Uso de Prótese

Relativamente ao uso de Prótese, 49% usa prótese e 50% não usa, havendo 1 indivíduo que não respondeu à questão.

Quanto aos idosos que responderam à questão de tempo de uso de prótese (apenas 36), 38,9% usa prótese à mais de 15 anos, 27,8% à menos de 4 anos, 19,4% entre 5 e 9 anos e 13,9% entre 10 e 14 anos.

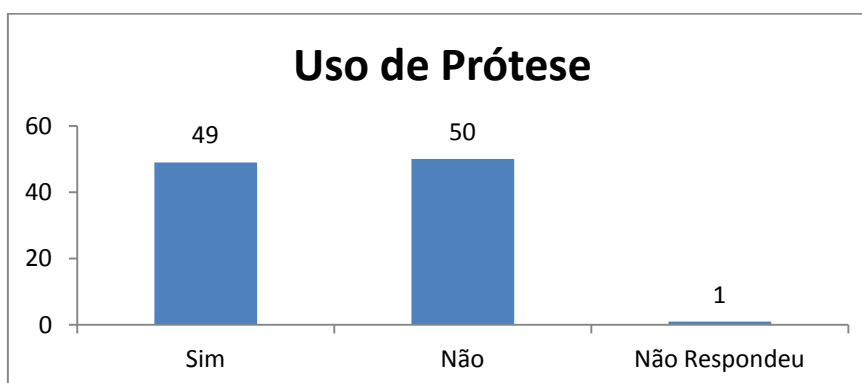


Ilustração 15: Distribuição da Amostra por Uso de Prótese

Tipo de Prótese

Quanto ao uso de prótese, existe uma tendência para o uso de prótese parcial removível em vez da prótese total e da prótese fixa.

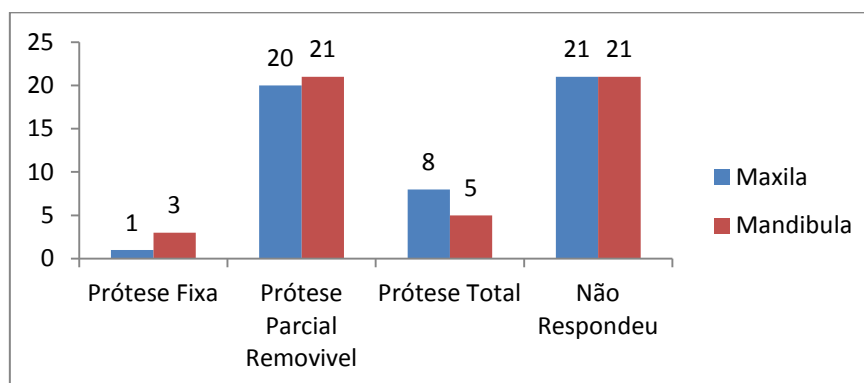


Ilustração 16: Distribuição da Amostra por Tipo de Prótese

Tempo de Uso de Prótese

	Contagem (n)	Percentagem (%)	Frequência Acumulativa (%)
Menos de 4	10	27,8	27,8
5-9	7	19,4	42,7
10-14	5	13,9	61,1
Mais de 15	14	38,9	100
Total	36	100	

Tabela 13: Tempo de Uso de Prótese

5.4 Morfologia Facial

Em relação à morfologia facial, 12% apresentaram-se como dolicofaciais, 66% mesofaciais, 21% braquifaciais e 1% não respondeu. Assimetrias faciais foram encontradas em 10% dos idosos.

Quanto à dimensão vertical, a grande maioria (72%) apresentava-a diminuída, 25% mantida e apenas 1% aumentada.

Configuração Crânio Facial

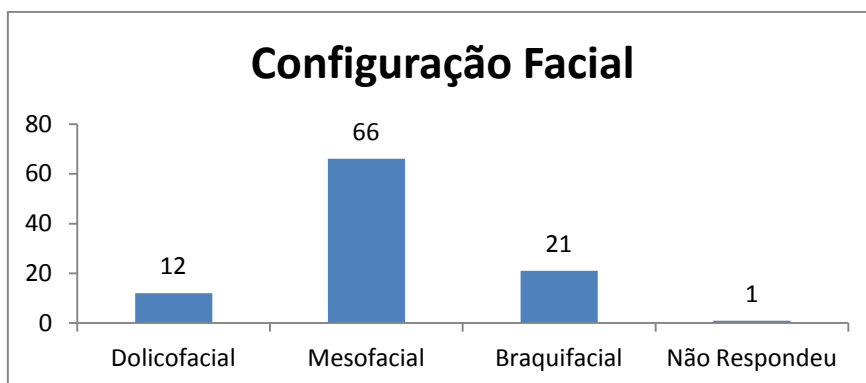


Ilustração 17: Distribuição da Amostra por Configuração Crânio Facial

Assimetrias Faciais

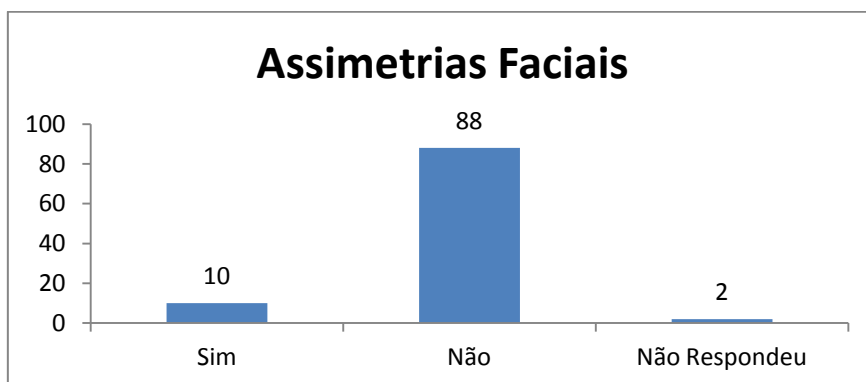


Ilustração 18: Distribuição da Amostra por Assimetrias Faciais

Dimensão Vertical

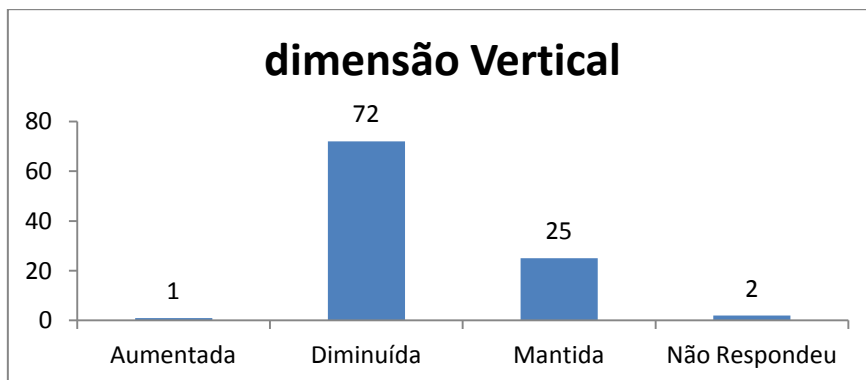


Ilustração 19: Distribuição da Amostra por Dimensão Vertical

5.5 Articulação Temporomandibular

Do que diz respeito à Articulação Temporomandibular 7% apresentou limitação de movimentos, 15% presença de sons articulares e 9% sintomatologia dolorosa.

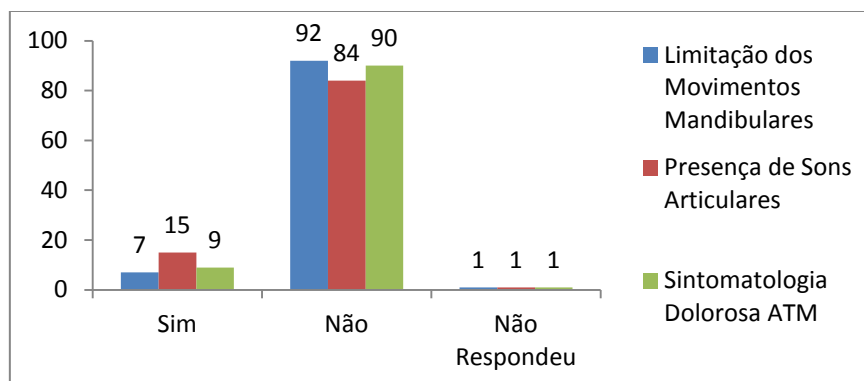


Ilustração 20: Distribuição da Amostra por Alterações na Articulação Temporomandibular

5.6 Estado Periodontal

Presença de hemorragia gengival e mobilidade dentária

Em 57% da amostra foi encontrada gengivite e 62% dos idosos apresentaram mobilidade dentária.

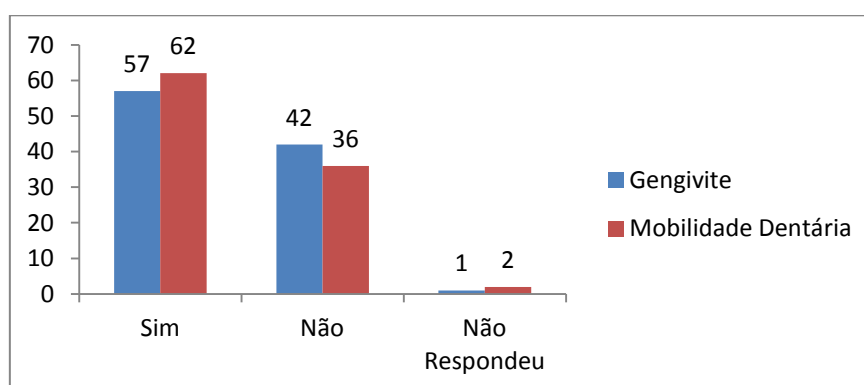


Ilustração 21: Distribuição da Amostra por Presença de Gengivite e Mobilidade Dentária

Periodontite – severidade

Do total dos 24 idosos que realizaram diagnóstico de Periodontite, 75% foi diagnosticado quanto à severidade da doença como severa e 25% como moderada. Quanto à localização, 84% apresentava-se como generalizada e 16% como localizada.

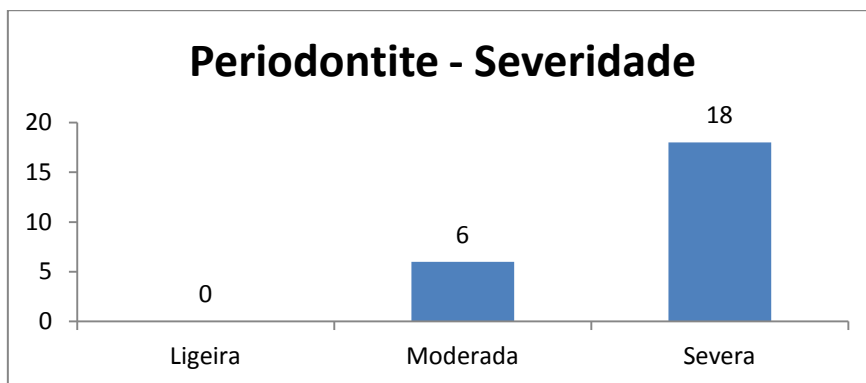


Ilustração 22: Severidade da Doença Periodontal

Periodontite – Localização

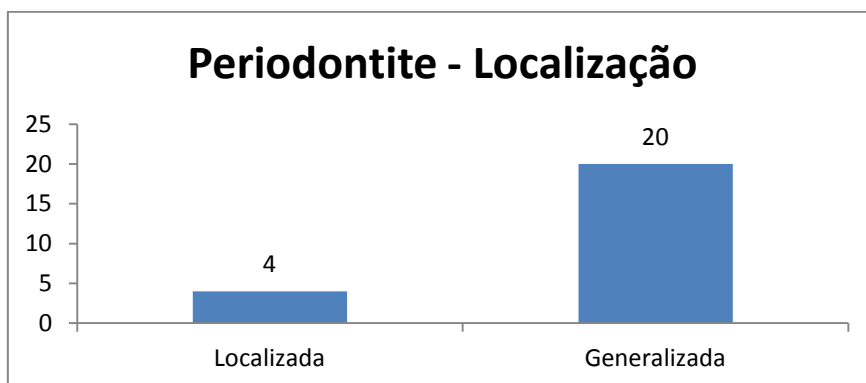


Ilustração 23: Localização da Doença Periodontal

5.7 Alterações dos Tecidos Moles e das Estruturas Dentárias

31% da amostra apresentou alterações dos tecidos moles e 86% alterações nas estruturas dentárias.

Dentro das alterações das estruturas dentárias, a mais prevalente foi a atrição (81%) seguida da abfração (39%), sendo que na categoria outros encontram-se casos de erosão (1), bruxismo (1), hipocalcificação (1) e microdente (1).

No que diz respeito às alterações dos tecidos moles a mais referida foi o trauma por prótese.

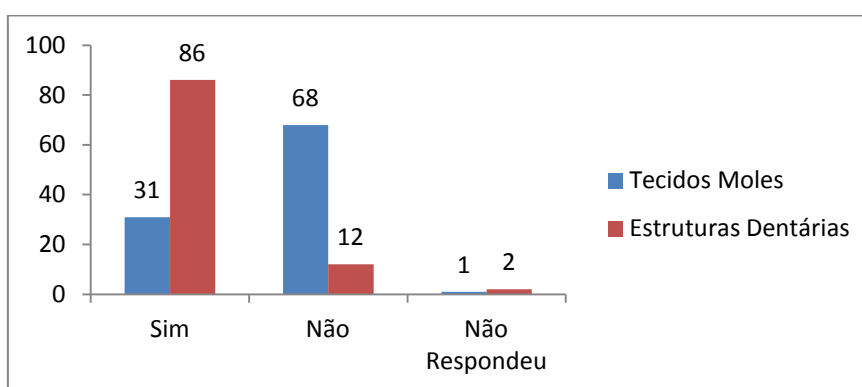


Ilustração 24: Distribuição da Amostra por Alterações dos Tecidos Moles e das Estruturas Dentárias

Estruturas Dentárias

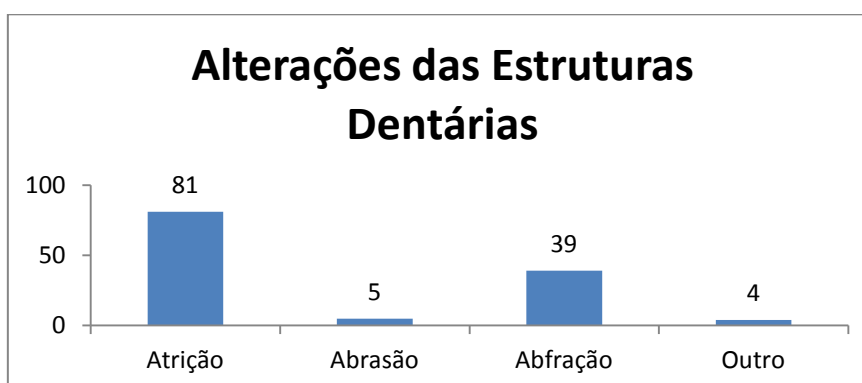


Ilustração 25: Alterações das Estruturas Dentárias Mencionadas

Alterações dos Tecidos Moles

	Contagem (n)
Abcesso	1
Estomatite nicotínica	1
Estomatite protética	2
Fibrose	2
Grânulos de fordyce	1
Herpes	1
Hiperplasia gengival	2
Hiperplasia língua	1
Hiperplasia mucosa jugal	1
Lesão exofítica palato duro	1
Lesões avermelhadas	2
Língua fissurada	1
Língua geográfica	1
Língua pilosa	1
Mucocelo	2
Pigmentação	1
Pigmentação azulada	2
Trauma oclusal	2
Trauma prótese	3
Varizes linguais	1

Tabela 14: Alterações dos Tecidos Moles Mencionadas

5.8 Índice CPO

O índice CPO contabiliza o número de dentes cariados, perdidos e obturados em cada indivíduo, podendo esse valor variar entre 0 e 32.

Na amostra do presente estudo a média do índice CPO foi de 21,21 com especial destaque para a categoria dos dentes ausentes (69%), seguida dos cariados (24%) e por último dos restaurados (7%).

	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Desvio-padrão
CPO	2	32	21,21	7,8

Tabela 15: Índice CPO da Amostra

5.9 Especialidades Solicitadas

A especialidade mais solicitada foi a MDPC (84), seguida da dentisteria (75), cirurgia (70) e prótese parcial (67).

Como menos solicitadas encontra-se a Ortodontia (0), prótese fixa (6) e implantologia (8).

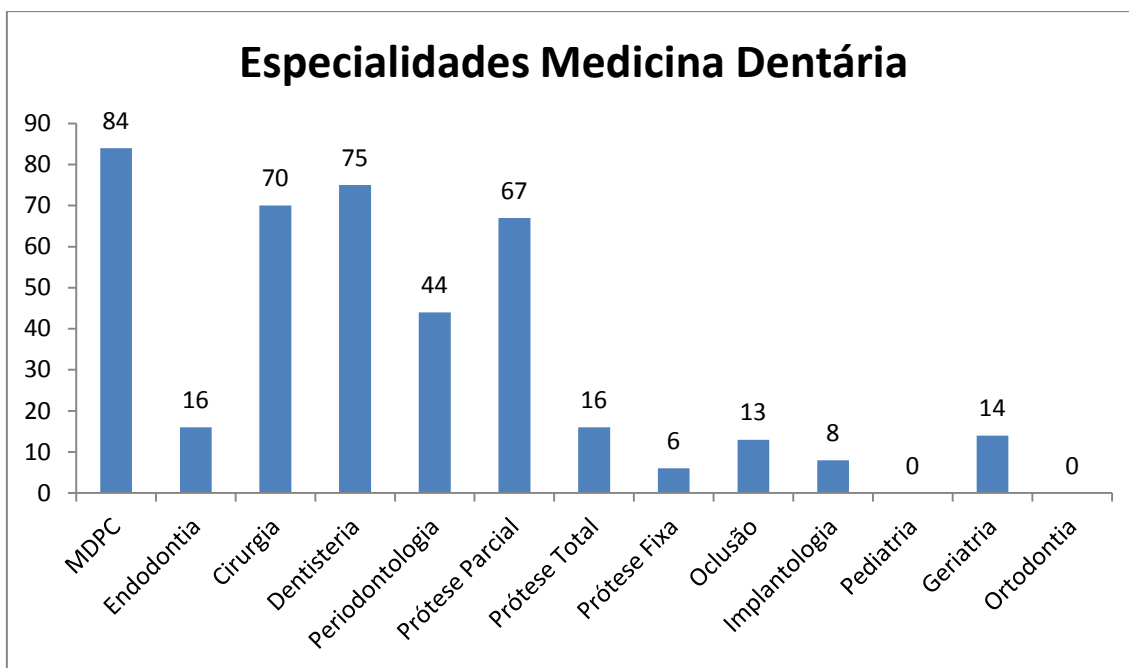


Ilustração 26: Distribuição da Amostra pelas Especialidades em Medicina Dentária

6. Associação entre Variáveis

6.1 Faixa etária e o Uso de Prótese

Os doentes foram agrupados em 2 grupos, o primeiro com idade igual ou inferior a 70 anos e o segundo com mais de 70 anos.

No primeiro grupo, 25 dos doentes usavam prótese, enquanto no segundo esse valor corresponde a 24. Quando aplicado o teste de qui-quadrado ($p = 0,922$) conclui-se que não existe relação entre o aumento da idade e o uso de prótese.

		Portador de Prótese		Total	χ^2	
		Sim	Não			
Faixa Etária	<= 70	Contagem (n)	25	26	51	$p = 0,922$
		Percentagem (%)	25,3	26,3	51,5	
	>70	Contagem (n)	24	24	48	
		Percentagem (%)	24,2	24,2	48,5	
Total		Contagem (n)	49	50	99	
		Percentagem (%)	49,5	50,5	100	

Tabela 16: Associação entre Faixa Etária e Uso de Prótese

6.2 Faixa Etária e a Dimensão Vertical

No primeiro grupo, 12 dos doentes apresentavam a dimensão vertical mantida e 38 diminuída. Enquanto no segundo 13 apresentavam dimensão vertical mantida e 34 diminuída. Quando aplicado o teste de qui-quadrado ($p = 0,543$) conclui-se que não existe associação entre a idade e a dimensão vertical.

		Dimensão Vertical		Total	χ^2
		Mantida	Diminuída		
Faixa Etária	≤ 70	Contagem (n)	12	38	50
		Percentagem (%)	12,2	38,8	51
	>70	Contagem (n)	13	34	48
		Percentagem (%)	25	72	97
Total		Contagem (n)	25,5	74,5	100
		Percentagem (%)	49,5	50,5	100

Tabela 17: Associação entre Faixa Etária e Dimensão Vertical

6.3 Faixa Etária e Dentes Ausentes

	≤ 70 anos		> 70 anos		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes ausentes	13,47	7,46	15,71	7,75	,857

Tabela 18: Associação entre Faixa Etária e Dentes Ausentes

Quando se relaciona a faixa etária com o número de dentes ausentes verificou-se que os sujeitos com mais de 70 anos têm um número médio mais elevado de dentes ausentes (15,71 vs 13,47), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(98) = 0,723$, $p = 0,857$.

6.4 Faixa Etária e Dentes Cariados

	≤ 70 anos		> 70 anos		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes cariados	5,53	4,79	4,92	3,52	,471

Tabela 19: Associação entre Faixa Etária e Dentes Cariados

Os sujeitos com 70 ou menos anos têm um número médio mais elevado de dentes cariados (5,53 vs 4,92), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = -0,180$, $p = 0,471$.

6.5 Dimensão Vertical e Número de Dentes Perdidos

A média de dentes perdidos no grupo dimensão vertical mantida foi de 7,64, enquanto no grupo com dimensão vertical diminuída foi de 16,82, uma vez que no teste de Qui-Quadrado $p < 0,05$, mostra que existe uma relação entre o número de dentes ausentes e o tipo de dimensão vertical, como seria de esperar.

	Dimensão Vertical			χ^2
		Média		
Dentes Perdidos	Mantida (n=25)	Média	7,64	$p < 0,001$
		Valor mínimo	1	
		Valor máximo	20	
	Diminuída (n=72)	Média	16,82	
		Valor mínimo	4	
		Valor máximo	32	

Tabela 20: Associação entre Dimensão Vertical e Número de Dentes Perdidos

6.6 Radioterapia e Número de Dentes Cariados

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes cariados	6,09	4,03	5,17	4,22	,395

Tabela 21: Associação entre Radioterapia e Número de Dentes Cariados

Os sujeitos que fazem radioterapia têm um número médio mais elevado de dentes cariados (6,09 vs 5,17), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = 0,851$, $p = 0,395$.

6.7 Radioterapia e Número de Dentes Ausentes

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes ausentes	13,00	6,38	14,48	7,67	,543

Tabela 22: Associação entre Radioterapia e Número de Dentes Ausentes

Os sujeitos que não fazem radioterapia têm um número médio mais elevado de dentes ausentes (14,48 vs 13,00), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(95) = -0,611$, $p = 0,543$.

6.8 Radioterapia e Número de Dentes Indicados para Extração

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes para extração	2,45	2,33	2,60	3,24	,785

Tabela 23: Associação entre Radioterapia e Número de Dentes Indicados para Extração

Os sujeitos que não fazem radioterapia têm um número médio mais elevado de dentes para extração (2,60 vs 2,45), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = -0,273$, $p = 0,785$.

6.9 Hábitos Tabágicos e Número de Dentes Ausentes

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes ausentes	15,83	9,57	14,55	7,59	,693

Tabela 24: Associação entre Hábitos Tabágicos e Número de Dentes Ausentes

Os sujeitos que fumam têm um número médio mais elevado de dentes ausentes (15,83 vs 14,55), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(97) = -0,396$, $p = 0,693$.

6.10 Hábitos Tabágicos e Número de Dentes Indicados para Extração

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes para extracção	2,33	2,42	2,65	3,26	,994

Tabela 25: Associação entre Hábitos Tabágicos e Número de Dentes Indicados para extração

Os sujeitos que fumam têm um número médio mais elevado de dentes para extração (2,33 vs 2,65), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = -0,007$, $p = 0,994$.

6.11 Hábitos Tabágicos e Alterações Tecidos Moles

Embora haja uma proporção mais elevada de sujeitos que fumam com alteração dos tecidos moles (33,3% vs 30,4%), a diferença não é, no entanto, estatisticamente significativa pelo teste de Fisher, $p = 1,000$.

Tabaco		Alteraçãotec.		Total
		moles		
		Não	Sim	
Sim	Frequência	4	2	6
	% Tabaco	66,7%	33,3%	100,0%
	% Alteração tec.	5,9%	6,7%	6,1%
	Moles			
	% do total	4,1%	2,0%	6,1%
Não	Frequência	64	28	92
	% Tabaco	69,6%	30,4%	100,0%
	% Alteração tec.	94,1%	93,3%	93,9%
	Moles			
	% do total	65,3%	28,6%	93,9%
Total	Frequência	68	30	98
	% Tabaco	69,4%	30,6%	100,0%
	% Alteração tec.	100,0%	100,0%	100,0%
	Moles			
	% do total	69,4%	30,6%	100,0%

Tabela 26: Associação entre Hábitos Tabágicos e Alterações Tecidos Moles

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	,022	1	,881
Continuity Correction	,000	1	1,000
Likelihood Ratio	,022	1	,882
Fisher's Exact Test			1,000
Linear-by-Linear Association	,022	1	,882
N of Valid Cases	98		

Tabela 27: Hábitos Tabágicos e Alterações Tecidos Moles - Teste Qui-quadrado

6.12 Hábitos Alcoólicos e Alterações Tecidos Moles

Embora haja uma proporção mais elevada de sujeitos que fumam com alteração dos tecidos moles (45,8% vs 26,7%), a diferença não é, no entanto, estatisticamente significativa pelo teste de Fisher, $p = 0,128$.

Álcool		Alteraçãotec.		Total	
		Não	Sim		
Sim	Frequência	13	11	24	
	% Álcool	54,2%	45,8%	100,0%	
	% Alteração tec. Moles	19,1%	35,5%	24,2%	
	% do total	13,1%	11,1%	24,2%	
	-----		-----		-----
Não	Frequência	55	20	75	
	% Álcool	73,3%	26,7%	100,0%	
	% Alteração tec. Moles	80,9%	64,5%	75,8%	
	% do total	55,6%	20,2%	75,8%	
	-----		-----		-----
Total	Frequência	68	31	99	
	% Álcool	68,7%	31,3%	100,0%	
	% Alteração tec. Moles	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do total	68,7%	31,3%	100,0%	

Tabela 28: Associação entre Hábitos Alcoólicos e Alterações Tecidos Moles

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	3,105	1	,078
Continuity Correction	2,278	1	,131
Likelihood Ratio	2,982	1	,084
Fisher's Exact Test			,128
Linear-by-Linear Association	3,074	1	,080
N of Valid Cases	99		

Tabela 29: Hábitos Alcoólicos e Alterações Tecidos Moles - Teste Qui-quadrado

6.13 Uso de Prótese e Alterações Tecidos Moles

Os dados revelam que não existe uma maior percentagem de doentes com prótese e com alteração dos tecidos moles (29,2% vs 32%), sendo que esta relação não é estatisticamente significativa, teste de Fisher, $p = 0,828$.

	Prótese	Alteração tec. Moles		Total
		Não	Sim	
Sim	Frequência	34	14	48
	% Periodontite	70,8%	29,2%	100,0%
	% Alteração tec. Moles	50,0%	46,7%	49,0%
	% do total	34,7%	14,3%	49,0%
Não	Frequência	34	16	50
	% Periodontite	68,0%	32,0%	100,0%
	% Alteração tec. Moles	50,0%	53,3%	51,0%
	% do total	34,7%	16,3%	51,0%
Total	Frequência	68	30	98
	% Periodontite	69,4%	30,6%	100,0%
	% Alteração tec. Moles	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	69,4%	30,6%	100,0%

Tabela 30: Associação entre Uso de Prótese e Alterações Tecidos Moles

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	,093	1	,761
Continuity Correction	,007	1	0,932
Likelihood Ratio	,093	1	,761
Fisher's Exact Test			,828
Linear-by-Linear Association	,092	1	,762
N of Valid Cases	98		

Tabela 31: Uso de Prótese e Alterações Tecidos Moles - Teste Qui-quadrado

6.14 Número de Escovagens e Alteração dos Tecidos Moles

Os sujeitos com alteração dos tecidos moles indicam um número médio de escovagens mais elevado (1,90 vs 1,85), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = -0,209$, $p = 0,834$.

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Numero de escovagens por dia	1,90	,77	1,85	,81	,834

Tabela 32: Associação entre Número de Escovagens e Alteração dos Tecidos Moles

6.15 Diabetes e Dentes Ausentes

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes ausentes	14,13	6,73	14,52	7,90	,831

Tabela 33: Associação entre Diabetes e Número Dentes Ausentes

Os sujeitos sem diabetes têm um número médio mais elevado de dentes ausentes (14,52 vs 14,13), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(96) = -0,214$, $p = 0,831$.

6.16 Diabetes e Dentes Indicados para Extração

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes para extração	4,17	3,79	2,17	2,89	,010 *

* $p \leq 0,01$

Tabela 34: Associação entre Diabetes e Número de Dentes Indicados para Extração

Os sujeitos com diabetes têm um número médio mais elevado de dentes para extração (4,17 vs 2,17), sendo a diferença estatisticamente significativa, $Z = -2,590$, $p = 0,010$.

6.17 Doença Periodontal e Dentes Ausentes

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes ausentes	13,92	6,72	14,78	7,95	,634

Tabela 35: Associação entre Doença Periodontal e Número Dentes Ausentes

Os sujeitos sem Periodontite têm um número médio mais elevado de dentes ausentes (14,78 vs 13,92), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(98) = -0,478$, $p = 0,634$.

6.18 Doença Periodontal e Dentes Indicados para Extração

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes para extração	2,54	2,55	2,64	3,38	,624

Tabela 36: Associação entre Doença Periodontal e Número Dentes Indicados para Extração

Os sujeitos sem Periodontite têm um número médio mais elevado de dentes para extração (2,64 vs 2,54), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = -0,490$, $p = 0,624$.

6.19 Doença Periodontal e Mobilidade Dentária

Há maior proporção e significativa de sujeitos com Periodontite e com mobilidade dentária (87,5% vs 55,4%), teste de Fisher, $p = 0,006$.

	Periodontite	Mobilidade		Total
		Sim	Não	
Sim	Frequência	21	3	24
	% Periodontite	87,5%	12,5%	100,0%
	% Mobilidade	33,9%	8,3%	24,5%
	% do total	21,4%	3,1%	24,5%
Não	Frequência	41	33	74
	% Periodontite	55,4%	44,6%	100,0%
	% Mobilidade	66,1%	91,7%	75,5%
	% do total	41,8%	33,7%	75,5%
Total	Frequência	62	36	98
	% Periodontite	63,3%	36,7%	100,0%
	% Mobilidade	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	63,3%	36,7%	100,0%

Tabela 37: Associação entre Doença Periodontal e Mobilidade Dentária

	Valor	Df	Sig.
Pearson Chi-Square	8,032	1	,005
Continuity Correction	6,711	1	,010
Likelihood Ratio	9,071	1	,003
Fisher's Exact Test			,006 *
Linear-by-Linear Association	7,950	1	,005
N of Valid Cases	98		

* $p \leq 0,01$

Tabela 38: Associação entre Doença Periodontal e Mobilidade Dentária - Teste Qui-quadrado

6.20 Número de Escovagens e Dentes Cariados

O coeficiente de correlação entre o número de escovagens por dia e o total de dentes cariados é estatisticamente significativo, fraco e negativo. Como o coeficiente é negativo, isso significa que quanto maior é o número de escovagens por dia menor é o número de dentes cariados, não havendo no entanto diferenças significativas entre quem escova 2 ou 3 vezes por dia.

		Dentes cariados
Numero de escovagens por dia	Pearson Correlation	-,222*
	Sig. (2-tailed)	,030
	N	95

* $p \leq 0,05$

Tabela 39: Associação entre Número de Escovagens e Número Dentes Cariados

6.21 Uso Colutório e Dentes Cariados

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dentes para extracção	5,03	3,18	5,27	4,65	,718

Tabela 40: Associação entre Uso Colutório e Número Dentes Cariados

Os sujeitos que não usam colutório têm um número médio mais elevado de dentes cariados (5,27 vs 5,03), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = -0,361$, $p = 0,718$.

V. Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal determinar quais as características prevalentes na população de idosos da Clínica Universitária Egas Moniz. Como objetivos secundários pretendemos perceber se existe a necessidade de introduzir novos parâmetros a ser avaliadas na Consulta de Triagem realizada aos idosos, a necessidade de reformular alguma das questões existentes ou em última instância a necessidade de se realizar uma consulta específica para doentes geriátricos.

O facto do número da amostra estar limitada a 100 doentes, condicionou uma adequada análise estatística, não sendo possível por vezes obter um resultado estatisticamente relevante, sendo esta uma limitação do presente estudo, à semelhança do seu carácter transversal, que não permite estudar as alterações ocorridas na população ao longo do tempo.

Uma vez que muitos dos dados recolhidos foram fornecidos pelos próprios doentes é também necessário ter a noção que incorreções ou informações erradas são acontecimentos comuns numa relação Médico-Doente, havendo uma tendência para minimizar a situação ou não revelar a verdade (Palmieri & Stern, 2009; Jr & Haidet, 2010).

Com base numa seleção aleatória e nos parâmetros de inclusão e exclusão definidos, a amostra foi constituída por 100 doentes geriátricos que realizaram a sua Consulta de Triagem entre 2009 e 2013, estando esta mesma amostra repartida por 25 indivíduos de cada ano, uma vez que todos os dados recolhidos para o presente estudo foram obtidos por alunos diferentes ao longo de 4 anos.

A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo masculino (54%), sendo os restantes 46% do sexo feminino, algo que contraria a tendência nacional para um predomínio do sexo feminino (Censos 2011) mas que se enquadra com muitos dos estudos realizados.

Em relação à idade, a média de idades registada foi de 71,9 anos, valor que pode ser explicado pelo facto de um dos fatores de inclusão ser a idade mínima de 65 anos, no entanto encontra-se muito próximo aos revelados pelo Instituto Nacional de Estatística (Censos 2011).

No que diz respeito ao estado civil a grande maioria, 60% dos inquiridos são casados, 16% viúvos, 7% divorciados e apenas 4% solteiros, tendência que se enquadra nos dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (Censos 2011) onde a partir dos 65 anos a categoria de casados predomina seguida dos viúvos e apenas difere no facto de se registar mais solteiros que divorciados.

Apesar de não referido, em relação à atividade profissional todos os indivíduos da amostra apresentaram-se como reformados.

Outros dados biográficos como a raça ou habilitações literárias que poderiam eventualmente ter algum interesse científico para o estudo não foi possível obter por não constar nas informações recolhidas durante a Consulta de Triagem.

Os efeitos da radioterapia na cavidade oral aquando de tratamentos a tumores da cabeça e pescoço podem ir desde o aumento do número de cáries, hipossalivação, aumento da suscetibilidade a infeções como a candidíase até à osteoradionecrose do osso (Kumar & Rastogi, 2011; Meurman & Grönroos, 2010), no entanto estudos apontam para que grande parte dos doentes que realizam este tipo de tratamentos não sejam depois devidamente acompanhados a nível de problemas dentários (Sennhenn-Kirchner *et al.*, 2009).

Em relação aos resultados a média de dentes cariados nos doentes que realizaram tratamentos com radioterapia foi mais elevada comparativamente aos que não realizaram (6,09 vs 5,17) no entanto a diferença não foi estatisticamente significativa $p = 0,395$ diferença essa que é comprovada por outros estudos, que referem que uma das principais causas para o aumento de cáries é a diminuição do fluxo salivar e por consequência a sua proteção a nível das estruturas dentárias (Lieshout & Bots, 2014; Sennhenn-Kirchner *et al.*, 2009; Shao *et al.*, 2011).

Também não foram encontradas relações entre a radioterapia e o número ausente de dentes ($p = 0,543$) bem como de dentes indicados para extração ($p = 0,785$) sendo que o número registado de dentes ausentes e indicados para extração foi menor no grupo de doentes que realizou tratamentos com radioterapia, este facto poderá estar explicado por um seguimento dos doentes prévio ao tratamento, fator que importa confirmar.

Nos resultados obtidos, embora exista uma proporção mais elevada de doentes que fumam com alterações dos tecidos moles (33,3 vs 30,4) e doentes que consomem álcool com alterações dos tecidos moles (45,8 vs 26,7), quando comparados com os restantes

doentes não se registaram diferenças estatisticamente relevantes ($p = 0,100$ e $p = 0,128$ respetivamente), algo que também acontece noutros estudos (Harris, Warnakulasuriya, Cooper, Peters, & Gelbier, 2004; Khocht, Schleifer, Janal, & Keller, 2009; Suliman *et al.*, 2011; Vieira-Andrade *et al.*, 2011). Outros estudos apresentam relações estatisticamente relevantes (Patil, Bathi, & Chaudhari, 2013) e existem ainda estudos que referem que a presença de lesões da mucosa oral está mais relacionada com a higiene oral, tendo no nosso estudo sido usado o número de escovagens como indicador dos hábitos de higiene oral com $p = 0,834$ e relacionado com o uso incorreto das próteses ou próteses mal adaptadas, $p = 0,828$ (Saintrain, Almeida, Naruse, & Gonçalves, 2013).

O facto de apenas existirem 6 doentes em 100 com hábitos tabágicos pode ter contribuído para estes resultados, bem como a dificuldade e falta de uniformidade nos critérios de diagnóstico de lesões da mucosa oral (Suliman *et al.*, 2011).

Assim sendo, a relação entre lesões da mucosa oral com tabaco e álcool é complexa e sempre que existe parece não ser de forma direta mas sim por consequências secundárias (Kobayashi & Moore, 2000).

Quando comparado o número de dentes ausentes com a idade chegou-se à conclusão que não existe relação estatística $p = 0,857$, assim é possível afirmar que a perda de dentes não está diretamente relacionada com a idade e que o processo de envelhecimento não leva, pelo menos por si só, à perda dentária (Chung *et al.*, 2011), sendo que segundo os resultados a idade também não se encontra relacionada com o uso de prótese ($p = 0,922$) nem com a dimensão vertical ($p = 0,543$).

Os estudos mostram que o planeamento protético, lesões de cárie e doença periodontal são as principais razões para a extração de dentes (Kalauz & Katanec, 2009; Surgeon, Surgery, & Registrar, 2010). Tal resultado pode eventualmente estar relacionado com a forma como os doentes com doença periodontal foram seleccionados na amostra, uma vez que apenas foram considerados os doentes que realizaram o diagnóstico clínico da periodontite (apenas 24) sendo que foram reencaminhados para a especialidade de Periodontologia 44 doentes, 20 deles nunca chegaram a realizar o diagnóstico o que corresponde a uma percentagem de 45%, de não adesão ao tratamento. Assim sendo, no grupo de controlo muito possivelmente foram também usados doentes que efetivamente

tenham doença periodontal, o que poderá explicar os resultados encontrados, este é um facto que importa ter em conta numa futura análise da triagem em Geriatria.

Atendendo ao facto de 75% das periodontites diagnosticadas nos doentes geriátricos têm um carácter severo, 84% uma localização generalizada e uma relação estatisticamente significativa para a presença de periodontite e mobilidade dentária, $p = 0,006$, demonstram bem o estado avançado desta patologia nos idosos que atendem à Consulta de Triagem.

Na amostra, os dentes mais ausentes foram tanto os sisos superiores como os inferiores (81%), os molares inferiores (63%) e pré-molares superiores (62,5%) valores que se assemelham aos encontrados em outros estudos (Kalauz & Katanec, 2009; Alesia & Khalil, 2013).

As razões mais frequentes para a extração de dentes continuam a ser as lesões de cárie dentária e a doença periodontal (Kalauz & Katanec, 2009; Surgeon *et al.*, 2010; Alesia & Khalil, 2013) aparecendo em alguns estudos o tratamento ortodôntico também como causa, algo difícil de comprovar nesta amostra, uma vez que nenhum doente realizou tratamento ortodôntico.

No que ao tabaco diz respeito, a diferença não foi estatisticamente significativa entre o número de dentes ausentes por parte dos doentes fumadores $p = 0,693$, bem como o número de dentes indicados para extração $p = 0,994$ havendo, no entanto, uma ligeira diferença na média de dentes ausentes de cada um dos grupos (15,83 vs 14,55). Este valor à semelhança de outros obtidos neste estudo poderá ter sido influenciado pela pouca prevalência de doentes fumadores, sendo que, em estudos com quantidade mais significativa de fumadores, existe uma relação positiva (Kobayashi & Moore, 2000; Hanioka *et al.*, 2011; (Agbor, Azodo, & Tefouet, 2013).

Uma vez que a dimensão vertical é definida como a “diminuição da distância entre a arcada maxilar e mandibular, por modificações dentárias da posição dos dentes ou alterações da espessura do rebordo alveolar pela reabsorção do rebordo alveolar” (*The Academy of Prosthodontics*, 2005), o facto de $p = 0,001$ para a relação entre a dimensão vertical e o número de dentes ausentes, indica-nos que quanto mais dentes ausentes os doentes apresentam, existe uma tendência para haver uma mudança na dimensão vertical de mantida para diminuída, algo que se registou em outros estudos realizados

(Botelho, 2013; Taylor, Zengingul, Eskimez, De & Kama, 2014). Esta mudança de dimensão vertical também pode estar fortemente associada a lesões dentárias não cariosas como a abrasão e bruxismo, algo que não foi correlacionado no presente estudo, mas que se encontra referenciado na literatura (Botelho, 2013). Os dados do presente estudo corroboram o facto de a idade não influenciar diretamente a perda de dentes, uma vez que a relação para idade e diminuição da dimensão vertical deu negativa ($p = 0,543$).

Como esperado, os dados apresentam uma relação positiva entre o número de escovagens e as lesões de cárie ($p < 0,05$), sendo que os doentes que não escovam os dentes ou escovam apenas uma vez apresentam um maior número de cáries, quando comparados aos que realizam a higienização oral 2 ou 3 vezes por dia (Folayan *et al.*, 2013) no entanto estudos anteriores demonstram que a qualidade da higienização é melhor que a quantidade (H.-Y. Liu *et al.*, 2010). Assim, da amostra recolhida os dentes mais cariados são os molares superiores (53%), os sisos superiores (52%) os molares inferiores (49,7%), os menos cariados são os centrais inferiores (8,3%), laterais inferiores (13,8%) e os caninos inferiores (15%), havendo uma prevalência para as classe V (36,2%) (Gati & Vieira, 2011; Mamai-Homata, Topitsoglou, Oulis, Margaritis & Polychronopoulou, 2012), entre os doentes que realizaram plano de tratamento de dentisteria, contudo foram apenas 25 dos 75 reencaminhados para dentisteria.

O valor médio de CPO (21,21) encontrado na amostra encontra-se abaixo dos registados noutros estudos, no entanto, à semelhança de todos os estudos a componente mais prevalente é a dos dentes ausentes (M. De Saúde, Alcântara & Dias, 2010; Miranda, Miranda, Rogério & Bonan, 2006; Petra, Sá, Paulo, Corvino & Petra, 2011;). Este valor pode ser explicado pela amostra usada, pois em alguns dos estudos o valor de CPO mais baixo encontrado foi de 8 (Miranda *et al.*, 2006), enquanto que neste foi de 2, além disso em muitos dos estudos existe uma grande frequência de desdentados totais superiores e inferiores (que apresentam um valor de 32 de CPO) (Miranda *et al.*, 2006) enquanto que, neste estudo apenas foram registados 7 casos de desdentados totais. Porém, estes valores encontram-se extremamente elevados quando comparados com outras faixas etárias (Direcção-Geral. da Saúde, 2000; Peres, Beatriz, Tarquínio & Gigante, 2011).

Apesar da evidência científica mostrar que existe uma relação entre o uso de colutório e a diminuição de *Streptococcus Mutans*, que é considerado o principal responsável pelas lesões de cárie (Arunakul, Thaweboon, Thaweboon, Asvanund & Charoenchaikorn, 2011; ElSalhy, Sayed Zahid & Honkala, 2012), no presente estudo não foi encontrada relação entre o uso do mesmo e a diminuição das lesões de cárie ($p = 0,718$). Tal valor pode ser explicado pelo facto de os colutórios orais apenas funcionarem como adjuvantes da higiene oral, nunca devendo substituir a escovagem dos dentes (Arunakul *et al.*, 2011).

A diabetes parece ser uma patologia que veio para ficar e apresenta as condições para se alastrar cada vez mais à escala global, devido ao progressivo envelhecimento da população e ao aumento da obesidade (Cardiol, 2010).

No presente estudo a diabetes apareceu como a patologia mais referenciada a nível de antecedentes pessoais (27,5% do total de patologias registadas) o que revela bem a sua importância na história clínica familiar e pessoal (Peterson, Gwinn, & Valdez, 2012), sendo que a nível pessoal esta patologia foi referenciada por 21 doentes (11,5%).

Apesar de estudos indicarem que a diabetes pode estar muitas vezes associada à má higiene oral, à doença periodontal e à mobilidade dentária (Lee *et al.*, 2009; Commisso, Monami, & Mannucci, 2011; Mohamed *et al.*, 2013), no presente estudo, não foram encontradas relações entre a diabetes e o número de dentes ausentes $p = 0,831$, no entanto uma relação estatisticamente significativa foi encontrada entre a diabetes e o número de dentes indicados para extração $p = 0,01$, sendo que os doentes diabéticos apresentaram uma maior média de dentes indicados para extração, quando comparados com os doentes não diabéticos, tal pode estar relacionado com o baixo nível de higiene oral (Commisso *et al.*, 2011; Lee *et al.*, 2009).

A patologia sistémica mais prevalente na amostra foi a Hipertensão Arterial, que estava presente em 51% dos indivíduos da amostra, representando 28,2% do total de patologias referenciadas, dados que são corroborados pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) e em grande parte dos estudos realizados (Barretto & Grassi, 2005; Bhatt, Vyas, & Joshi, 2014; A. D. L. Silva & Catão, 2012).

Nos dados recolhidos pelo Inquérito Nacional de Saúde, logo a seguir à Hipertensão Arterial surge a Doença Reumática, a Dor Crónica, a Osteoporose e a Diabetes como as

mais prevalentes na população com mais de 65 anos, dados que diferem aos recolhidos nesta amostra que à parte da Hipertensão Arterial e Diabetes, apresenta como patologias mais prevalentes a Artrite, Asma, Colesterol, Cancro e Alergias não Medicamentosas.

As quedas acidentais por parte dos idosos, que estudos referem serem também muito prevalentes (Arai *et al.*, 2010; Campolina, Adami, Santos & Lebrao, 2013), não foram referidas por qualquer doente neste estudo, tal pode estar relacionado com o facto de esta situação não aparecer discriminada na ficha da Consulta de Triagem e os doentes acharem que é irrelevante, contudo, estudos revelam que podem ser o primeiro sinal de outras patologias como a Demência, a Doença de Alzheimer ou até a Osteoporose.

Uma das limitações desta recolha de informações, prende-se com o facto de não terem sido utilizados qualquer tipo de exames para comprovar a existência das patologias referenciadas pelos doentes ou de patologias não referenciadas.

Em termos de farmacologia por parte do idoso, acaba por ir ao encontro das patologias apresentadas pelo mesmo, ou seja, medicamentos do grupo do aparelho cardiovascular e sangue aparecem como os mais referenciados pelos doentes.

A população geriátrica é a que utiliza mais medicamentos (Lange, 2007), sendo o número médio de fármacos registados entre 6 a 8. No nosso estudo a média de fármacos tomados pelos indivíduos foi de 3,3, sendo a polimedicação definida de várias formas entre elas a toma de cinco ou mais medicamentos (Bregnhøj, Thirstrup, Kristensen, Bjerrum, & Sonne, 2009). Nessa perspectiva é possível afirmar que 23% da presente amostra apresentava uma polimedicação *major*, enquanto que a polimedicação *minor* (entre dois a quatro medicamentos) estava presente em 47% da amostra, havendo assim uma prevalência da polimedicação *minor* sobre a *major* (P. Silva, Luís, & Biscaia, 2004).

Em termos de omissão da farmacologia, 11% da amostra não referiu toma de medicamentos, apesar de não serem raras as situações onde o doente referia que tomava determinado medicamento para uma doença específica mas não referenciava a doença, ou vice-versa. Tal levanta outra questão explorada por alguns autores que concluíram que a omissão de medicamentos por parte dos doentes geriátricos é uma situação normal e que os mais omitidos nos seus estudos foram as estatinas (26%), a varfarina (9,5%), os

antiagregantes plaquetários (7,3%) e o cálcio/vitamina D (6%) (Piette, Heisler, & Wagner, 2004; Barry, Gallagher, Ryan, & O'mahony, 2007).

Em Medicina Dentária os fármacos mais prescritos são os anti inflamatórios, como o ibuprofeno e o ácido acetilsalicílico, os analgésicos, principalmente o paracetamol e os antibióticos, com principal destaque para a amoxicilina, a amoxicilina com ácido clavulânico, clindamicina, azitromicina e o metranidazol (Therapeutic Guidelines, 2012), sendo que no presente estudo esta informação não foi recolhida parecendo-nos importante averiguar se houve ajustes da dose destes medicamentos, principalmente nos doentes idosos.

Dentro dos principais medicamentos prescritos pelo Médico Dentista, seguindo a fórmula de Cokcroft-Gault, que é a mais precisa, apenas a clindamicina e a azitromicina não necessitam de ajuste da medicação (Hilmer *et al.*, 2011). Surge assim a necessidade de saber os níveis de *clearance* de creatinina dos doentes geriátricos, que com a idade tendem a diminuir a sua função renal, sendo por isso necessário um ajuste na medicação prescrita como forma de compensar essa insuficiência renal (Hilmer *et al.*, 2011)

Existem ainda resultados recolhidos que revelam que algumas alterações poderiam ser realizadas de forma a otimizar a história clínica realizada, por exemplo, a pergunta antecedentes familiares por não ser primeiramente uma pergunta fechada com “sim” ou “não”, levanta a dúvida se o doente não preencheu pois não tem qualquer antecedente familiar ou não respondeu.

VI. Conclusões

Com base nos objetivos traçados para este estudo, foi possível alcançar as seguintes conclusões:

A população geriátrica que frequenta a Clínica Universitária Egas Moniz pertence maioritariamente ao sexo masculino, é casado, reformado e desloca-se, principalmente, à clínica com problemas a nível dentário.

Apresenta maioritariamente patologias sistémicas, com especial destaque para a Hipertensão Arterial, Diabetes, Asma e Colesterol, toma mais que 1 medicamento, não fuma e consome álcool apenas às refeições.

Escova por norma, uma a duas vezes por dia e não usa qualquer meio de higienização secundário (colutório ou escovilhão).

Quando usa prótese, esta tem normalmente mais que 15 anos e é removível. Esta população apresenta múltiplos dentes ausentes que conduz a uma frequente diminuição da dimensão vertical e dentes cariados, especialmente na zona cervical, sendo poucos os dentes que estão restaurados, havendo prevalência do material restaurador usado, a resina composta.

Em relação ao estado gengival, apresentam-se com uma doença periodontal avançada, com mobilidade de dentes e hemorragia gengival. Apresentam também, frequentemente, alterações das estruturas dentárias com prevalência da atrição, mas sem alterações dos tecidos moles.

É uma população que frequentemente necessita de tratamentos nas áreas de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária, Cirurgia, Dentisteria, Reabilitação Oral e Periodontologia, mas que apresenta uma não adesão maior às especialidades de Dentisteria e Periodontologia.

Uma vez que a consulta de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária é a primeira realizada após a Consulta de Triagem, deveria existir um maior controlo para que esta se realizasse novamente no espaço máximo de até 6 meses, de forma a dar continuidade à boa higiene oral dos doentes geriátricos.

A necessidade de incluir ou reformular parâmetros da história clínica justifica que se crie uma história clínica específica para os doentes geriátricos. Seria interessante se a primeira consulta de triagem fosse realizada no departamento de Geriatria onde seria feito o diagnóstico clínico de periodontite em simultâneo com plano de tratamento de dentisteria caso se justificasse. Um maior controlo da farmacologia do doente, bem como um maior cuidado no registo dos medicamentos é também necessário. Incluir as quedas acidentais na história clínica e reformular a questão dos antecedentes familiares poderiam trazer uma melhoria nos dados clínicos recolhidos.

Por tudo isto, poderia ser equacionada uma história clínica específica para a Unidade Curricular de Geriatria.

Um estudo semelhante a este, mas com um maior número de amostra poderia revelar outro tipo de conclusões, podendo eventualmente permitir outro tipo de resultados estatisticamente relevantes, ou comprovar os presentes resultados.

Um estudo com uma faixa etária mais baixa, também poderia ter o seu interesse como meio de comparação com o presente estudo de forma a perceber as diferenças que vão ocorrendo com o avanço da idade.

Sugere-se ainda a realização de estudos longitudinais que avaliem a evolução dos tratamentos dos doentes geriátricos ao longo das suas consultas na Clínica Universitária Egas Moniz, nomeadamente resposta aos tratamentos periodontais, novas patologias, alterações da medicação, novas lesões de cárie, entre outros.

VII. Bibliografia

- Agbor, M. a, Azodo, C. C., & Tefouet, T. S. M. (2013). Smokeless tobacco use, tooth loss and oral health issues among adults in Cameroon. *African health sciences*, 13(3), 785–90. doi:10.4314/ahs.v13i3.38
- Alencar, C. R. B. De, Andrade, F. J. P. De, & Catão, M. H. C. D. V. (2011). Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas , cirúrgicas e avaliação de riscos. *Rsbo*, 8(2), 200–210.
- Alesia, K., & Khalil, H. S. (2013). Reasons for and patterns relating to the extraction of permanent teeth in a subset of the Saudi population. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 5, 51–6. doi:10.2147/CCIDE.S49403
- Amer, R. S., & Kolker, J. L. (2013). Restoration of root surface caries in vulnerable elderly patients: a review of the literature. *Special care in dentistry: official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*, 33(3), 141–9. doi:10.1111/j.1754-4505.2012.00302.x
- Arai, Y., Iinuma, T., Takayama, M., Takayama, M., Abe, Y., Fukuda, R., ... Hirose, N. (2010). The Tokyo Oldest Old survey on Total Health (TOOTH): a longitudinal cohort study of multidimensional components of health and well-being. *BMC geriatrics*, 10, 35. doi:10.1186/1471-2318-10-35
- Arunakul, M., Thaweboon, B., Thaweboon, S., Asvanund, Y., & Charoenchaikorn, K. (2011). Efficacy of xylitol and fluoride mouthrinses on salivary mutans streptococci. *Asian Pacific journal of tropical biomedicine*, 1(6), 488–90. doi:10.1016/S2221-1691(11)60106-8
- Barretto, A. A., & Grassi, L. M. (2005). Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos, 69–74.
- Barry, P. J., Gallagher, P., Ryan, C., & O'mahony, D. (2007). START (screening tool to alert doctors to the right treatment)--an evidence-based screening tool to detect

- prescribing omissions in elderly patients. *Age and ageing*, 36(6), 632–8.
doi:10.1093/ageing/afm118
- Bhatt, B. M., Vyas, S., & Joshi, J. P. (2014). AGEING AND HEALTH: A HEALTH PROFILE OF INMATES OF OLD AGE HOME, 5(1).
- Boavida, J. M., Pereira, M., & Ayala, M. (2013). A Mortalidade por Diabetes em Portugal, 26(4), 315–317.
- Bollen, A.-M., Taguchi, A., Hujoel, P. P., & Hollender, L. G. (2004). Number of teeth and residual alveolar ridge height in subjects with a history of self-reported osteoporotic fractures. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 15(12), 970–974.
doi:10.1007/s00198-004-1695-1
- Botelho, S. C. T. (2013). *Perda de dimensão vertical de oclusão e estruturas dentárias remanescentes: Considerações clínicas do diagnóstico às opções terapêuticas*. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde.
- Bregnhøj, L., Thstrup, S., Kristensen, M. B., Bjerrum, L., & Sonne, J. (2009). Combined intervention programme reduces inappropriate prescribing in elderly patients exposed to polypharmacy in primary care. *European journal of clinical pharmacology*, 65(2), 199–207. doi:10.1007/s00228-008-0558-7
- Campolina, A. G., Adami, F., Santos, J. L. F., & Lebrao, M. L. (2013). Effect of eliminating chronic diseases among elderly individuals. *Revista de Saúde Pública*, 47(3), 514–522. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004570
- Cardiol, R. P. (2010). Diabetes mellitus: um problema de saúde global [39]
INTRODUCTION, (Cvd), 539–543.
- Carvalho, M. D. V., Iglesias, D. P. P., do Nascimento, G. J. F., & Sobral, A. P. V. (2011). Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology*, 28(2), 111–115. doi:10.1111/j.1741-2358.2010.00370.x

- Castro, C. P., Maria, C., Alves, C., & Lopes, F. F. (2010). Fatores sistêmicos associados à doença periodontal em idosos, 289–295. doi:10.5335/rbceh.2010.027
- Chen, F., & Wang, D. (2011). caries: a patent survey, 20(5), 681–694. doi:10.1517/13543771003720491.Novel
- Chen, X., & Clark, J. J. J. (2011). Multidimensional risk assessment for tooth loss in a geriatric population with diverse medical and dental backgrounds. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1116–22. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03425.x
- Chen, X., Clark, J. J., Preisser, J. S., Naorungroj, S., & Shuman, S. K. (2013). Dental caries in older adults in the last year of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(8), 1345–50. doi:10.1111/jgs.12363
- Chiang, M.-L., Hsieh, Y.-J., Tseng, Y.-L., Lin, J.-R., & Chiang, C.-P. (2014). Oral mucosal lesions and developmental anomalies in dental patients of a teaching hospital in Northern Taiwan. *Journal of Dental Sciences*, 9(1), 69–77. doi:10.1016/j.jds.2013.06.004
- Chung, S.-Y., Song, K.-B., Lee, S. G., & Choi, Y.-H. (2011). The strength of age effect on tooth loss and periodontal condition in Korean elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 53(2), e243–8. doi:10.1016/j.archger.2011.04.021
- Commisso, L., Monami, M., & Mannucci, E. (2011). Periodontal disease and oral hygiene habits in a type 2 diabetic population. *International journal of dental hygiene*, 9(1), 68–73. doi:10.1111/j.1601-5037.2009.00439.x
- Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H., & Reis Campos, J. C. (2011a). As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 52(3), 175–180. doi:10.1016/j.rpemd.2011.05.002
- Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H., & Reis Campos, J. C. (2011b). As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina*

Dentária e Cirurgia Maxilofacial, 52(3), 175–180.

doi:10.1016/j.rpemd.2011.05.002

Csado, K., Marton, K., & Kivovics, P. (2012). Anatomical changes in the structure of the temporomandibular joint caused by complete edentulousness. *Gerodontology*, 29(2), 111–6. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00498.x

Ellefsen, B. S., Morse, D. E., Waldemar, G., & Holm-Pedersen, P. (2012). Indicators for root caries in Danish persons with recently diagnosed Alzheimer's disease. *Gerodontology*, 29(3), 194–202. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00560.x

ElSalhy, M., Sayed Zahid, I., & Honkala, E. (2012). Effects of xylitol mouthrinse on *Streptococcus mutans*. *Journal of dentistry*, 40(12), 1151–4. doi:10.1016/j.jdent.2012.08.014

Fernando, L., & Oliveira, K. M. (2011). PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS QUE ACONTECEM NOS IDOSOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Folayan, M. O., Khami, M. R., Folaranmi, N., Popoola, B. O., Sofola, O. O., Ligali, T. O., Orenuga, O. O. (2013). Determinants of preventive oral health behaviour among senior dental students in Nigeria. *BMC oral health*, 13(1), 28. doi:10.1186/1472-6831-13-28

Gati, D., & Vieira, A. R. (2011). Elderly at greater risk for root caries: a look at the multifactorial risks with emphasis on genetics susceptibility. *International journal of dentistry*, 2011, 647168. doi:10.1155/2011/647168

Gonsalves, W. C., Wrightson, a S., & Henry, R. G. (2008). Common oral conditions in older persons. *American family physician*, 78(7), 845–852.

Guariguata, L., Whiting, D. R., Hambleton, I., Beagley, J., Linnenkamp, U., & Shaw, J. E. (2014). Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes research and clinical practice*, 103(2), 137–49. doi:10.1016/j.diabres.2013.11.002

- Gupta, A., Epstein, J. B., & Sroussi, H. (2006). Hyposalivation in elderly patients. *Journal (Canadian Dental Association)*, 72(9), 841–846.
- Hanioka, T., Ojima, M., Tanaka, K., Matsuo, K., Sato, F., & Tanaka, H. (2011). Causal assessment of smoking and tooth loss: a systematic review of observational studies. *BMC public health*, 11(1), 221. doi:10.1186/1471-2458-11-221
- Harris, C. K., Warnakulasuriya, K. a a S., Cooper, D. J., Peters, T. J., & Gelbier, S. (2004). Prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in south London. *Journal of oral pathology & medicine: official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*, 33(5), 253–9. doi:10.1111/j.0904-2512.2004.00142.x
- Hayasaka, K., Tomata, Y., Aida, J., Watanabe, T., Kakizaki, M., & Tsuji, I. (2013). Tooth loss and mortality in elderly Japanese adults: effect of oral care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 815–20. doi:10.1111/jgs.12225
- Hilmer, S. N., Tran, K., Rubie, P., Wright, J., Gnjidic, D., Mitchell, S. J., ... Carroll, P. R. (2011). Gentamicin pharmacokinetics in old age and frailty. *British journal of clinical pharmacology*, 71(2), 224–31. doi:10.1111/j.1365-2125.2010.03825.x
- Hill, Manuela Magalhães e Hill, Andrew (2005)
Investigação por questionário, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa
- Huttner, E. A., Machado, D. C., de Oliveira, R. B., Antunes, A. G. F., & Hebling, E. (2009). Effects of human aging on periodontal tissues. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*, 29(4), 149–55. doi:10.1111/j.1754-4505.2009.00082.x
- Jainkittivong, A., Aneksuk, V., & Langlais, R. P. (2010). Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology*, 27(1), 26–32. doi:10.1111/j.1741-2358.2009.00289.x

- Jr, R. L. S., & Haidet, P. (2010). How Well Do Doctors Know their Patients? Factors Affecting Physician Understanding of Patients ' Health Beliefs. doi:10.1007/s11606-010-1453-3
- Junior, A. P. (2012). Clinical laboratory findings in the elderly, 169–174.
- Kalauz, A., & Katanec, D. (2009). Razlozi za ekstrakcije zuba : ogledna studija The Reasons for Tooth Extractions: A Pilot Study, *43*(2), 110–116.
- Katzung B. Basic and Clinical Pharmacology
10th ed. New York: McGraw Hill - Lange; 2007
- Khocht, A., Schleifer, S. J., Janal, M. N., & Keller, S. (2009). Dental care and oral disease in alcohol-dependent persons. *Journal of substance abuse treatment*, *37*(2), 214–8. doi:10.1016/j.jsat.2008.11.009
- Kobayashi, Y. M., & Moore, M. a. (2000). Tobacco Smoking in the Asian Pacific - the Scope of the Problem. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, *1*(1), 73–76. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12718692>
- Kumar, D., & Rastogi, N. (2011). Oral Complications and Its Management during Radiotherapy, *2*(August), 109–113.
- Lee, H.-K., Choi, S.-H., Won, K. C., Merchant, A. T., Song, K.-B., Jeong, S.H., Choi, Y.-H. (2009). The effect of intensive oral hygiene care on gingivitis and periodontal destruction in type 2 diabetic patients. *Yonsei medical journal*, *50*(4), 529–36. doi:10.3349/ymj.2009.50.4.529
- Lieshout, H. F. J., & Bots, C. P. (2014). The effect of radiotherapy on dental hard tissue--a systematic review. *Clinical oral investigations*, *18*(1), 17–24. doi:10.1007/s00784-013-1034-z
- Liu, H.-Y., Chen, C.-C., Hu, W.-C., Tang, R.-C., Chen, C.-C., Tsai, C.-C., & Huang, S.-T. (2010). The impact of dietary and tooth-brushing habits to dental caries of special school children with disability. *Research in developmental disabilities*, *31*(6), 1160–9. doi:10.1016/j.ridd.2010.08.005

- Liu, L., Zhang, Y., Wu, W., Cheng, M., Li, Y., & Cheng, R. (2013). Prevalence and correlates of dental caries in an elderly population in northeast China. *PloS one*, 8(11), e78723. doi:10.1371/journal.pone.0078723
- Maguire, S. L., & Slater, B. M. J. (2013). Physiology of ageing. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 14(7), 310–312. doi:10.1016/j.mpaic.2013.04.008
- Mamai-Homata, E., Topitsoglou, V., Oulis, C., Margaritis, V., & Polychronopoulou, A. (2012). Risk indicators of coronal and root caries in Greek middle aged adults and senior citizens. *BMC public health*, 12(1), 484. doi:10.1186/1471-2458-12-484
- Maria, L., Abreu, G., Lopes, F. F., Luis, A., & Pereira, A. (2010). Doença periodontal e condições sistêmicas: mecanismos de interação, 11(2), 52–55.
- Marôco, João (2007)
Análise estatística com utilização do SPSS, Edições Sílabo, 3ª edição, Lisboa
- Meurman, J. H., & Grönroos, L. (2010). Oral and dental health care of oral cancer patients: hyposalivation, caries and infections. *Oral oncology*, 46(6), 464–7. doi:10.1016/j.oraloncology.2010.02.025
- Miranda, L. D. P., Miranda, L. D. P., Rogério, P., & Bonan, F. (2006). Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da Cidade de Montes Claros , Minas Gerais , Brasil, 251–270.
- Mohamed, H. G., Idris, S. B., Ahmed, M. F., Bøe, O. E., Mustafa, K., Ibrahim, S. O., & Astrøm, A. N. (2013). Association between oral health status and type 2 diabetes mellitus among Sudanese adults: a matched case-control study. *PloS one*, 8(12), e82158. doi:10.1371/journal.pone.0082158
- Müller, F., Naharro, M., & Carlsson, G. E. (2007). What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clinical oral implants research*, 18 Suppl 3, 2–14. doi:10.1111/j.1600-0501.2007.01459.x
- Murray Thomson, W. (2014). Epidemiology of oral health conditions in older people. *Gerodontology*, 31 Suppl 1, 9–16. doi:10.1111/ger.12085

- Navaratnarajah, A., & Jackson, S. H. D. (2013). The physiology of ageing. *Medicine*, *41*(1), 5–8. doi:10.1016/j.mpmed.2012.10.009
- Nielsen, D., van Mourik, K., & van der Sanden, W. (2012). The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. *BMC Public Health*, *12*(1), 839. doi:10.1186/1471-2458-12-839
- Northridge, M. E., Ue, F. V., Borrell, L. N., De La Cruz, L. D., Chakraborty, B., Bodnar, S., Lamster, I. B. (2012). Tooth loss and dental caries in community-dwelling older adults in northern Manhattan. *Gerodontology*, *29*(2), e464–73. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00502.x
- Oral and Dental Expert Group. Therapeutic guidelines: oral and dental
Version 2. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2012.
- Palmieri, J. J., & Stern, T. A. (2009). Lies in the Doctor-Patient Relationship, *11*(4), 164–169. doi:10.4088/PCC.09r00780
- Papadaki, E., & Anastasiadou, V. (2012). Elderly complete denture wearers: a social approach to tooth loss. *Gerodontology*, *29*(2), e721–7. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00550.x
- Patil, P. B., Bathi, R., & Chaudhari, S. (2013). Prevalence of oral mucosal lesions in dental patients with tobacco smoking, chewing, and mixed habits: A cross-sectional study in South India. *Journal of family & community medicine*, *20*(2), 130–5. doi:10.4103/2230-8229.114777
- Peres, M. A., Beatriz, S., Tarquínio, C., & Gigante, D. P. (2011). Oral health studies in the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort: methodology and principal results at 15 and 24 years of age Estudo longitudinal de saúde bucal na coorte de nascidos vivos em Pelotas , Rio Grande do Sul , Brasil , 1982: aspectos metodoló, *27*(8), 1569–1580.
- Peterson, B. a, Gwinn, M. L., & Valdez, R. a. (2012). Use of family history in clinical guidelines for diabetes and colorectal cancer. *American journal of preventive medicine*, *42*(1), 65–70. doi:10.1016/j.amepre.2011.08.017

- Petra, I., Sá, C., Paulo, M., Corvino, F., & Petra, S. (2011). Condições de saúde bucal de idosos da instituição de longa permanência Lar Samaritano no município de São Gonçalo-RJ Oral health conditions of the elderly at the Lar Samaritano long-term-care facility in São Gonçalo-RJ, 1259–1265.
- Piette, J. D., Heisler, M., & Wagner, T. H. (2004). Cost-related medication underuse among chronically ill adults: the treatments people forgo, how often, and who is at risk. *American journal of public health, 94*(10), 1782–7.
- Polzer, I., Schimmel, M., & Biffar, R. (2010). Edentulism as part of the general health problems of elderly adults *, 143–155. doi:10.1922/IDJ
- Saintrain, M. V. L., Almeida, C. B., Naruse, T. M. O., & Gonçalves, V. P. (2013). Oral lesions in elderly patients of a community in Brazilian Northeast. *Gerodontology, 30*(4), 283–7. doi:10.1111/j.1741-2358.2012.00680.x
- Sánchez-García, S., Gutiérrez-Venegas, G., Juárez-Cedillo, T., Reyes-Morales, H., Solórzano-Santos, F., & García-Peña, C. (2008). A simplified caries risk test in stimulated saliva from elderly patients. *Gerodontology, 25*(1), 26–33. doi:10.1111/j.1741-2358.2007.00184.x
- Santos, F. H. Dos, Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo, 14*(1), 3–10. doi:10.1590/S1413-73722009000100002
- Saúde, Direção Geral da (2000). Estudo nacional de prevalência da cárie dentária na população escolarizada.
- Saúde, M. De, Alcântara, C. M., & Dias, C. A. (2010). Estudo Comparativo da condição de saúde bucal de idosos não institucionalizados de Governador Valadares-MG, com a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para 2010.
- Sennhenn-Kirchner, S., Freund, F., Grundmann, S., Martin, A., Borg-von Zepelin, M., Christiansen, H., Jacobs, H.-G. (2009). Dental therapy before and after radiotherapy--an evaluation on patients with head and neck malignancies. *Clinical oral investigations, 13*(2), 157–64. doi:10.1007/s00784-008-0229-1

- Shao, Z.-Y., Tang, Z.-S., Yan, C., Jiang, Y.-T., Ma, R., Liu, Z., & Huang, Z.-W. (2011). Effects of Intensity-modulated Radiotherapy on Human Oral Microflora. *Journal of Radiation Research*, 52(6), 834–839. doi:10.1269/jrr.11085
- Silva, A. D. L., & Catão, M. H. C. de V. (2012). Doenças sistêmicas em idosos não.pdf. Universidade Estadual da Paraíba. Faculdade de Odontologia: HU Revista.
- Silva, P., Luís, S., & Biscaia, A. (2004). Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz.
- Siukosaari, P., Ajwani, S., Ainamo, A., Wolf, J., & Närhi, T. (2012). Periodontal health status in the elderly with different levels of education: a 5-year follow-up study. *Gerodontology*, 29(2), e170–8. doi:10.1111/j.1741-2358.2010.00437.x
- Suliman, N. M., Astrøm, A. N., Ali, R. W., Salman, H., & Johannessen, A. C. (2011). Oral mucosal lesions in skin diseased patients attending a dermatologic clinic: a cross-sectional study in Sudan. *BMC oral health*, 11(1), 24. doi:10.1186/1472-6831-11-24
- Surgeon, D., Surgery, M., & Registrar, J. (2010). Causes Of Tooth Extraction in Oral Surgery an Analysis of 400 Patients Reporting To Khyber College of Dentistry, 19(2), 110–114.
- Taiwo, J. O., Kolude, B., & Akinmoladun, V. (2009). Oral mucosal lesions and temporomandibular joint impairment of elderly people in the South East Local Government Area of Ibadan. *Gerodontology*, 26(3), 219–24. doi:10.1111/j.1741-2358.2008.00249.x
- Taylor, P., Zengingul, A., Eskimez, Ş., De, Y., & Kama, J. (2014). Biotechnology & Biotechnological Equipment Tooth Wears and Dentoalveolar Compensation of Vertical Height MB TOOTH WEARS AND DENTOALVEOLAR COMPENSATION, (May), 37–41. doi:10.1080/13102818.2007.10817474
- UNFPA. (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. *UNFPA*.
- Van der Putten, G.-J., Vanobbergen, J., De Visschere, L., Schols, J., & de Baat, C. (2009). Association of some specific nutrient deficiencies with periodontal disease

in elderly people: A systematic literature review. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 25(7-8), 717–22. doi:10.1016/j.nut.2009.01.012

Vieira-Andrade, R. G., Zuquim Guimarães, F. D. F., Vieira, C. D. S., Freire, S. T. C., Ramos-Jorge, M. L., & Fernandes, A. M. (2011). Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. *Brazilian oral research*, 25(5), 393–400. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22031051>

Vijay Prasad, K. (2012). Medical conditions, Medications and Gerodontology. *Annals and Essences of Dentistry*, 4(1), 82–88. doi:10.5368/aedj.2012.4.1.4.2

Vysniauskaitė, S., Kammona, N., & Vehkalahti, M. M. (2005). Number of teeth in relation to oral health behaviour in dentate elderly patients in Lithuania. *Gerodontology*, 22(1), 44–51.

O despacho n.º 6914/98, de 24 de Março, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 97, de 27 de Abril de 1998, que aprovou a classificação farmacoterapêutica dos medicamentos, visou uma primeira aproximação da classificação oficial em Portugal à classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) da Organização Mundial da Saúde.

Importa, neste momento, aprovar uma nova classificação farmacoterapêutica oficial e estabelecer a sua correspondência com a classificação ATC, facilitando o manuseamento de ambas pelos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, a nova classificação será adoptada em instrumentos oficiais de apoio à prescrição, como é o caso do Prontuário Terapêutico e do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, bem como nos processos de autorização de introdução no mercado de medicamentos e nos instrumentos normativos em matéria de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos.

Acresce que a normalização e uniformização da classificação farmacoterapêutica constitui um instrumento essencial ao desenvolvimento de sistemas de informação para as actividades dos profissionais de saúde e para o sistema de saúde, não apenas numa perspectiva nacional, mas também na perspectiva do desenvolvimento das bases de dados de medicamentos na União Europeia, designadamente o sistema EuroPHARM, no qual o INFARMED tem assumido papel destacado.

Por outro lado, este é mais um passo no sentido de dotar os profissionais de saúde de instrumentos adequados de apoio à prescrição, potenciando a introdução gradual de mecanismos indutores de racionalidade da prescrição e utilização de medicamentos.

Assim:

1 — É aprovada e oficialmente adoptada a classificação farmacoterapêutica de medicamentos, que consta do anexo I ao presente despacho e dele faz parte integrante.

2 — Consideram-se efectuadas para os correspondentes grupos e subgrupos farmacoterapêuticos da classificação ora aprovada as referências a grupos e subgrupos farmacoterapêuticos constantes de diplomas e outros instrumentos normativos, dos folhetos informativos e resumos das características dos medicamentos já autorizados, bem como da demais documentação relevante.

3 — Os folhetos informativos e resumos das características dos medicamentos já autorizados e demais documentação relevante referidos no número anterior deverão ser actualizados com a primeira revisão, alteração dos termos ou renovação da autorização de introdução no mercado, que implique modificação daqueles documentos.

4 — A tabela de correspondência entre a classificação ora aprovada e a classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) da Organização Mundial da Saúde consta do anexo II.

5 — É revogado o despacho n.º 6914/98, de 24 de Março, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 97, de 27 de Abril de 1998.

12 de Outubro de 2004. — A Secretária de Estado da Saúde, *Regina Maria Pinto da Fonseca Ramos Bastos*.

ANEXO I

Classificação farmacoterapêutica

Grupo 1 — Medicamentos anti-infecciosos

- 1.1 — Antibacterianos:
 - 1.1.1 — Penicilinas:
 - 1.1.1.1 — Benzilpenicilinas e fenoximetilpenicilina;
 - 1.1.1.2 — Aminopenicilinas;
 - 1.1.1.3 — Isoxazolilpenicilinas;
 - 1.1.1.4 — Penicilinas antipseudomonas;
 - 1.1.1.5 — Amidinopenicilinas;
 - 1.1.2 — Cefalosporinas:
 - 1.1.2.1 — Cefalosporinas de 1.ª geração;
 - 1.1.2.2 — Cefalosporinas de 2.ª geração;
 - 1.1.2.3 — Cefalosporinas de 3.ª geração;
 - 1.1.2.4 — Cefalosporinas de 4.ª geração;
 - 1.1.3 — Monobactams;
 - 1.1.4 — Carbapenems;
 - 1.1.5 — Associações de penicilinas com inibidores das lactamases beta;
 - 1.1.6 — Cloranfenicol e tetracilinas;
 - 1.1.7 — Aminoglicosídeos;
 - 1.1.8 — Macrólidos;
 - 1.1.9 — Sulfonamidas e suas associações;
 - 1.1.10 — Quinolonas;
 - 1.1.11 — Outros antibacterianos;
 - 1.1.12 — Antituberculosos;
 - 1.1.13 — Antileproticos.
 - 1.2 — Antifúngicos.
 - 1.3 — Antiviricos:
 - 1.3.1 — Anti-retrovirais:
 - 1.3.1.1 — Inibidores da protease;
 - 1.3.1.2 — Análogos não nucleosídeos inibidores da transcriptase inversa (reversa);

1.3.1.3 — Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase inversa (reversa);

1.3.2 — Outros antiviricos.

1.4 — Antiparasitários:

1.4.1 — Anti-helmínticos;

1.4.2 — Antimaláricos;

1.4.3 — Outros antiparasitários.

Grupo 2 — Sistema nervoso central

- 2.1 — Anestésicos gerais.
- 2.2 — Anestésicos locais.
- 2.3 — Relaxantes musculares:
 - 2.3.1 — Acção central;
 - 2.3.2 — Acção periférica;
 - 2.3.3 — Acção muscular directa.
- 2.4 — Antimastínicos.
- 2.5 — Antiparkinsonícos:
 - 2.5.1 — Anticolinérgicos;
 - 2.5.2 — Dopaminomiméticos.
- 2.6 — Antiepilépticos e anticonvulsivos.
- 2.7 — Antieméticos e antivertiginosos.
- 2.8 — Estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central.
- 2.9 — Psicofármacos:
 - 2.9.1 — Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos;
 - 2.9.2 — Antipsicóticos;
 - 2.9.3 — Antidepressores;
 - 2.9.4 — Lítio.
- 2.10 — Analgésicos e antipiréticos.
- 2.11 — Medicamentos usados na enxaqueca.
- 2.12 — Analgésicos estupefacientes.
- 2.13 — Outros medicamentos com acção no sistema nervoso central:
 - 2.13.1 — Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas;
 - 2.13.2 — Medicamentos utilizados no tratamento sintomático da doença do neurónio motor;
 - 2.13.3 — Medicamentos para tratamento da dependência de drogas;
 - 2.13.4 — Medicamentos com acção específica nas perturbações do ciclo sono-vigília.

Grupo 3 — Aparelho cardiovascular

- 3.1 — Cardiotónicos:
 - 3.1.1 — Digitálicos;
 - 3.1.2 — Outros cardiotónicos.
- 3.2 — Antiarrítmicos:
 - 3.2.1 — Bloqueadores dos canais do sódio (classe I):
 - 3.2.1.1 — Classe Ia (tipo quinidina);
 - 3.2.1.2 — Classe Ib (tipo lidocaína);
 - 3.2.1.3 — Classe Ic (tipo flecainida);
 - 3.2.2 — Bloqueadores adrenérgicos beta (classe II);
 - 3.2.3 — Prolongadores da repolarização (classe III);
 - 3.2.4 — Bloqueadores da entrada do cálcio (classe IV);
- 3.2.5 — Outros antiarrítmicos.
- 3.3 — Simpatomiméticos.
- 3.4 — Anti-hipertensores:
 - 3.4.1 — Diuréticos:
 - 3.4.1.1 — Tiazidas e análogos;
 - 3.4.1.2 — Diuréticos da ansa;
 - 3.4.1.3 — Diuréticos poupadores de potássio;
 - 3.4.1.4 — Inibidores da anidrase carbónica;
 - 3.4.1.5 — Diuréticos osmóticos;
 - 3.4.1.6 — Associações de diuréticos;
 - 3.4.2 — Modificadores do eixo renina-angiotensina:
 - 3.4.2.1 — Inibidores da enzima de conversão da angiotensina;
 - 3.4.2.2 — Antagonistas dos receptores da angiotensina;
- 3.4.3 — Bloqueadores da entrada do cálcio;
- 3.4.4 — Depressores da actividade adrenérgica:
 - 3.4.4.1 — Bloqueadores alfa;
 - 3.4.4.2 — Bloqueadores beta:
 - 3.4.4.2.1 — Selectivos cardíacos;
 - 3.4.4.2.2 — Não selectivos cardíacos;
 - 3.4.4.3 — Bloqueadores beta e alfa;
 - 3.4.4.3 — Agonistas alfa 2 centrais;
- 3.4.5 — Vasodilatadores directos;
- 3.4.6 — Outros.
- 3.5 — Vasodilatadores:
 - 3.5.1 — Antianginosos;
 - 3.5.2 — Outros vasodilatadores.
- 3.6 — Venotrópicos.
- 3.7 — Antidislipídicos.

Grupo 4 — Sangue

- 4.1 — Antianémicos:
- 4.1.1 — Compostos de ferro;
- 4.1.2 — Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas;
- 4.1.3 — Medicamentos para tratamento das anemias hemolíticas e hipoplásticas.
- 4.2 — Factores estimulantes da hematopoiese.
- 4.3 — Anticoagulantes e antitrombóticos:
- 4.3.1 — Anticoagulantes:
- 4.3.1.1 — Heparinas;
- 4.3.1.2 — Antivitamínicos K;
- 4.3.1.3 — Outros anticoagulantes;
- 4.3.1.4 — Antiagregantes plaquetários;
- 4.3.2 — Fibrinolíticos (ou trombolíticos).
- 4.4 — Anti-hemorrágicos:
- 4.4.1 — Antifibrinolíticos;
- 4.4.2 — Hemostáticos.

Grupo 5 — Aparelho respiratório

- 5.1 — Antiasmáticos e broncodilatadores:
- 5.1.1 — Agonistas adrenérgicos beta;
- 5.1.2 — Antagonistas colinérgicos;
- 5.1.3 — Anti-inflamatórios:
- 5.1.3.1 — Glucocorticóides;
- 5.1.3.2 — Antagonistas dos leucotrienos;
- 5.1.4 — Xantinas;
- 5.1.5 — Antiasmáticos de acção profiláctica.
- 5.2 — Antitússicos e expectorantes:
- 5.2.1 — Antitússicos;
- 5.2.2 — Expectorantes;
- 5.2.3 — Associações e medicamentos descongestionantes.
- 5.3 — Tensioactivos (surfactantes) pulmonares.

Grupo 6 — Aparelho digestivo

- 6.1 — Medicamentos que actuam na boca e orofaringe:
- 6.1.1 — De aplicação tópica;
- 6.1.2 — De acção sistémica.
- 6.2 — Antiácidos e antilcerosos:
- 6.2.1 — Antiácidos;
- 6.2.2 — Modificadores da secreção gástrica:
- 6.2.2.1 — Anticolinérgicos;
- 6.2.2.2 — Antagonistas dos receptores H2;
- 6.2.2.3 — Inibidores da bomba de prótons;
- 6.2.2.4 — Prostaglandinas;
- 6.2.2.5 — Protectores da mucosa gástrica.
- 6.3 — Modificadores da motilidade gastrointestinal:
- 6.3.1 — Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos;
- 6.3.2 — Modificadores da motilidade intestinal:
- 6.3.2.1 — Laxantes e catárticos:
- 6.3.2.1.1 — Emolientes;
- 6.3.2.1.2 — Laxantes de contacto;
- 6.3.2.1.3 — Laxantes expansores do volume fecal;
- 6.3.2.1.4 — Laxantes osmóticos;
- 6.3.2.2 — Antidiarreicos:
- 6.3.2.2.1 — Obstipantes;
- 6.3.2.2.2 — Adsorventes;
- 6.3.2.2.3 — Antiflatulentos.
- 6.4 — Antiespasmódicos.
- 6.5 — Inibidores enzimáticos.
- 6.6 — Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos.
- 6.7 — Anti-hemorroidários.
- 6.8 — Anti-inflamatórios intestinais.
- 6.9 — Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares:
- 6.9.1 — Coleréticos e colagogos;
- 6.9.2 — Medicamentos para tratamento da litíase biliar.

Grupo 7 — Aparelho geniturinário

- 7.1 — Medicamentos de aplicação tópica na vagina:
- 7.1.1 — Estrogéneos e Progestagénicos;
- 7.1.2 — Anti-infecciosos;
- 7.1.3 — Outros medicamentos tópicos vaginais.
- 7.2 — Medicamentos que actuam no útero:
- 7.2.1 — Ocitócicos;
- 7.2.2 — Prostaglandinas;
- 7.2.3 — Simpaticomiméticos.
- 7.3 — Anti-infecciosos e anti-sépticos urinários.
- 7.4 — Outros medicamentos usados em disfunções geniturinárias:
- 7.4.1 — Acidificantes e alcalinizantes urinários;
- 7.4.2 — Medicamentos usados nas perturbações da micção:
- 7.4.2.1 — Medicamentos usados na retenção urinária;
- 7.4.2.2 — Medicamentos usados na incontinência urinária;
- 7.4.3 — Medicamentos usados na disfunção eréctil.

Grupo 8 — Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

- 8.1 — Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas:
- 8.1.1 — Lobo anterior da hipófise;
- 8.1.2 — Lobo posterior da hipófise;
- 8.1.3 — Antagonistas hipofisários.
- 8.2 — Corticosteróides:
- 8.2.1 — Mineralocorticóides;
- 8.2.2 — Glucocorticóides.
- 8.3 — Hormonas da tiróide e antitiroideus.
- 8.4 — Insulinas, antidiabéticos orais e glucagom:
- 8.4.1 — Insulinas:
- 8.4.1.1 — De acção curta;
- 8.4.1.2 — De acção intermédia;
- 8.4.1.3 — De acção prolongada;
- 8.4.2 — Antidiabéticos orais;
- 8.4.3 — Glucagom.
- 8.5 — Hormonas sexuais:
- 8.5.1 — Estrogénios e progestagénios:
- 8.5.1.1 — Tratamento de substituição;
- 8.5.1.2 — Anticoncepcionais;
- 8.5.1.3 — Progestagénios;
- 8.5.2 — Androgénios e anabolizantes.
- 8.6 — Estimulantes da ovulação e gonadotropinas.
- 8.7 — Anti-hormonas (v. grupo 16).

Grupo 9 — Aparelho locomotor

- 9.1 — Anti-inflamatórios não esteróides:
- 9.1.1 — Derivados do ácido antranílico;
- 9.1.2 — Derivados do ácido acético;
- 9.1.3 — Derivados do ácido propiónico;
- 9.1.4 — Derivados pirazolónicos;
- 9.1.5 — Derivados do indol e do indeno;
- 9.1.6 — Oxicans;
- 9.1.7 — Derivados sulfanilamídicos;
- 9.1.8 — Compostos não acídicos;
- 9.1.9 — Inibidores selectivos da Cox 2;
- 9.1.10 — Anti-inflamatórios não esteróides para uso tópico.
- 9.2 — Modificadores da evolução da doença reumática.
- 9.3 — Medicamentos usados para o tratamento da gota.
- 9.4 — Medicamentos para tratamento da artrose.
- 9.5 — Enzimas anti-inflamatórias.
- 9.6 — Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio:
- 9.6.1 — Calcitonina;
- 9.6.2 — Bifosfonatos;
- 9.6.3 — Vitaminas D;
- 9.6.4 — Outros.

Grupo 10 — Medicação antialérgica

- 10.1 — Anti-histamínicos:
- 10.1.1 — Anti-histamínicos H1 sedativos;
- 10.1.2 — Anti-histamínicos H1 não sedativos.
- 10.2 — Corticosteróides.
- 10.3 — Simpaticomiméticos.

Grupo 11 — Nutrição

- 11.1 — Nutrição entérica:
- 11.1.1 — Suplementos dietéticos orais:
- 11.1.1.1 — Completos;
- 11.1.1.2 — Modulares;
- 11.1.2 — Dietas entéricas:
- 11.1.2.1 — Poliméricas;
- 11.1.2.2 — Modificadas;
- 11.1.2.3 — Pré-digeridas;
- 11.1.2.4 — Específicas de doenças metabólicas.
- 11.2 — Nutrição parentérica:
- 11.2.1 — Macronutrientes:
- 11.2.1.1 — Aminoácidos;
- 11.2.1.2 — Glúcidos;
- 11.2.1.3 — Lípidos;
- 11.2.1.4 — Misturas de macronutrientes;
- 11.2.2 — Micronutrientes:
- 11.2.2.1 — Suplementos minerais;
- 11.2.2.2 — Suplementos vitamínicos lipossolúveis;
- 11.2.2.3 — Suplementos vitamínicos hidrossolúveis;
- 11.2.3 — Misturas de macronutrientes e micronutrientes.
- 11.3 — Vitaminas e sais minerais:
- 11.3.1 — Vitaminas:
- 11.3.1.1 — Vitaminas lipossolúveis;
- 11.3.1.2 — Vitaminas hidrossolúveis;
- 11.3.1.3 — Associações de vitaminas;

- 11.3.2 — Sais minerais:
- 11.3.2.1 — Cálcio, magnésio e fósforo:
- 11.3.2.1.1 — Cálcio;
- 11.3.2.1.2 — Magnésio;
- 11.3.2.1.3 — Fósforo;
- 11.3.2.2 — Flúor;
- 11.3.2.3 — Potássio;
- 11.3.2.4 — Associação de sais para re-hidratação oral;
- 11.3.3 — Associações de vitaminas com sais minerais.

Grupo 12 — Correctivos da volémia e das alterações electrolíticas

- 12.1 — Correctivos do equilíbrio ácido-base:
- 12.1.1 — Acidificantes;
- 12.1.2 — Alcalinizantes;
- 12.2 — Correctivos das alterações hidroelectrolíticas:
- 12.2.1 — Cálcio;
- 12.2.2 — Fósforo;
- 12.2.3 — Magnésio;
- 12.2.4 — Potássio;
- 12.2.5 — Sódio;
- 12.2.6 — Zinco;
- 12.2.7 — Glucose;
- 12.2.8 — Outros.
- 12.3 — Soluções para diálise peritoneal:
- 12.3.1 — Soluções isotónicas;
- 12.3.2 — Soluções hipertónicas.
- 12.4 — Soluções para hemodiálise.
- 12.5 — Soluções para hemofiltração.
- 12.6 — Substitutos do plasma e das fracções proteicas do plasma.
- 12.7 — Medicamentos captadores de iões:
- 12.7.1 — Fixadores de fósforo;
- 12.7.2 — Resinas permutadoras de catiões.

Grupo 13 — Medicamentos usados em afecções cutâneas

- 13.1 — Anti-infecciosos de aplicação na pele:
- 13.1.1 — Anti-sépticos e desinfectantes;
- 13.1.2 — Antibacterianos;
- 13.1.3 — Antifúngicos;
- 13.1.4 — Antivíricos;
- 13.1.5 — Antiparasitários.
- 13.2 — Emolientes e protectores:
- 13.2.1 — Emolientes;
- 13.2.2 — Preparações barreira;
- 13.2.3 — Pós.
- 13.3 — Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos:
- 13.3.1 — De aplicação tópica;
- 13.3.2 — De acção sistémica.
- 13.4 — Medicamentos para tratamento da acne e da rosácea:
- 13.4.1 — Rosácea;
- 13.4.2 — Acne:
- 13.4.2.1 — De aplicação tópica;
- 13.4.2.2 — De acção sistémica.
- 13.5 — Corticosteróides de aplicação tópica.
- 13.6 — Associações de antibacterianos, antifúngicos e corticosteróides.
- 13.7 — Adjuvantes da cicatrização.
- 13.8 — Outros medicamentos usados em dermatologia:
- 13.8.1 — Preparações enzimáticas e produtos aparentados;
- 13.8.2 — Anestésicos locais e antipruriginosos;
- 13.8.3 — Preparações para verrugas, calos e condilomas;
- 13.8.4 — Produtos para alopecia androgénica;
- 13.8.5 — Imunomoduladores de uso tópico;
- 13.8.6 — Produtos para as unhas.

Grupo 14 — Medicamentos usados em afecções otorrinolaringológicas

- 14.1 — Produtos para aplicação nasal:
- 14.1.1 — Descongestionantes;
- 14.1.2 — Corticosteróides;
- 14.1.3 — Anti-histamínicos;
- 14.1.4 — Fármacos profiláticos usados na rinite alérgica;
- 14.1.5 — Antibióticos.
- 14.2 — Produtos para aplicação no ouvido.

Grupo 15 — Medicamentos usados em afecções oculares

- 15.1 — Anti-infecciosos tópicos:
- 15.1.1 — Antibacterianos;
- 15.1.2 — Antifúngicos;
- 15.1.3 — Antivíricos.
- 15.2 — Anti-inflamatórios:
- 15.2.1 — Corticosteróides;
- 15.2.2 — Anti-inflamatórios não esteróides;
- 15.2.3 — Outros anti-inflamatórios, descongestionantes e antialérgicos.

- 15.3 — Midriáticos e cicloplégicos:
- 15.3.1 — Simpaticomiméticos;
- 15.3.2 — Anticolinérgicos.
- 15.4 — Medicamentos usados no tratamento do glaucoma:
- 15.4.1 — Mióticos;
- 15.4.2 — Simpaticomiméticos;
- 15.4.3 — Bloqueadores beta;
- 15.4.4 — Análogos das prostaglandinas;
- 15.4.5 — Outros.
- 15.5 — Anestésicos locais.
- 15.6 — Outros medicamentos e produtos usados em oftalmologia:
- 15.6.1 — Adstringentes, lubrificantes e lágrimas artificiais;
- 15.6.2 — Medicamentos usados para diagnóstico;
- 15.6.3 — Outros medicamentos.
- 15.7 — Medicamentos para uso intra-ocular.

Grupo 16 — Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores

- 16.1 — Citotóxicos:
- 16.1.1 — Alquilantes;
- 16.1.2 — Citotóxicos relacionados com alquilantes;
- 16.1.3 — Antimetabolitos;
- 16.1.4 — Inibidores da topoisomerase I;
- 16.1.5 — Inibidores da topoisomerase II;
- 16.1.6 — Citotóxicos que se intercalam no ADN;
- 16.1.7 — Citotóxicos que interferem com a tubulina;
- 16.1.8 — Inibidores das tirosinases;
- 16.1.9 — Outros citotóxicos.
- 16.2 — Hormonas e anti-hormonas:
- 16.2.1 — Hormonas:
- 16.2.1.1 — Estrogénios;
- 16.2.1.2 — Androgénios;
- 16.2.1.3 — Progestagénios;
- 16.2.1.4 — Análogos da hormona libertadora de gonadotropina;
- 16.2.2 — Anti-hormonas:
- 16.2.2.1 — Antiestrogénios;
- 16.2.2.2 — Antiandrogénios;
- 16.2.2.3 — Inibidores da aromatase;
- 16.2.2.4 — Adrenolíticos.
- 16.3 — Imunomoduladores.

Grupo 17 — Medicamentos usados no tratamento de intoxicações**Grupo 18 — Vacinas e imunoglobulinas**

- 18.1 — Vacinas (simples e conjugadas).
- 18.2 — Lisados bacterianos.
- 18.3 — Imunoglobulinas.

Grupo 19 — Meios de diagnóstico

- 19.1 — Meios de contraste radiológico:
- 19.1.1 — Produtos iodados;
- 19.1.2 — Produtos baritados;
- 19.1.3 — Outros produtos usados em radiologia.
- 19.2 — Meios de contraste para imagem por ressonância magnética.
- 19.3 — Meios de contraste para ultra-sonografia.
- 19.4 — Meios de diagnóstico não radiológico.
- 19.5 — Preparações radiofarmacêuticas (radiofármacos):
- 19.5.1 — Radiofármacos de crómio;
- 19.5.2 — Radiofármacos de estróncio;
- 19.5.3 — Radiofármacos de gálio;
- 19.5.4 — Radiofármacos de índio;
- 19.5.5 — Radiofármacos de iodo;
- 19.5.6 — Radiofármacos de samário;
- 19.5.7 — Radiofármacos de tálio;
- 19.5.8 — Radiofármacos de tecnécio;
- 19.5.9 — Radiofármacos de xénon;
- 19.5.10 — Testes de radioimunoensaio;
- 19.5.11 — Teste de Schilling.

Grupo 20 — Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos

- 20.1 — Pensos para feridas crónicas:
- 20.1.1 — Absorventes de odores;
- 20.1.2 — Alginatos;
- 20.1.3 — Gazes impregnadas;
- 20.1.4 — Hidrogeles;
- 20.1.5 — Hidropolímeros.
- 20.2 — Hemostáticos.
- 20.3 — Agentes de diluição, irrigação e lubrificação.
- 20.4 — Gases medicinais.
- 20.5 — Desinfetantes de material.
- 20.6 — Soluções para conservação de órgãos.
- 20.7 — Produtos para embolização.
- 20.8 — Produtos para fisioterapia.
- 20.9 — Outros produtos.

ANEXO II

Tabela de correspondência entre a classificação farmacoterapêutica e a classificação ATC/OMS de 2004

Classificação farmacoterapêutica	Códigos ATC
1.1 — Antibacterianos:	
1.1.1 — Penicilinas	J01C
1.1.1.1 — Benzilpenicilinas e fenoximetilpenicilina	J01CE
1.1.1.2 — Aminopenicilinas	J01CA
1.1.1.3 — Isoxazolilpenicilinas	J01CF
1.1.1.4 — Penicilinas antipseudomonas	J01CA
1.1.1.5 — Amidinopenicilinas	J01CA
1.1.2 — Cefalosporinas	J01DA
1.1.2.1 — Cefalosporinas de 1.ª geração	
1.1.2.2 — Cefalosporinas de 2.ª geração	
1.1.2.3 — Cefalosporinas de 3.ª geração	
1.1.2.4 — Cefalosporinas de 4.ª geração	
1.1.3 — Monobactams	J01DF
1.1.4 — Carbapenems	J01DH
1.1.5 — Associações de penicilinas com inibidores das beta lactamases	J01CR
1.1.6 — Cloranfenicol e tetraciclina	J01BA; J01AA
1.1.7 — Aminoglicosídeos	J01G
1.1.8 — Macrólidos	J01FA
1.1.9 — Sulfonamidas e suas associações	J01E
1.1.10 — Quinolonas	J01M
1.1.11 — Outros antibacterianos	J01X
1.1.12 — Antituberculosos	J04A
1.1.13 — Antilepróticos	J04B
1.2 — Antifúngicos	J02; D01BA
1.3 — Antivíricos	J05
1.3.1 — Anti-retrovirais:	
1.3.1.1 — Inibidores da protease	J05AE
1.3.1.2 — Análogos não nucleosídicos inibidores da transcriptase inversa (reversa)	J05AG
1.3.1.3 — Análogos nucleosídicos inibidores da transcriptase inversa (reversa)	J05AF
1.3.2 — Outros antivíricos	J05AB
1.4 — Antiparasitários	P
1.4.1 — Anti-helmínticos	P02
1.4.2 — Antimaláricos	P01B
1.4.3 — Outros antiparasitários	P01A; P01C
Grupo 2 — Sistema nervoso central:	
2.1 — Anestésicos gerais	N01A
2.2 — Anestésicos locais	N01B
2.3 — Relaxantes musculares	M03
2.3.1 — Acção central	M03B
2.3.2 — Acção periférica	M03A
2.3.3 — Acção muscular directa	M03C
2.4 — Antimiasténicos	N07AA
2.5 — Antiparkinsonianos	N04
2.5.1 — Anticolinérgicos	N04A
2.5.2 — Dopaminomiméticos	N04B
2.6 — Antiepilépticos e anticonvulsivantes	N03
2.7 — Antieméticos e antivertiginosos	A04A
2.8 — Estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central	N06B; R07A; A08AA
2.9 — Psicofármacos:	
2.9.1 — Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	N05B; N05C
2.9.2 — Antipsicóticos	N05A
2.9.3 — Antidepressores	N06A
2.9.4 — Lítio	N05AN01
2.10 — Analgésicos e antipiréticos	N02B
2.11 — Medicamentos usados na enxaqueca	N02C
2.12 — Analgésicos estupefacientes	N02A
2.13 — Outros medicamentos com acção no sistema nervoso central	N07
2.13.1 — Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas	N06D
2.13.2 — Medicamentos utilizados no tratamento sintomático da doença do neurónio motor	N07XX
2.13.3 — Medicamentos para tratamento da dependência de drogas	N07BC
2.13.4 — Medicamentos com acção específica nas perturbações do ciclo sono-vigília	N06B
Grupo 3 — Aparelho cardiovascular:	
3.1 — Cardiotónicos:	
3.1.1 — Digitálicos	C01A
3.1.2 — Outros cardiotónicos	C01C
3.2 — Anti-arrítmicos:	
3.2.1 — Bloqueadores dos canais do sódio (classe I):	
3.2.1.1 — Classe Ia (tipo quinidina)	C01BA
3.2.1.2 — Classe Ib (tipo lidocaína)	C01BB
3.2.1.3 — Classe Ic (tipo flecainida)	C01BC
3.2.2 — Bloqueadores adrenérgicos beta (classe II)	C07A
3.2.3 — Prolongadores da repolarização (classe III)	C01BD
3.2.4 — Bloqueadores da entrada do cálcio (classe IV)	C08
3.2.5 — Outros antiarrítmicos	

Classificação farmacoterapêutica	Códigos ATC
3.3 — Simpaticomiméticos	C01CA
3.4 — Anti-hipertensores:	
3.4.1 — Diuréticos:	
3.4.1.1 — Tiazidas e análogos	C03A; C03B
3.4.1.2 — Diuréticos da ansa	C03C
3.4.1.3 — Diuréticos poupadores de potássio	C03D
3.4.1.4 — Inibidores da anidrase carbónica	S01EC
3.4.1.5 — Diuréticos osmóticos	B05BC01
3.4.1.6 — Associações de diuréticos	C03E
3.4.2 — Modificadores do eixo renina angiotensina:	
3.4.2.1 — Inibidores da enzima de conversão da angiotensina	C09A
3.4.2.2 — Antagonistas dos receptores da angiotensina	C09C; C09D
3.4.3 — Bloqueadores da entrada do cálcio	C08
3.4.4 — Depressores da actividade adrenérgica:	
3.4.4.1 — Bloqueadores alfa	C02C
3.4.4.2 — Bloqueadores beta	C07A
3.4.4.2.1 — Selectivos cardíacos	
3.4.4.2.2 — Não selectivos cardíacos	
3.4.4.2.3 — Bloqueadores beta e alfa	
3.4.4.2.4 — Agonistas α_2 centrais	C02AA; C02AC
3.4.5 — Vasodilatadores directos	C02D
3.4.6 — Outros	C02K
3.5 — Vasodilatadores:	
3.5.1 — Antianginosos	C01D
3.5.2 — Outros vasodilatadores	C04
3.6 — Venotrópicos	C05B
3.7 — Antidislipidémicos	C10A
Grupo 4 — Sangue:	
4.1 — Antianémicos	B03
4.1.1 — Compostos de ferro	B03A
4.1.2 — Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas	B03B
4.1.3 — Medicamentos para tratamento das anemias hemolíticas e hipoplásticas	A14A; A11HA
4.2 — Factores estimulantes da hematopoiese	B03X; L03AA
4.3 — Anticoagulantes e antitrombóticos:	
4.3.1 — Anticoagulantes	B01A
4.3.1.1 — Heparinas	B01AB
4.3.1.2 — Antivitamínicos K	B01AA
4.3.1.3 — Outros anticoagulantes	C05BA
4.3.1.4 — Anti-agregantes plaquetários	B01AC
4.3.2 — Fibrinolíticos (ou trombolíticos)	B01AD
4.4 — Anti-hemorrágicos	B02
4.4.1 — Antifibrinolíticos	B02A
4.4.2 — Hemostáticos	B02B
Grupo 5 — Aparelho respiratório:	
5.1 — Antiasmáticos e broncodilatadores	R03
5.1.1 — Agonistas adrenérgicos beta	R03A; R03AK
5.1.2 — Antagonistas colinérgicos	R03BB
5.1.3 — Anti-inflamatórios:	
5.1.3.1 — Glucocorticóides	R03BA
5.1.3.2 — Antagonistas dos leucotrienos	R03DC
5.1.4 — Xantinas	R03DA
5.1.5 — Antiasmáticos de acção profiláctica	R03BC; R06AX17
5.2 — Antitússicos e expectorantes:	
5.2.1 — Antitússicos	R05D
5.2.2 — Expectorantes	R05C
5.2.3 — Associações e medicamentos descongestionantes	R05F; R05X
5.3 — Tensioactivos (surfactantes) pulmonares	R07AA
Grupo 6 — Aparelho digestivo:	
6.1 — Medicamentos para aplicação na boca e orofaringe:	
6.1.1 — De aplicação tópica	A01A
6.1.2 — De acção sistémica	N07AX
6.2 — Antiácidos e antiulcerosos	A02
6.2.1 — Antiácidos	A02A
6.2.2 — Modificadores da secreção gástrica	A02B
6.2.2.1 — Anticolinérgicos	
6.2.2.2 — Antagonistas dos receptores H2	A02BA
6.2.2.3 — Inibidores da bomba de prótons	A02BC
6.2.2.4 — Prostaglandinas	A02BB
6.2.2.5 — Protectores da mucosa gástrica	A02BX
6.3 — Modificadores da motilidade gastrointestinal	A03
6.3.1 — Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos	A03F
6.3.2 — Modificadores da motilidade intestinal:	
6.3.2.1 — Laxantes e catárticos	A06A
6.3.2.1.1 — Emolientes	A06AA
6.3.2.1.2 — Laxantes de contacto	A06AB
6.3.2.1.3 — Laxantes expansores do volume fecal	A06AC
6.3.2.1.4 — Laxantes osmóticos	A06AD

Classificação farmacoterapêutica	Códigos ATC
6.3.2.2 — Antidiarreicos	A07
6.3.2.2.1 — Obstipantes	A07D
6.3.2.2.2 — Adsorventes	A07B
6.3.2.2.3 — Antiflatulentos	—
6.4 — Antiespasmódicos	A03A
6.5 — Inibidores enzimáticos	
6.6 — Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos	A07F; A09AA; A09AC
6.7 — Anti-hemorroidários	C05A
6.8 — Anti-inflamatórios intestinais	A07E
6.9 — Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares	A05
6.9.1 — Coleréticos, colagogos	
6.9.2 — Medicamentos para tratamento da litíase biliar	
Grupo 7 — Aparelho geniturinário	G
7.1 — Medicamentos de aplicação tópica na vagina:	—
7.1.1 — Estrogéneos e progestagéneos	
7.1.2 — Anti-infecciosos	G01A; G01B
7.1.3 — Outros medicamentos tópicos vaginais	G02CC
7.2 — Medicamentos que actuam no útero:	
7.2.1 — Ocitócicos	G02AB; G02AC
7.2.2 — Prostaglandinas	G02AD
7.2.3 — Simpaticomiméticos	G02CA
7.3 — Anti-infecciosos e anti-sépticos urinários	J01MA; J01MB01; J01XE01
7.4 — Outros medicamentos usados em disfunções geniturinárias:	
7.4.1 — Acidificantes e alcalinizantes urinários	G04BA
7.4.2 — Medicamentos usados nas perturbações da micção:	
7.4.2.1 — Medicamentos usados na retenção urinária	G04C
7.4.2.2 — Medicamentos usados na incontinência urinária	G04BD
7.4.3 — Medicamentos usados na disfunção erétil	G04BE
Grupo 8 — Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas:	
8.1 — Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas:	
8.1.1 — Lobo anterior da hipófise	H01A
8.1.2 — Lobo posterior da hipófise	H01B
8.1.3 — Antagonistas hipofisários	H01C; G02CB
8.2 — Corticosteroides	H02
8.2.1 — Mineralocorticoides	H02AA
8.2.2 — Glucocorticoides	H02AB
8.3 — Hormonas da tiróide e antitirodeus	H03
8.4 — Insulinas, antidiabéticos orais e glucagon:	
8.4.1 — Insulinas	A10A
8.4.1.1 — De acção curta	A10AB; A10AD
8.4.1.2 — De acção intermédia	A10AC; A10AD
8.4.1.3 — De acção prolongada	A10AE
8.4.2 — Antidiabéticos orais	A10B
8.4.3 — Glucagon	H04A
8.5 — Hormonas sexuais:	
8.5.1 — Estrogénios e progestagénios:	
8.5.1.1 — Tratamento de substituição	G03C; G03D; G03F
8.5.1.2 — Anticoncepcionais	G03A; G03FA17
8.5.1.3 — Progestagénios	G03AC; G03D
8.5.2 — Androgénios e anabolizantes	G03B; G03E
8.6 — Estimulantes da ovulação e gonadotropinas	G03G
8.7 — Antiestrogéneos (v. grupo 16)	—
Grupo 9 — Aparelho locomotor	M
9.1 — Anti-inflamatórios não esteróides	M01
9.1.1 — Derivados do ácido antranílico	M01AG
9.1.2 — Derivados do ácido acético	M01AB
9.1.3 — Derivados do ácido propiónico	M01AE
9.1.4 — Derivados pirazolónicos	M01AA
9.1.5 — Derivados do indol e do indeno	M01AB
9.1.6 — Oxicans	M01AC
9.1.7 — Derivados sulfanilamídicos	M01AX
9.1.8 — Compostos não acídicos	M01AX
9.1.9 — Inibidores selectivos da Cox 2	M01AH
9.1.10 — Anti-inflamatórios não esteróides para uso tópico	M02
9.2 — Modificadores da evolução da doença reumatismal	M01C
9.3 — Medicamentos usados para o tratamento da gota	M04
9.4 — Medicamentos para tratamento da artrose	M01AX
9.5 — Enzimas anti-inflamatórias	—
9.6 — Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio:	
9.6.1 — Calcitonina	H05BA
9.6.2 — Bifosfonatos	M05BA; M05BB
9.6.3 — Vitaminas D	A11CC
9.6.4 — Outros	G03X
Grupo 10 — Medicação antialérgica:	
10.1 — Anti-histamínicos	R06A
10.1.1 — Anti-histamínicos H 1 sedativos	R06AA

Classificação farmacoterapêutica	Códigos ATC
10.1.2 — Anti-histamínicos H 1 não sedativos	R06AX; R06AE; R06AA
10.2 — Corticosteroides	
10.3 — Simpaticomiméticos	R03AA
Grupo 11 — Nutrição:	
11.1 — Nutrição entérica	V06
11.1.1 — Suplementos dietéticos orais:	
11.1.1.1 — Completos	
11.1.1.2 — Modulares	
11.1.2 — Dietas entéricas:	
11.1.2.1 — Poliméricas	
11.1.2.2 — Modificadas	
11.1.2.3 — Pré-digeridas	
11.1.2.4 — Específicas de doenças metabólicas	
11.2 — Nutrição parentérica	B05B
11.2.1 — Macronutrientes	B05BA
11.2.1.1 — Aminoácidos	B05BA01; B05XB
11.2.1.2 — Glúcidos	B05BA03
11.2.1.3 — Lípidos	B05BA02
11.2.1.4 — Misturas de macronutrientes	B05BA10
11.2.2 — Micronutrientes	B05X
11.2.2.1 — Suplementos minerais	B05XA
11.2.2.2 — Suplementos vitamínicos lipossolúveis	B05XC
11.2.2.3 — Suplementos vitamínicos hidrossolúveis	B05XC
11.2.3 — Misturas de macronutrientes e micronutrientes	—
11.3 — Vitaminas e sais minerais:	
11.3.1 — Vitaminas	A11
11.3.1.1 — Vitaminas lipossolúveis	A11C
11.3.1.2 — Vitaminas hidrossolúveis	A11DA; A11E
11.3.1.3 — Associações de vitaminas	A11G
11.3.2 — Sais minerais	A12
11.3.2.1 — Cálcio, magnésio e fósforo	—
11.3.2.1.1 — Cálcio	A12AA
11.3.2.1.2 — Magnésio	A12CC
11.3.2.1.3 — Fósforo	A11CX
11.3.2.2 — Flúor	A12CD
11.3.2.3 — Potássio	A12BA
11.3.2.4 — Associação de sais para re-hidratação oral	A07CA
11.3.3 — Associações de vitaminas com sais minerais	A11JB
Grupo 12 — Correctivos da volémia e das alterações electrolíticas:	
12.1 — Correctivos do equilíbrio ácido base:	
12.1.1 — Acidificantes	
12.1.2 — Alcalinizantes	
12.2 — Correctivos das alterações hidroelectrolíticas:	B05CB02; B05CB04
12.2.1 — Cálcio	A12A07; B05XA07; G04BA03
12.2.2 — Fósforo	
12.2.3 — Magnésio	B05CB03
12.2.4 — Potássio	B05X06
12.2.5 — Sódio	A12CA; B05CB; B05XA03
12.2.6 — Zinco	A12CB
12.2.7 — Glucose	B05CX01
12.2.8 — Outros	B05CX; B05BB
12.3 — Soluções para diálise peritoneal:	
12.3.1 — Soluções isotónicas	B05DA
12.3.2 — Soluções hipertónicas	B05DB
12.4 — Soluções para hemodiálise	B05ZA
12.5 — Soluções para hemofiltração	B05ZB
12.6 — Substitutos do plasma e das fracções proteicas do plasma	B05AA
12.7 — Medicamentos captadores de iões:	
12.7.1 — Fixadores de fósforo	V03AE
12.7.2 — Resinas permutadoras de catiões	V03AE
Grupo 13 — Medicamentos usados em afecções cutâneas:	
13.1 — Anti-infecciosos de aplicação na pele	D01
13.1.1 — Anti-sépticos e desinfectantes	D08A
13.1.2 — Antibacterianos	D01AA
13.1.3 — Antifúngicos	D01AC; D01AE
13.1.4 — Antivíricos	D06BB
13.1.5 — Antiparasitários	P03A
13.2 — Emolientes e protectores:	
13.2.1 — Emolientes	D02
13.2.2 — Preparações barreira	—
13.2.3 — Pós	D02AB
13.3 — Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos	D05
13.3.1 — De aplicação tópica	D05A
13.3.2 — De acção sistémica	D05B
13.4 — Medicamentos para tratamento da acne e da rosácea:	
13.4.1 — Rosácea	D06BX
13.4.2 — Acne	D10
13.4.2.1 — De aplicação tópica	D10A
13.4.2.2 — De acção sistémica	D10B

Classificação farmacoterapêutica	Códigos ATC
13.5 — Corticosteróides de aplicação tópica	D07
13.6 — Associações de antibacterianos, antifúngicos e corticosteróides	DO6C; DO7C; DO7X
13.7 — Adjuvantes da cicatrização	D03A
13.8 — Outros medicamentos usados em dermatologia:	
13.8.1 — Preparações enzimáticas e produtos aparentados	D03B
13.8.2 — Anestésicos locais e antipruriginosos	D04
13.8.3 — Preparações para verrugas, calos e condilomas	D11AF
13.8.4 — Produtos para alopecia androgénica	
13.8.5 — Imunomoduladores de uso tópico	D11AX
13.8.6 — Produtos para as unhas	D11AX
Grupo 14 — Medicamentos usados em afecções otorrinolaringológicas:	
14.1 — Produtos para aplicação nasal:	
14.1.1 — Descongestionantes	R01AA; R01AB
14.1.2 — Corticosteróides	R01AD
14.1.3 — Anti-histamínicos	R01AC
14.1.4 — Fármacos profiláticos usados na rinite alérgica	R03BC; R06AX
14.1.4 — Antibióticos	
14.2 — Produtos para aplicação no ouvido	S02
Grupo 15 — Medicamentos usados em afecções oculares	S01
15.1 — Anti-infecciosos tópicos	S01A
15.1.1 — Antibacterianos	S01AA; S01AB; S01AX11; S01AX12; S01AX13; S01AX17
15.1.2 — Antifúngicos	S01
15.1.3 — Antivíricos	S01AD
15.2 — Anti-inflamatórios	S01B
15.2.1 — Corticosteróides	S01BA
15.2.2 — Anti-inflamatórios não esteróides	S01BC
15.2.3 — Outros anti-inflamatórios, descongestionantes e antialérgicos	S01C; S01G
15.3 — Midriáticos e cicloplégicos	S01F
15.3.1 — Simpaticomiméticos	S01FB
15.3.2 — Anticolinérgicos	S01FA
15.4 — Medicamentos usados no tratamento do glaucoma	S01E
15.4.1 — Mióticos	S01EB
15.4.2 — Simpaticomiméticos	S01EA
15.4.3 — Bloqueadores beta	S01ED
15.4.4 — Análogos das prostaglandinas	S01EE
15.4.5 — Outros	S01EC
15.5 — Anestésicos locais	S01H
15.6 — Outros medicamentos e produtos usados em oftalmologia	S01X; S01G
15.6.1 — Adstringentes, lubrificantes e lágrimas artificiais	S01KA
15.6.2 — Medicamentos usados para diagnóstico	S01J
15.6.3 — Outros medicamentos	S01X
15.7 — Medicamentos para uso intra-ocular	S01K
Grupo 16 — Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores:	
16.1 — Citotóxicos:	
16.1.1 — Alquilantes	L01A
16.1.2 — Citotóxicos relacionados com alquilantes	L01AX
16.1.3 — Antimetabolitos	L01B
16.1.4 — Inibidores da topoisomerase I	L01XX
16.1.5 — Inibidores da topoisomerase II	L01CB
16.1.6 — Citotóxicos que se intercalam no ADN	L01XX; L01D
16.1.7 — Citotóxicos que interferem com a tubulina	L01CA; L01CD
16.1.8 — Inibidores das tirosinases	
16.1.9 — Outros citotóxicos	L01XX
16.2 — Hormonas e anti-hormonas	L02
16.2.1 — Hormonas	L02A
16.2.1.1 — Estrogénios	L02AA
16.2.1.2 — Androgénios	G03 B
16.2.1.3 — Progestagénios	L02AB
16.2.1.4 — Análogos da hormona libertadora de gonadotropina	L02AE
16.2.2 — Anti-hormonas	L02B
16.2.2.1 — Antiestrogénios	L02BA
16.2.2.2 — Antiandrogénios	L02BB
16.2.2.3 — Inibidores da aromatase	L02BG
16.2.2.4 — Adrenolíticos	L01X
16.3 — Imunomoduladores	L03AX; L04A; L03AB; L04AX
Grupo 17 — Medicamentos usados no tratamento de intoxicações	V03AB; V03AC; V03AF
Grupo 18 — Vacinas e imunoglobulinas	J07; J06
18.1 — Vacinas (simples e conjugadas)	J07A; J07B; J07C
18.2 — Lisados bacterianos	J07X
18.3 — Imunoglobulinas	J06B
Grupo 19 — Meios de diagnóstico	V04
19.1 — Meios de contraste radiológico:	
19.1.1 — Produtos iodados	V08A
19.1.2 — Produtos baritados	V08BA
19.1.3 — Outros produtos usados em radiologia	—

Classificação farmacoterapêutica	Códigos ATC
19.2 — Meios de contraste para imagem por ressonância magnética	V08C
19.3 — Meios de contraste para ultra-sonografia	V08D
19.4 — Meios de diagnóstico não radiológico	V04
19.5 — Preparações radiofarmacêuticas (radiofármacos)	V09
19.5.1 — Radiofármacos de crómio	V09CX; V09GX
19.5.2 — Radiofármacos de estrôncio	V10BX
19.5.3 — Radiofármacos de gálio	V09HX
19.5.4 — Radiofármacos de índio	V09AX; V09GX; V09HB; V09IB
19.5.5 — Radiofármacos de iodo	V09AB; V09CX; V09GB; V09IX
19.5.6 — Radiofármacos de samário	V10AX; V10BX
19.5.7 — Radiofármacos de tálio	V09GX
19.5.8 — Radiofármacos de tecnécio	V091A; V09HA; V09AA; V09BA; V09CA; V09DA; V09DB; V09EA; V09EB
19.5.9 — Radiofármacos de xénon	V09EX
19.5.10 — Testes de radioimunoensaio	—
19.5.11 — Teste de Schilling	—
Grupo 20 — Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos	—
20.1 — Pensos para feridas crónicas	—
20.1.1 — Absorventes de odores	—
20.1.2 — Alginatos	—
20.1.3 — Gazes impregnadas	D09AX; V03AK
20.1.4 — Hidrogeles	—
20.1.5 — Hidropolímeros	—
20.2 — Hemostáticos	B02BC
20.3 — Agentes de diluição, irrigação e lubrificação	B05C
20.4 — Gases medicinais	V03AN; R07AX
20.5 — Desinfectantes de material	V07AV
20.6 — Soluções para conservação de órgãos	—
20.7 — Produtos para embolização	V03AM
20.8 — Produtos para fisioterapia	—
20.9 — Outros produtos	—

Direcção-Geral da Saúde

Centro de Medicina de Reabilitação
da Região Centro — Rovisco Pais

Aviso n.º 9926/2004 (2.ª série). — *Concurso institucional interno geral de provimento para a categoria de assistente hospitalar (área funcional de medicina física e de reabilitação) da carreira médica hospitalar.* — 1 — Nos termos do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, e do regulamento aprovado pela Portaria n.º 43/98, de 26 de Janeiro, faz-se público que, por autorização do conselho de administração do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais, na reunião de 31 de Agosto de 2004, e nos termos das orientações transmitidas pela Administração Regional de Saúde do Centro, se encontra aberto concurso interno geral de âmbito institucional para o preenchimento de um lugar de assistente de medicina física e de reabilitação da carreira médica hospitalar do quadro do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais, aprovado pela Portaria n.º 210/2000, de 7 de Abril.

2 — O concurso é aberto a todos os médicos possuidores dos requisitos gerais e especiais que estejam vinculados à função pública e é válido para o preenchimento da vaga posta a concurso.

2.1 — Local de trabalho — o local de trabalho situa-se nas instalações do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais, 3064-908 Tocha.

3 — Requisitos de admissão:

3.1 — São requisitos gerais:

- Ter nacionalidade portuguesa, salvo nos casos exceptuados por lei especial ou convenção internacional;
- Ter cumprido os deveres militares ou de serviço cívico, quando obrigatório;
- Não estar inibido do exercício de funções públicas ou interdito para o exercício das funções a que se candidata;
- Possuir a robustez física e o perfil psíquico indispensáveis ao exercício da função e ter cumprido as leis da vacinação obrigatória;

3.2 — São requisitos especiais:

- Possuir vínculo à Administração Pública e grau de assistente ou sua equiparação, obtida nos termos do n.º 3 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março;
- Estar inscrito na Ordem dos Médicos.

4 — Apresentação da candidatura:

4.1 — Prazo — o prazo para apresentação de candidatura é de 20 dias úteis a contar da data de publicação do presente aviso no *Diário da República*.

4.2 — Forma — as candidaturas deverão ser formalizadas mediante requerimento dirigido ao presidente do conselho de administração do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais, solicitando a sua admissão ao concurso e entregue no Serviço de Pessoal, durante as horas normais de expediente e até ao último dia do prazo estabelecido neste aviso, podendo ser enviado pelo correio, sob registo, com aviso de recepção, o qual se considera apresentado dentro do prazo desde que expedido até ao termo do prazo fixado.

4.3 — Do requerimento de admissão deverão constar os seguintes elementos:

- Identificação completa (nome, naturalidade, nacionalidade, data de nascimento, estado civil, número e data do bilhete de identidade e serviço de identificação que o emitiu, residência, código postal e telefone);
- Categoria profissional e estabelecimento de saúde a que o requerente esteja vinculado;
- Identificação do concurso a que se candidata mediante referência ao número, à data e à página do *Diário da República* em que o presente aviso vem publicado;
- Indicação dos documentos que instruem o requerimento, bem como a sua sumária caracterização;
- Endereço para onde deverá ser remetido qualquer expediente relativo ao concurso;
- Quaisquer outros elementos que o candidato considere relevantes para apreciação do seu mérito.

4.4 — O requerimento de admissão deve ser acompanhado de:

- Documento comprovativo da posse do grau de assistente ou equivalente;
- Documento comprovativo da natureza e do tempo de vínculo;
- Documento comprovativo de se encontrar inscrito na Ordem dos Médicos (actualizado);
- Cinco exemplares do *curriculum vitae* (os exemplares do *curriculum vitae* podem ser apresentados até 10 dias úteis após o termo do prazo de candidatura, implicando a sua não apresentação dentro deste prazo a não admissão ao concurso).

Nota. — A falta dos documentos previstos nas alíneas a) e b) aquando da entrega do requerimento de admissão implica a exclusão da lista de candidatos.