

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A EFICÁCIA DA MOTIVAÇÃO PARA A HIGIENE ORAL NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA PORTADORA DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL – ESTUDO PILOTO

Trabalho submetido por
Maria Catarina Sampaio da Silva de Brito Colaço
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

outubro de 2023

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A EFICÁCIA DA MOTIVAÇÃO PARA A HIGIENE ORAL NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA PORTADORA DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL – ESTUDO PILOTO

Trabalho submetido por
Maria Catarina Sampaio da Silva de Brito Colaço
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Ana Cristina Manso

E coorientado por
Mestre Inês Caetano Santos

outubro de 2023

*“Aqueles que passam por nós,
não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si e levam um pouco de nós.”*

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar por agradecer à minha orientadora, Prof.^a Doutora Ana Cristina Manso, por toda a ajuda, disponibilidade e acompanhamento durante todo o projeto. Tem sido uma referência ao longo de todo o curso e foi um privilégio poder trabalhar consigo.

À minha coorientadora, Mestre Inês Caetano Santos, um obrigada não chega. Por acreditar em mim e na minha capacidade para dar continuidade a este projeto tão especial, por todo o carinho, apoio e dedicação em todas as etapas, pela motivação e acompanhamento que nunca faltaram. Foi um prazer fazer esta caminhada consigo.

Ao Prof. Doutor Luís Proença, pela constante compreensão, paciência, disponibilidade e apoio relativamente ao tratamento estatístico deste projeto.

O mais especial dos agradecimentos aos meus pais, sem os quais nada disto seria possível. Agradeço toda a confiança que depositam em mim todos os dias, o apoio constante em tudo o que faço, sem nunca me deixarem cair e a forcinha que me dão sempre para sonhar mais alto. Obrigada por me fazerem ver que a vida é feita de muitos momentos bons, alguns assim-assim e poucos maus que nos vão fazer valorizar aos momentos bons.

À minha maninha Inês, que me guiou e orientou durante toda a vida, que me mostrou desde o primeiro dia o significado de amor incondicional, que encara as minhas conquistas com toda a felicidade imaginável. Obrigada por seres a melhor do mundo.

À avó Lila e à avó Celeste obrigada por me apoiarem sempre e mostrarem tanto orgulho em tudo o que faço. Ao avô Zé e ao avô Manuel que tanta força e amor me enviam do céu todos os dias.

Ao meu namorado Angel, a minha verdadeira sorte grande. Obrigada por todo o carinho, respeito, amizade e amor constantes, por acreditares sempre em mim, por vezes mais do que eu própria acredito, por seres porto de abrigo, por seres o meu melhor amigo. Juntos crescemos tanto e ainda há tanta coisa bonita reservada para nós. Obrigada por me fazeres tão feliz, AMMrcv.

À minha Isabzelita, companheira da mítica box 5 e tanto mais. Afinal de contas estamos juntas há uma vida e ainda com uma vida inteira pela frente. Obrigada por seres a minha alegria diária, pela paciência e sobretudo pela infinita amizade que vem desse coração tão grande. Foi tão bom crescer e aprender tanto contigo. A uma vida inteira, mana, obrigada.

Aos meus amigos inacreditáveis A&C, que seria de mim sem vocês. Muito obrigada por todo o apoio e companheirismo, por todas as noites a estudar ou em festança, por todos os quality times (e foram tantos) e por me mostrarem que a vida é tão boa quando temos bons amigos connosco. Adoro-vos para a vida toda.

A ti, Egas Moniz, que a mim me deste a oportunidade de uma vida de poder crescer em todos os sentidos, enquanto fui genuinamente feliz e me senti sempre em casa, obrigada. Sem esquecer todos os docentes e funcionários que contribuíram para a minha formação, apoiando-me em diversas etapas do meu percurso.

À Praxe da Egas Moniz e à Associação Académica do Instituto Universitário Egas Moniz, o meu maior obrigada por me terem tornado no que sou hoje e, acima de tudo, por me terem dado pessoas tão especiais que levo para a vida.

RESUMO

Introdução: Com o envelhecimento populacional, assistimos a um aumento da prevalência de prótese dentária removível. A fraca higiene oral torna-se impactante na qualidade de vida dos pacientes. Cabe ao médico dentista informar o paciente, educando-o com hábitos corretos de higiene oral, e investir na prevenção e diagnóstico precoce. A instrução poderá ser insuficiente, sendo importante o cumprimento/motivação do paciente.

Objetivos: Analisar a influência da motivação para a higiene oral nos hábitos de higiene oral da população geriátrica reabilitada proteticamente na CDEM.

Materiais e Métodos: 50 pacientes da CDEM, com idade igual ou superior a 65 anos, portadores de PPR, responderam a um questionário sobre hábitos de higiene oral e realizaram um exame intra-oral para a medição de parâmetros de saúde oral. Foi também realizada instrução para a higiene oral/protética, através dos métodos “*Campaign*” e “*Face to Face*”, recorrendo a um *follow-up* de 2 meses para analisar a eficácia da instrução. Os dados foram analisados através do programa estatístico *IBM SPSS Statistics*, versão 29.0.

Resultados: A maioria da amostra pertencia ao sexo masculino (56%), sendo a idade predominante igual ou superior a 75 anos (68%). Entre a consulta inicial e o *follow-up* foram registadas melhorias em todos os parâmetros, nomeadamente frequência de escovagem da cavidade oral e da prótese, dureza da escova de dentes e da prótese, utilização de fio dentário e colutório/elixir, higienização da prótese dentária, dormir com a prótese, presença de lesões e valores de IP, IHO-S e HPD. Não foram registadas diferenças significativas entre os dois métodos de motivação, no entanto notou-se uma tendência para uma maior melhoria nos participantes sujeitos ao método mais personalizado (“*Face to Face*”).

Conclusões: Foram verificadas melhorias em ambos os métodos, comprovando a eficácia da instrução/motivação para a higiene oral na população geriátrica portadora de PPR.

Palavras-chave: prótese dentária; idoso; higiene oral; educação.

ABSTRACT

Introduction: As the population ages, we are seeing an increase in the prevalence of removable dentures. Poor oral hygiene has an impact on patients' quality of life. It is up to the dentist to inform the patient, educating them in correct oral hygiene habits and investing in prevention and early diagnosis. Instruction may be insufficient, and patient compliance/motivation is important.

Objectives: To analyze the influence of motivation for oral hygiene on the oral hygiene habits of the geriatric population prosthetically rehabilitated at CDEM.

Materials and Methods: 50 CDEM patients, aged 65 or over, with PPRs, answered a questionnaire on oral hygiene habits and underwent an intra-oral examination to measure oral health parameters. Oral hygiene/prosthetic instruction was also carried out using the "Campaign" and "Face to Face" methods, with a 2-month *follow-up* to analyze the effectiveness of the instruction. The data was analyzed using *IBM SPSS Statistics*, version 29.0.

Results: The majority of the sample was male (56%) and the predominant age was 75 or over (68%). Between the initial consultation and the follow-up, improvements were recorded in all the parameters assessed, namely the frequency of brushing the oral cavity and dentures, the hardness of the toothbrush and dentures, the use of dental floss and mouthwash, the hygiene of dentures, sleeping with dentures, the presence of lesions and PI, IHO-S and HPD values. There were no significant differences between the two motivation methods applied, but there was a tendency for greater improvement in the participants subjected to the more personalized method ("Face to Face").

Conclusion: Improvements were seen in both methods, proving the effectiveness of oral hygiene instruction/motivation in the geriatric population with PPRs.

Keywords: dental prosthesis; elderly; oral hygiene; education.

ÍNDICE GERAL

I.	INTRODUÇÃO	15
1.	Envelhecimento da população	15
1.1.	Em contexto mundial	15
1.2.	A nível nacional	17
1.3.	Alterações gerais associadas ao envelhecimento	17
1.4.	Doenças crónicas	19
2.	Saúde oral no idoso	20
2.1.	Edentulismo	22
2.1.1.	Principais causas e efeitos	22
3.	Reabilitação oral	23
3.1.	Opções reabilitadoras	24
3.1.1.	Reabilitação fixa	24
3.1.2.	Reabilitação removível	25
3.1.3.	Reabilitação total removível	25
3.1.4.	A prótese parcial removível	25
3.1.4.1.	Fatores de insucesso do tratamento reabilitador com PPR	26
3.1.4.2.	Lesões associadas ao uso de PPR	27
4.	Higiene oral	29
4.1.	Consequências da falta de higiene oral	29
4.2.	Técnicas de higienização da cavidade oral e a prótese dentária	30
4.2.1.	A importância da motivação e instrução para a higiene oral	34
4.3.	Medição de índices de higiene oral	35
5.	O impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente idoso	37
II.	OBJETIVOS E HIPÓTESES	39
1.	Objetivo principal	39
2.	Objetivos específicos	39

3.	Hipóteses de estudo	39
3.1.	Hipóteses Nulas	39
3.2.	Hipóteses Alternativas	39
III.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	41
1.	Considerações éticas	41
2.	Caracterização do estudo	41
3.	Seleção da amostra.....	41
3.1.	CrITÉRIOS de inclusão	42
3.2.	CrITÉRIOS de exclusão.....	42
4.	Método de recolha de dados.....	42
4.1.	Parte A – Questionário	42
4.2.	Parte B – Observação e registos clÍnicos.....	43
4.3.	Parte C – Métodos de instrução para a higiene oral	44
5.	Tratamento e análise de dados.....	45
5.1.	Base de dados	45
5.2.	Análise estatística e descritiva	45
IV.	RESULTADOS	47
1.	Caracterização da amostra	47
1.1.	Idade.....	47
1.2.	Faixa etária.....	47
1.3.	Género.....	48
1.4.	Cuidador formal ou informal	49
2.	Análise dos dados relativos à Saúde oral na consulta inicial e no <i>follow-up</i>	49
2.1.	Frequência de escovagem da cavidade oral.....	49
2.2.	Dureza da escova de dentes.....	50
2.3.	Utilização de dispositivo interdentário	52
2.4.	Utilização de colutório.....	53

2.5.	Higienização diária da prótese dentária	54
2.6.	Materiais de higienização da prótese dentária	55
2.7.	Escova utilizada para a prótese dentária	56
2.8.	Cuidados noturnos com a prótese dentária	57
2.9.	Instruções médicas acerca da higienização da cavidade oral	59
2.10.	Instruções médicas acerca da higienização da prótese dentária	60
3.	Análise dos resultados relativos aos Registos Clínicos do exame intraoral na consulta inicial e no <i>follow-up</i>	61
3.1.	Índice de Placa e de Higiene Oral Simplificado	61
3.1.1.	Higiene da Prótese Dentária	62
3.1.2.	Presença de coloração, desgaste, placa bacteriana e fraturas na prótese....	63
3.1.3.	Lesões na mucosa	66
4.	Análise estatística inferencial da evolução do paciente	67
4.1.	Diferença IHO-S vs. Faixa etária	67
4.2.	Diferença HPD vs. Faixa etária	68
4.3.	Diferença IHO-S vs. Género.....	70
4.4.	Diferença HPD vs. Género	70
V.	DISCUSSÃO.....	73
VI.	CONCLUSÕES	81
VII.	BIBLIOGRAFIA	85
VIII.	ANEXOS	

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por faixa etária.	47
Figura 2 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por métodos, por faixa etária.	48
Figura 3 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por género.	48
Figura 4 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por métodos, por género.	49
Figura 5 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por presença de cuidador.	49
Figura 6 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por frequência de escovagem da cavidade oral, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	50
Figura 7 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por dureza da escova utilizada para a cavidade oral, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	51
Figura 8 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por utilização de dispositivo interdentário, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	52
Figura 9 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por utilização de colutório, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	53
Figura 10 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por higienização diária da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	54
Figura 11 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por materiais de higienização da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	56
Figura 12 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pela escova utilizada para a prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	57
Figura 13 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pelos cuidados noturnos com a prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	58
Figura 14 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pelas instruções médicas acerca da higienização da cavidade oral, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	59
Figura 15 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pelas instruções médicas acerca da higienização da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	60
Figura 16 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pelos valores de HPD, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	63

Figura 17 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra total pela análise da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i> .	65
Figura 18 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra relativa ao método “Campaign” pela análise da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i> .	65
Figura 19 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra relativa ao método “Face to Face” pela análise da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i> .	66
Figura 20 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pelas lesões na mucosa, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i> .	67
Figura 21 - Gráfico de frequências dos valores médios das diferenças de HPD entre a consulta <i>follow-up</i> e na consulta inicial por faixa etária.	69
Figura 22 - Gráfico de frequências dos valores médios das diferenças de HPD entre a consulta <i>follow-up</i> e na consulta inicial por género.	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Índice de Higienização da Prótese, adaptado de Mylonas <i>et al.</i> (2022)	36
Tabela 2 – Análise descritiva da idade da amostra estudada.	47
Tabela 3 – Análise descritiva da diferença dos valores de IP e IHO da amostra estudada, na consulta inicial e na consulta de <i>follow-up</i>	62
Tabela 4 - Análise descritiva dos valores médios das diferenças de IHO-S entre a consulta <i>follow-up</i> e na consulta inicial por faixa etária.....	68
Tabela 5 - Análise descritiva dos valores médios das diferenças de IHO-S entre a consulta <i>follow-up</i> e na consulta inicial por género.....	70

ÍNDICE DE SIGLAS

CDEM - Clínica Dentária Egas Moniz

FDI – Federação Dentária Internacional

OMS – Organização Mundial da Saúde

WHO – World Health Organization

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

SARS-CoV-2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2

DCNTs – Doenças Crónicas Não Transmissíveis

HTA – Hipertensão Arterial

PPR – Prótese Parcial Removível

PT – Prótese Total

PF – Prótese Fixa

HFI – Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

IHO-S – Índice de Higiene Oral Simplificado

IP – Índice de Placa

IC – Índice de Cálculo

HPD – Higiene da prótese dentária

n – Número de indivíduos por grupo

vs – Versus

I. INTRODUÇÃO

1. Envelhecimento da população

1.1. Em contexto mundial

O aumento da longevidade é um dos maiores triunfos da humanidade. De facto, avaliando a nível mundial, estima-se que em 1950 existiam cerca de 205 milhões de indivíduos com 60 ou mais anos. Valor esse que, por volta de 2012, já teria aumentado para os 810 milhões de indivíduos e estima-se que alcançará os 2 mil milhões quando atingirmos a metade do século XXI, fazendo assim com que em cada 4 pessoas, 1 delas terá 60 anos ou mais (UNFPA, 2012; United Nations, 2022).

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifique o idoso como o indivíduo que apresenta 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento e mais de 65 anos (inclusive) nos países desenvolvidos, esta visão é frequentemente contestada pelo aumento da esperança média de vida, qualidade de vida e a capacidade funcional dentro de uma população idosa. Algumas organizações sugerem usar a idade em que começa o direito às pensões do estado, no entanto, a definição de envelhecimento tem sido difícil de definir com precisão, sendo multidimensional e muitas vezes acomodando fatores como idade cronológica (de acordo com a data de nascimento), idade social (abordando a atividade do idoso na sociedade), idade biológica (correspondente ao estado de funcionamento e vitalidade do organismo) e idade psicológica (referindo-se à capacidade de adaptação de cada pessoa) (Coutinho, 2015; Sabharwal et al., 2015; Wey, 2020).

Visto no passado como privilégio, o aumento da esperança de vida passou a ser uma experiência comum a um crescente número pessoas em todo o mundo. Esta enorme conquista do século XX, torna-se num igualmente amplo desafio no século que se segue. O envelhecimento da população é uma ambição de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais tempo torna-se num objetivo desde que se consiga garantir uma boa qualidade de vida nos restantes anos (Lopes et al., 2016).

A verdade é que o envelhecimento da população se revela como um fator positivo, que está intimamente conectado à maior eficácia das medidas preventivas na saúde, ao progresso da ciência e da medicina, especialmente no combate à doença, ao desenvolvimento de melhores condições sanitárias e nutricionais, a uma melhor intervenção no meio ambiente e, sobretudo, à consciencialização progressiva do poder

que temos sobre a nossa própria saúde. Nesta base, devemos impulsionar a autopercepção e promoção da saúde, tornando os pacientes nos primeiros intervenientes no seu próprio processo (Coutinho, 2015).

As políticas públicas têm destacado o lado positivo do envelhecimento, reconhecendo a contribuição dos idosos com sua riqueza de conhecimentos, habilidades e experiências na vida quotidiana e profissional. Para abordar este lado positivo têm sido utilizados diferentes termos: envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento ativo e, mais recentemente, o termo envelhecimento saudável, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Tavares et al., 2017).

O envelhecimento saudável é definido pela OMS como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada” (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Os mais recentes eventos pandémicos, a pretexto da infeção mundialmente generalizada por SARS-CoV-2 (conhecida por COVID-19), apresentaram-se extremamente desafiantes para a população mais idosa, tanto a nível de saúde como adaptativo e social. Sabemos que esta faixa etária está mais suscetível ao acentuar da doença e dos sintomas que a acompanham, tendo estado até associada a uma elevada taxa de mortalidade pela infeção e, por estas razões, o isolamento social foi sempre dado como a maneira mais segura de se protegerem e evitarem a contaminação. No entanto, a diminuição do contacto com os outros, demonstrou-se como fator bastante prejudicial para a saúde mental da população em geral o que, em tempos mais difíceis, muitos combateram com recurso às tecnologias que, apesar de ainda não substituírem o contacto físico, são bastante úteis para combater o sentimento de solidão. Pela dificuldade de adaptação ou financeira, ainda há muitos indivíduos mais velhos que não conseguem recorrer às tecnologias, fazendo com que a doença efetivamente agrave o seu estado mental. A alteração de rotinas, o medo e a ansiedade que se sentiam pelas ruas também não foram fatores positivos para a relação dos idosos com a doença. A pandemia da COVID-19 destacou também a desigualdade de acesso aos sistemas de saúde, notório especialmente entre os grupos vulneráveis, que mais precisaram. O isolamento condicionou bastante as consultas, deixando a saúde oral para o final das prioridades destes pacientes. Tendo em conta que, nesta faixa etária, é essencial um acompanhamento médico constante, esta situação foi bastante prejudicial. A aquisição dos materiais necessários para a higienização oral e protética foi também condicionada

pela pandemia, uma vez que, para além de ter existido uma subida de preços relativa aos aos mesmos, os pacientes julgavam não ser compensatório arriscarem-se a sair de casa para os adquirir (Chen & Schulz, 2016; Grolli et al., 2021; Novais & Pereira, 2019; Organização Mundial da Saúde, 2021, 2023).

1.2. A nível nacional

Portugal está, à semelhança de todo o mundo, a aumentar a sua população geriátrica, sendo até o segundo país europeu com maior percentagem de idosos (23,7 %, em 2022), depois da Itália (23,8%). Trata-se de uma situação quase oposta ao relatado em 1960, quando nos encontrávamos na sexta posição europeia com maior percentagem de jovens (29,3 %). Relembrando o índice de envelhecimento (número de idosos por 100 jovens), sabemos que em apenas 10 anos, de 2011 até 2021, passou dos 128 para os 182 (Eurostat, 2023; Instituto Nacional de Estatística, 2011, 2021; Moreira, 2020).

O envelhecimento da população mundial e, em especial na população portuguesa, promove desafios e oportunidades de intervenção no que toca à manutenção ou melhoramento da qualidade de vida das pessoas mais idosas. Se é certo que Portugal tem tido bastante sucesso na melhoria dos níveis de mortalidade e de esperança de vida, ao nível do indicador da esperança de vida saudável dos mais velhos, a situação não é tão evidente tanto que, no contexto europeu, estamos entre os países com piores resultados (Amendoeira, 2022; Moreira, 2020). Estes resultados têm como fundamento uma carga significativa de doenças, condições socioeconómicas desfavoráveis e a falta de adoção de comportamentos saudáveis, situação que se agrava bastante no interior do país onde, em 2017, foi registada uma percentagem de 30% de idosos em relação ao total de habitantes (Nunes, 2017a).

Em Portugal, as principais causas de deterioração da qualidade de vida na população geriátrica são as doenças cardiovasculares, o cancro e as doenças respiratórias. O avanço tecnológico na deteção precoce, tratamento e inovação terapêutica permitirá abordar alguns desses problemas, contribuindo, num futuro próximo, para o aumento da esperança de vida saudável (Nunes, 2017b).

1.3. Alterações gerais associadas ao envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno intrínseco à existência humana, composto por uma degradação progressiva e diferencial onde, devido à redução da manutenção da

homeostasia, ocorre um conjunto de mudanças que afetam a estrutura, o funcionamento, as reações químicas e as perspectivas psicológicas, resultando em alterações na capacidade de autonomia e adaptação do indivíduo. Esse processo também pode contribuir para uma maior suscetibilidade a doenças e um aumento na fragilidade do organismo. É possível afirmar que o envelhecimento depende de três fatores principais: biológicos, psicológicos e sociais, sendo também pertinente mencionar o comprometimento do sistema sensorial (Cancela, 2007; Macena et al., 2018).

Do ponto do envelhecimento biológico, este pode dividir-se em modificações morfológicas, as mais visíveis a nível físico, como os cabelos esbranquiçados ou a pele mais enrugada e em modificações fisiológicas, relacionadas com todo o funcionamento do organismo, desde o sistema cardiovascular que começa a apresentar falhas, por exemplo, no controlo da pressão arterial, passando pelos sistemas renal e hepático, que com o passar do tempo diminuem a sua capacidade de filtração e excreção/metabolização das toxinas e também pelo sistema imunológico, cujo comprometimento pode levar a uma maior propensão para doenças infecciosas e autoimunes. O sistema nervoso, também pertencente às modificações fisiológicas, pode provocar um efeito significativo a nível cognitivo e motor quando afetado, podendo levar a perdas de memória e sendo capaz de prejudicar as funções e tarefas básicas de qualquer indivíduo (Cancela, 2007; Dantas & Santos, 2017; Lamster et al., 2016; Macena et al., 2018; Silva et al., 2020).

O processo de envelhecimento pode ser bastante duro para a vertente social da vida do indivíduo, sendo bastante comum a solidão e exclusão social nesta faixa etária. A literatura tem vindo a demonstrar que a maior interação social está intimamente ligada com um maior bem-estar e satisfação com a vida e melhor funcionamento cognitivo e emocional (Cancela, 2007; Kreve & Anzolin, 2016; Miguel, 2014).

O envelhecimento psicológico está intrinsecamente ligado às habilidades comportamentais que a pessoa pode desencadear como resposta às transformações do contexto ao seu redor. No fundo, acaba por determinar a reação às modificações supramencionadas (Cancela, 2007; Dantas & Santos, 2017).

O comprometimento do sistema sensorial pode desencadear a instabilidade especialmente da visão, da audição e do equilíbrio, afetando diretamente o indivíduo a nível social, intelectual e psicológico (Cancela, 2007; Lamas & Paúl, 2013).

O paladar e o olfato estão diretamente relacionados e permitem aos idosos distinguir os diferentes alimentos, tendo um papel crucial na sua alimentação. Apesar de ser mais comum no uso de próteses removíveis totais, também as próteses parciais podem, ao substituir as peças dentárias, causar a alteração dos dois sentidos mencionados, interferindo com a sensação de gosto no palato e perturbando a percepção do cheiro (Andrade, 2013).

Segundo o estudo realizado por Miguel (2014), a população não fumadora, que bebe em moderação, tem uma alimentação equilibrada e pratica exercício físico mostra quatro vezes menos incapacidade do que a população oposta.

1.4. Doenças crónicas

No envelhecimento, a maioria dos problemas de saúde enfrentados estão associados a doenças crónicas, principalmente não transmissíveis (DCNT's). São doenças de origem não infecciosa, que se caracterizam por longos períodos de latência e longa duração. Muitas delas podem ser prevenidas ou retardadas com a adoção de comportamentos saudáveis, ou ser eficazmente controladas, principalmente se forem detetadas precocemente e, por isso mesmo, devemos dar especial atenção a toda a sintomatologia, fatores de risco e medidas de prevenção. Para os casos menos positivos em que as pessoas apresentam declínios na capacidade, os ambientes de apoio podem garantir uma vida digna e com contínua realização pessoal (Carlos & Pereira, 2015; Figueiredo et al., 2021; Organização Mundial da Saúde, 2015).

As condições crónicas vão, inevitavelmente, atingir pessoas de qualquer estrato social, sendo mais prevalentes nos idosos com menos possibilidades financeiras e menor grau de instrução, uma vez que são os mais expostos aos fatores de risco e com menor disponibilidade de conhecimentos e assistência médica (Carlos & Pereira, 2015; Simieli et al., 2019).

A relação entre o aumento da incidência das doenças crónicas e o aumento da idade deve-se à interação entre fatores genéticos, modificações fisiológicas do envelhecimento e condições de risco dentro das quais se destacam as comportamentais, como tabagismo (responsável por cerca de 10% dos casos das doenças cardiovasculares), etilismo (sendo que 50% das mortes por álcool se devem às DCNTs), ingestão de alimentos pouco nutritivos ou em excesso (como é o caso do sal que aumenta o risco de doenças cardiovasculares) e sedentarismo (que aumenta de 20% a 30% o risco de mortalidade)

(Figueiredo et al., 2021; Simieli et al., 2019).

As doenças crônicas que mais afetam os idosos são as doenças cardiovasculares (como a hipertensão arterial sistêmica), o cancro, a diabetes *mellitus* (DM) e as doenças neurodegenerativas, como por exemplo a Doença de Alzheimer e a Doença de Parkinson, sendo que representam 70% das mortes em todo o mundo (Fontinele & Duque, 2021; World Health Organization, 2020).

As DCNTs têm um impacto negativo na esperança de vida e são atualmente as principais causas de óbito em todo o mundo, representando cerca de 70% das mortes. A multimorbilidade, caracterizada por dois ou mais diagnósticos de doenças, prejudica ainda mais a situação do paciente e pode resultar numa diminuição da qualidade de vida e capacidade funcional (Carlos & Pereira, 2015; Fontinele & Duque, 2021).

2. Saúde oral no idoso

O reconhecimento da relação entre saúde e qualidade de vida começou quando a OMS expandiu a definição de saúde em 1948, definindo-a como um conceito multidimensional: "um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Sendo parte integrante da saúde geral, também a saúde oral está intimamente relacionada com a qualidade de vida de qualquer indivíduo, apoiando-o na participação a nível social. Desta forma, a Organização Mundial da Saúde definiu saúde oral como "o estado da boca, dos dentes e das estruturas orofaciais que permite às pessoas desempenhar funções essenciais como comer, respirar e falar, abrangendo dimensões psicossociais como autoconfiança, bem-estar e habilidade de socializar e trabalhar sem dor, desconforto e constrangimento" (World Health Organization, 1948, 2022).

É neste mundo que surge a importância da odontogeriatría, uma especialidade recente da Medicina Dentária que se foca na saúde oral da população idosa e nas repercussões que a idade tem em todas as estruturas orais, bem como na promoção da saúde oral e no diagnóstico, prevenção e tratamento de todas as condições associadas (Amorim & Furtando, 2014; Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013; Santos & Souza, 2019).

Segundo a OMS, as doenças orais não tratadas afetam quase metade da população mundial, tendo aumentado em 1 bilhão nos últimos 30 anos, um claro sinal de que a população geriátrica constitui uma faixa etária de risco para o desenvolvimento destas doenças (Andrade, 2013; World Health Organization, 2022).

Dentro dos fatores de risco podemos destacar a dificuldade de acesso aos estabelecimentos como hospitais, centros de saúde e clínicas, a falta de acompanhamento e pouca compreensão da necessidade que têm de cuidados de saúde oral, as maiores dificuldades a nível financeiro, os problemas de saúde, as terapêuticas medicamentosas e a presença de todo o tipo de distúrbios, como a perda de autonomia, de mobilidade e de destreza que impedem uma correta higiene oral (Andrade, 2013; Kreve & Anzolin, 2016; World Health Organization, 2022).

Entre as principais doenças e condições que mais comprometem a cavidade oral na faixa geriátrica, pode-se destacar a cárie dentária (em especial a cárie radicular), a doença periodontal (que por ser acumulativa, se tende a agravar com a idade), a xerostomia (geralmente causada pela polimedicção), o edentulismo (não sendo necessariamente fruto do envelhecimento, mas sim de eventos sucedidos até então como doenças orais não tratadas) e o cancro oral (que surge, em média, acima dos 60 anos), todas elas fonte de possíveis distúrbios na estética, fonética, função e até no comportamento social do paciente (Albeny & Santos, 2018; Gil-Montoya et al., 2015; Lamster et al., 2016).

Existem diversas alterações na cavidade oral que podem ser consideradas parte do normal envelhecimento e não doença. Os dentes geralmente apresentam um tom mais escuro e um maior desgaste a nível do esmalte, chegando a haver, por vezes, exposição dentinária. Com um envelhecimento saudável, os tecidos periodontais tendem a reduzir, continuando, no entanto, funcionais. Verifica-se uma maior perda de inserção, acompanhada de recessão gengival que, por sua vez, vai proporcionar um aumento na proporção coroa-raiz. Os dentes podem apresentar alguma mobilidade fisiológica, as profundidades de sondagem são de até 4 mm e pode ocorrer inflamação gengival em muitas áreas da boca, não sendo pronunciada. Relativamente à mucosa oral nesta faixa etária, esta apresenta a perda de fibras elásticas e o espessamento e desorganização dos feixes de colágeno no tecido conjuntivo. A mucosa torna-se menos resiliente e, acompanhada por uma redução da microvasculatura, leva a uma cicatrização prejudicada (Gil-Montoya et al., 2015; Lamster et al., 2016; Razak et al., 2014; Santos & Souza, 2019).

Os critérios específicos para um envelhecimento oral bem-sucedido ainda não foram definidos mas assume-se a presença de pelo menos 20 dentes, que em condições ideais forneceriam oclusão até aos dentes pré-molares (supondo a perda de todos os dentes molares), livres de lesões de cárie, apenas com mobilidade fisiológica e com valores de

perda de inserção e profundidades de sondagem máximos de 4 mm (Dias, 2022; Lamster et al., 2016)

Embora os idosos estejam a manter os seus dentes naturais por mais tempo do que no passado, a prevalência de morbidade dentária continua alta. Apesar de muitas doenças da cavidade oral serem tratáveis ou preveníveis, a população geriátrica tende a não procurar tratamento. Isso pode ocorrer porque a maioria desta faixa etária não foi introduzida ao conceito de medicina dentária preventiva em idade jovem. Muitos ainda acreditam que a perda de dentes é uma parte normal do processo de envelhecimento e que não pode ser prevenida. Outros adaptaram-se a um estado comprometido de saúde oral e procuram tratamento apenas em casos de emergência ou dor (Razak et al., 2014).

2.1. Edentulismo

Definido como o estado de perda de um ou mais dentes naturais, o edentulismo é descrito como o "marcador final de doença para a saúde oral". Embora a prevalência desta condição tenha diminuído na última década nos países desenvolvidos devido aos cuidados dentários melhorados, continua a ser bastante relevante em todo o mundo e a estar muito presente, especialmente com o aumento da esperança média de vida. A dentição adequada é essencial para o bem-estar e qualidade de vida, afetando a prática de cuidados primários e, desta forma, o edentulismo torna-se uma das grandes preocupações de saúde pública. A perda de dentes afeta a mastigação, a fala e pode resultar em má estética, o que, por sua vez, afeta a qualidade de vida (Al-Rafee, 2020; Emami et al., 2013; Romandini et al., 2021).

2.1.1. Principais causas e efeitos

Muitas são as possíveis causas para o edentulismo. Embora principalmente seja resultado de doenças microbianas e/ou genéticas que têm um forte impacto individual e comportamentais, como a doença periodontal e extensas lesões de cárie, o edentulismo pode ser resultado de causas iatrogénicas, traumáticas ou terapêuticas. Pode também resultar do acumular de transtornos físicos e psíquicos, tais como a perda de autonomia, de mobilidade e destreza. A dieta e os hábitos tabágicos são também considerados fatores predisponentes ao edentulismo. No caso do segundo, isto acontece especialmente pela sua relação com a doença periodontal, mas também pelo aumento da incidência de abrasão cervical e erosão associado. Já a nível psicológico, está descrito que pacientes que apresentam altos níveis de stress, depressão e ansiedade, encontram-se mais debilitados a

nível oral e sistêmico, o que pode provocar um maior risco de perda dentária (Al-Rafee, 2020; Andrade, 2013; Emami et al., 2013; Espinha, 2016; Oliveira, 2013).

O estatuto socioeconómico de um indivíduo desempenha um papel significativo quando se fala de edentulismo, como baixos rendimentos, baixo nível educacional e apoio social limitado, especialmente em idosos. Deste modo, é mais frequente encontrar dentições funcionais (com 20 ou mais dentes naturais) em indivíduos com melhores condições financeiras (Al-Rafee, 2020; Andrade, 2013).

Na faixa etária correspondente aos pacientes geriátricos, ocorre frequentemente uma diminuição da saliva, tanto em quantidade como em qualidade. Isto acontece, geralmente, associado à medicação e pode causar problemas periodontais, como sangramento e perda de adesão gengival que podem desencadear uma maior mobilidade dentária. Pode também causar um aumento de acumulação de placa bacteriana que, mais tarde, leva à formação de tártaro e possivelmente, à maior incidência de cárie dentária, principalmente radicular, pelo comprometimento da capacidade tampão e diminuição da remineralização (Al-Rafee, 2020; Espinha, 2016; Oliveira, 2013).

O edentulismo poderá ser total, que se refere à falta de todas os dentes em ambas as arcadas dentárias, ou parcial, com a ausência de pelo menos uma peça dentária em qualquer uma das arcadas. Seja qual for o caso, o paciente vai sempre perder alguma ou total capacidade mastigatória, ter algumas dificuldades a nível da fala e sofrer alterações estéticas, aspetos que poderão influenciar diretamente as interações sociais do indivíduo e, consequentemente, a autoestima e qualidade de vida. O edentulismo parcial pode também desencadear inclinações dentárias, extrusões quando não há dente oponente e disfunções temporomandibulares (Gonçalves, 2018; Oliveira, 2013).

Segundo o Barómetro da Saúde Oral, apresentado em 2022, cerca de 68% da população portuguesa tem falta de 1 ou mais dentes naturais (excluindo os dentes do siso), sendo que 6,4% já não tem qualquer peça dentária natural em boca (Ordem dos Médicos Dentistas, 2022).

3. Reabilitação oral

A ausência parcial ou total de dentes afeta a vivência diária do indivíduo, provocando consequências na saúde geral do paciente e na sua qualidade de vida. A preservação e recuperação da função mastigatória, fonética e a vertente estética representam alguns dos

principais objetivos na medicina dentária reabilitadora (Hawerorth, 2017; Kreve & Anzolin, 2016).

A falta de harmonia causada pela ausência de dentes é, muitas vezes, mais impactante do que a necessidade de mastigação. Esta consequência estética pode resultar numa alteração facial que provoca o sentimento de exclusão social, afetando a autoestima do paciente. Desta forma, a reabilitação oral pode ser considerada como essencial para o bem estar físico e emocional dos pacientes idosos (Kreve & Anzolin, 2016).

Para conseguir restabelecer a função mastigatória, fonética e estética pretendidas (o grande objetivo da reabilitação oral), o médico dentista pode usar substitutos adequados para reabilitar um ou mais dentes perdidos, permitindo devolver ao paciente também o conforto, a saúde e a capacidade de interagir socialmente (Costa et al., 2016).

3.1. Opções reabilitadoras

A reabilitação oral torna-se possível quando recorremos à reabilitação removível ou à reabilitação fixa sendo que, nos dias de hoje, existe uma panóplia de possibilidades no que toca a planos de tratamento e opções (Mendes, 2019; Shaghaghian et al., 2015).

Desde a motivação, às condições financeiras, muitos são os aspetos que condicionam e influenciam a tomada de decisão, por parte do paciente, no que toca à opção reabilitadora. Já relativamente ao setor sistémico, existem certos tipos de doenças e alterações na cavidade oral, bem como experiências prévias por parte do paciente que influenciam o rumo que este decide tomar no que concerne ao plano a seguir e até o prognóstico da reabilitação oral (Mendes, 2019).

O sucesso da reabilitação permite a esperança de uma aparência desejável, mas depende diretamente da retenção, da estabilidade, da estética, da oclusão e da colaboração do paciente (Hawerorth, 2017; Kreve & Anzolin, 2016).

3.1.1. Reabilitação fixa

A reabilitação fixa, na área da medicina dentária, é responsável por restaurar situações de edentulismo parcial ou total ou de elevada destruição coronária, através de peças protéticas que podem ser aparafusadas sobre implantes dentários (no caso de implantes unitários ou prótese total sobre implantes) e/ou cimentadas sobre dentes naturais vitais ou endodonciados previamente preparados (no caso das coroas ou pontes), não podendo ser

removidas pelo paciente (Fernandes, 2018; Gasparetto, 2021; Hawerth, 2017; Mendes, 2019; Silva, 2021).

Os materiais normalmente utilizados para a confecção destas peças são acrílico, metal, cerâmica ou resina composta, conforme o mais adequado para cada paciente (Silva, 2021).

3.1.2. Reabilitação removível

Sendo a reabilitação removível considerada como convencional, é ainda das mais procuradas e praticadas nos consultórios de medicina dentária. Para além dos benefícios estéticos e funcionais que todas as opções reabilitadores oferecem aos pacientes, a reabilitação removível tem como características a sua natureza não invasiva, o valor de custo bastante mais acessível e a sua fácil manutenção, tornando-a assim numa opção de interesse no momento da decisão (Mendes, 2019; Silva, 2021).

3.1.3. Reabilitação total removível

A prótese total (PT) surgiu pela necessidade de repor a fonética, estética e harmonia facial e as funções mastigatória e de deglutição num paciente edêntulo, através de um dispositivo protético que substituísse todos os dentes da arcada dentária, o volume alveolar e a porção gengival perdida (Silva, 2021).

No século XX, a prótese total era muitas vezes reconhecida como o tratamento de eleição para estes pacientes. No entanto, persistia uma dificuldade na adaptação, na retenção e na estabilização, o que levou à necessidade de desenvolvimentos na área de investigação e tornou possível a existência de melhores alternativas para substituir dentes ausentes, mais usadas atualmente (Mendes, 2019; Silva, 2021).

Embora hoje em dia não seja considerado como o tratamento *gold-standard* do edentulismo, em alguns países ainda é muito requisitado e utilizado, não sendo futuramente expectável o contrário, especialmente nas regiões menos desenvolvidas ou com recursos económicos limitados (Kreve & Anzolin, 2016).

3.1.4. A prótese parcial removível

Como mencionado anteriormente, a prótese parcial removível (PPR) é, apesar de tradicional, uma opção reabilitadora ainda bastante presente na prática clínica para

pacientes parcialmente edêntulos, garantido que a estética, bem como toda a função oral são restabelecidas (Mendes, 2019).

A PPR pode ser acrílica, sendo fabricada com uma base acrílica e com dentes artificiais, geralmente também em acrílico, ou esquelética em que para além da base em acrílico e dos dentes acrílicos, existe também uma estrutura metálica com apoios oclusais, conectores e retentores embutidos na base. Seja qual for a prótese mais adequada, deve manifestar translucidez e transparência que admita a pigmentação com vista a uma reprodução estética dos tecidos orais. Deve também apresentar estabilidade, resistência ao desgaste, impermeabilidade aos fluidos orais para permitir uma adequada higienização, estar isenta de odor ou sabor, não ser irritante e exibir um bom polimento (Grilo, 2015; Silva, 2021).

Para além das vantagens supramencionadas que contemplam o reduzido custo e a natureza não invasiva, as PPR são também de rápida confeção, oferecem boa estabilidade e permitem uma higienização mais facilitada por ser extra-oral. No entanto surgem como contraindicações situações em que os pacientes tenham dificuldades motoras, uma vez que são necessárias e frequentes a inserção e desinserção da prótese para higienização e melhor conservação da mucosa, situações de comprometimento periodontal dos elementos remanescentes e doenças sistémicas ou mentais que impeçam a manutenção e correta utilização da PPR (Medeiros, 2019; Mendes, 2019; Piva, 2015; Silva, 2021)

Torna-se também numa contraindicação a alergia a algum dos componentes das próteses parciais removíveis como a liga metálica ou até mesmo a base de acrílico, casos em que a liga de titânio substitui com sucesso, geralmente (Medeiros, 2019; Piva, 2015).

3.1.4.1. Fatores de insucesso do tratamento reabilitador com PPR

Definir qual o principal fator de insucesso do tratamento reabilitador com PPR é ainda muito difícil nos dias de hoje, no entanto podemos abordar quais os mais comuns (Medeiros, 2019).

A literatura descreve que para além de um delineamento e planeamento corretos da prótese, também as impressões da arcada têm de ser escrupulosamente bem feitas de maneira a não se tornarem propensas a falhas nalgum aspeto protético. No entanto, o sucesso do tratamento reabilitador depende maioritariamente da adesão do paciente à sua correta utilização, tal como da correta higienização (Medeiros, 2019; Piva, 2015).

A xerostomia e a hipossalivação têm também um grande impacto no sucesso da reabilitação com prótese removível uma vez que, devido à falta ou diminuição do fluxo salivar, a retenção das peças protéticas fica diminuída, provocando uma maior dificuldade no uso das mesmas e crescendo a incidência de lesões na mucosa que suporta a PPR. Nestes casos, a retenção pode ser melhorada através de cremes adesivos ou pela utilização de estimulantes salivares. Para além disso, a xerostomia é também causadora de cáries rampante e infeções a nível da cavidade oral. Uma higiene oral meticulosa, complementada por colutórios com clorhexidina e o uso diário de substitutos salivares artificiais, são meios importantes para reduzir as complicações associadas ao uso de próteses dentárias em pessoas com xerostomia (Razak et al., 2014; Vicente, 2019).

Segundo Razak *et al.* (2014), os fatores que têm mais probabilidades de se tornarem causa de insucesso no tratamento reabilitador são:

- Alterações a nível da cavidade oral: a diminuição da função mastigatória e muscular comuns no processo de envelhecimento podem ser intensificadas com a reabilitação oral, resultando em possíveis impactos na adequada nutrição;
- Alterações neurofisiológicas: podem surgir disfunções a nível do Sistema Nervoso Central que restringem a progressão dos novos padrões de atividade muscular;
- Alterações do foro mental;
- Patologias debilitantes: a reabilitação deve ser considerada somente após a recuperação da saúde geral ou estabilização da doença crónica, visto que a deficiente higiene oral e protética pode não só resultar de certas condições patológicas, como também agravar determinadas doenças.

3.1.4.2. Lesões associadas ao uso de PPR

A utilização de próteses parciais removíveis pode conduzir a alterações na cavidade oral, desenvolvendo lesões nos tecidos. As causas são diversas, podendo ser a má higienização da prótese e da cavidade oral, a má adaptação da prótese ou o incorreto uso das mesmas, estando a título de exemplo as situações em que os pacientes dormem com os dispositivos protéticos em boca (Godinho, 2022; Silva et al., 2020).

A literatura descreve que as lesões mais prevalentes nos pacientes portadores de PPR são a úlcera traumática, a estomatite protética, a queilite angular e a hiperplasia fibrosa inflamatória que, para além de afetarem a saúde oral e geral dos pacientes, vão afetar o

sucesso do tratamento reabilitador por produzirem desconforto (Medeiros et al., 2015; Nobre & Athias, 2017; Silva et al., 2018).

A úlcera traumática é das lesões mais frequentes da cavidade oral e está associada a um fator local irritante como é o caso das próteses mal-adaptadas, não sendo exclusiva desta causa. As localizações mais afetadas são a língua, a mucosa jugal e o lábio inferior e está geralmente associada a uma sintomatologia dolorosa. No caso das próteses mal-adaptadas, antes de recorrer a medicamentos analgésicos para o alívio da dor, devemos ajustar a prótese, de maneira a aliviar as zonas onde foi detetado o trauma. Duas semanas depois já deveremos observar a cicatrização da úlcera (Nobre & Athias, 2017; Silva et al., 2018).

No caso da estomatite protética, falamos de uma doença geralmente assintomática, caracterizada por inflamação da mucosa da cavidade oral e que fica mais propensa nos casos em que surgem combinados fatores sistémicos como diabetes, indivíduos imunodeprimidos, xerostomia e deficiências nutricionais com fatores locais como higienização deficiente da prótese, infeção por bactérias ou fungos (facilitada pela rugosidade interna da prótese), alergia ao material e trauma protético. O tratamento da estomatite baseia-se na remoção dos fatores sistémicos e locais, incluindo a avaliação e tratamento das doenças sistémicas e a toma de medicamentos como antifúngicos. Torna-se também importante a confeção de uma nova prótese (no caso de não estar corretamente adaptada e ajustada) e instrução para métodos efetivos de higienização e desinfeção da PPR (Godinho, 2022; Sesma & Morimoto, 2011; Trindade et al., 2018).

Outra lesão bastante frequente em pacientes portadores de PPR é a queilite angular, tendo maior prevalência em pacientes geriátricos e que tenham a dimensão vertical reduzida, isto porque a acumulação de saliva nas comissuras labiais fica facilitada, tornando a zona húmida e favorecendo a infeção por *Candida albicans*. A etiologia da queilite angular está associada a agentes infecciosos, doenças dermatológicas, deficiências nutricionais, imunodeficiência, aumento do fluxo salivar e aspetos mecânicos que provoquem a redução da dimensão vertical (como é o caso de próteses mal-adaptadas) e é caracterizada por eritema, fissuração e descamação (Godinho, 2022; Trindade et al., 2018).

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), é uma lesão que provém de uma reação do tecido conjuntivo fibroso, geralmente após traumatismo do bordo da PPR ou da PT mal-adaptadas. Para além desta etiologia, considerada a mais comum, a HFI pode surgir de

processos iatrogénicos por parte dos profissionais, de diastemas, má higienização, entre outros. Relativamente às suas características, é uma lesão de crescimento lento e assintomático, com crescimento nodular com forma e tamanhos variados e que frequentemente surge na face vestibular, podendo também aparecer nas faces palatina ou lingual. O tratamento de eleição para este tipo de lesões é a remoção cirúrgica após supressão do agente traumático, não sendo comuns as recidivas quando a remoção é bem sucedida (Godinho, 2022; Nobre & Athias, 2017; Silva et al., 2018; Trindade et al., 2018).

Tudo isto torna o papel do médico dentista de extrema relevância no que toca aos pacientes portadores de PPR, devendo instruir o paciente a realizar uma boa higienização e correta utilização para auxiliar na redução desses problemas e fazer um maior acompanhamento, implementando consultas periódicas para o controlo das próteses e da cavidade oral (Godinho, 2022; Medeiros et al., 2015; Nobre & Athias, 2017; Silva et al., 2018; Trindade et al., 2018).

4. Higiene oral

A saúde oral está diretamente relacionada com uma correta higiene oral, cujos procedimentos têm como intenção limitar a acumulação de placa bacteriana a nível da cavidade oral (Lamster et al., 2016).

Nesta faixa etária, surge uma maior necessidade de cuidados ao nível da higiene oral, pelo aumento da predisposição para o aparecimento de patologias na cavidade oral. No entanto, as alterações sofridas pelo idoso relativamente à função motora (como a perda de destreza manual), à diminuição da capacidade visual e às alterações do foro psicológico, fazem com que estes cuidados nem sempre sejam reforçados, acabando por haver um certo descuido na higiene oral do paciente (Lamster et al., 2016; Trindade et al., 2018).

4.1. Consequências da falta de higiene oral

A incorreta higienização da cavidade oral é passível de promover exacerbação ou agravamento do estado de várias doenças, sendo o caso de duas das doenças mais comuns, a cárie dentária e a doença periodontal, ambas com possíveis repercussões a nível sistémico (como é o caso da hipertensão arterial e da diabetes *mellitus*), afetando a saúde geral (Mendes, 2019; Srivastava, 2013).

Apesar de não serem as únicas causas, a cárie dentária e a doença periodontal surgem como principais fatores causais da perda dentária. A ausência de dentes na cavidade oral exerce um significativo impacto no paciente, acarretando complicações em termos estéticos, fonéticos e mastigatórios. A literatura refere que, por consequência, tende a haver uma diminuição na qualidade da dieta do paciente, reduzindo a ingestão da maioria dos nutrientes, o que pode ser justificção (em parte) para a maior incidência de doenças crônicas nesta população (Al-Rafee, 2020; Zhu & Hollis, 2014).

Numa outra associação à acumulação de placa e incorreta higienização da cavidade oral, surge a halitose, também conhecida como mau hálito oral. A halitose consiste na degradação microbiana de aminoácidos presentes na placa bacteriana, saliva, sangue e revestimentos da língua e geralmente afeta negativamente a autoestima e qualidade de vida dos pacientes (Izidoro et al., 2021; Machado, 2021).

Considerando que a placa bacteriana é passível de ser removida com uma correta higiene oral, é benéfico e necessário investir na instrução e motivação de toda a população para a mesma. Nos casos em que se deixa acumular biofilme durante um maior período de tempo sem a sua remoção, acabamos por ter a formação de cálculo ou tártaro, que consiste na mineralização da placa bacteriana e que apenas pode ser removido pelo médico dentista com os utensílios indicados. A acumulação de placa bacteriana provoca uma perda de simbiose entre o biofilme e a resposta imunoinflamatória do hospedeiro, sendo este o principal mecanismo estimulador da doença periodontal – gengivite e periodontite (Chetruş & Ion, 2013; Murakami et al., 2018).

4.2. Técnicas de higienização da cavidade oral e a prótese dentária

A higiene oral e a higiene da prótese são essenciais para prevenir o desenvolvimento de patologias, mantendo a saúde dos tecidos e, consequentemente, aumentando a longevidade e viabilidade de uma reabilitação oral com próteses removíveis (Grilo, 2015).

A manutenção da saúde oral depende bastante de dois fatores: a motivação/cooperação do paciente e a sua capacidade para efetivamente realizar a escovagem. Nos pacientes idosos, a falta de coordenação e a destreza manual baixa chegam mesmo a impossibilitar a higienização, necessitando de especial atenção e acompanhamento por parte do médico dentista e do cuidador, se assim for o caso (Santos & Souza, 2019).

Como supramencionado, os procedimentos de higiene oral visam limitar a acumulação de placa bacteriana. Até à data, nenhum método alternativo ao controlo mecânico da formação de biofilme provou ser eficaz na prática diária. No entanto, adjuvantes químicos em pastas dentífricas e colutórios ou elixires demonstraram proporcionar benefícios adicionais na remoção da placa bacteriana, sendo que seja qual for o dispositivo de higiene oral utilizado, a percentagem de remoção bem sucedida vai depender sempre das capacidades do paciente e das condições morfológicas e anatómicas, como apinhamentos ou irregularidades dentárias, que dificultam a higienização (Sälzer et al., 2020).

O método de escovagem mais eficaz depende da destreza de cada indivíduo e existem vários métodos que variam de acordo com o movimento e posição da escova. No entanto, a técnica que se julga ser mais eficaz e por isso mais aconselhada, numa situação ótima de destreza manual, é a técnica de *Bass* modificada. Nesta técnica, a escova deve ser posicionada num ângulo de 45° em relação ao eixo do dente, realizando movimentos vibratórios curtos, seguidos de movimentos de varredura, na vertical, em direção às faces oclusais/incisais dos dentes, tanto por vestibular como por palatino/lingual. Nas faces mastigatórias, os movimentos devem ser de vai e vem. Deve haver um controlo na pressão exercida, de maneira que seja sempre suave. Esta técnica torna-se bastante eficaz na remoção de placa bacteriana, tanto a nível supra como subgingival e é recomendada para todos os pacientes, em especial para os pacientes periodontais. Independentemente da técnica de escovagem utilizada, é aconselhado associar a técnica de 2x2x2, na qual é indicado que o ideal será realizar a escovagem dentária duas vezes por dia, cada uma com duração de 2 minutos e permanecer duas horas sem comer a seguir à escovagem (Araújo, 2022; Janakiram et al., 2018; Mora, 2020; Ordem dos Médicos Dentistas, n.d.; Razak et al., 2014; Santos, 2014; Tjiptoningsih & Ariani, 2023).

Os dispositivos interdentários como o fio dentário ou o escovilhão surgem como importantes aliados na higiene oral uma vez que evitam a acumulação de placa bacteriana nas zonas interproximais, onde muitas vezes temos dificuldade em alcançar com a escova, não sendo possível fazer uma correta higienização (Araújo, 2022; Ordem dos Médicos Dentistas, n.d.).

Os antissépticos orais, colutórios (já prontos a utilizar) ou elixires (concentrados que requerem diluição em água), são fórmulas líquidas para bochechos, não abrasivos, que apresentam eficácia clínica comprovada seja na redução do biofilme e consequente gengivite, seja no combate à halitose. A grande maioria dos colutórios podem e devem

ser utilizados logo após a escovagem, à exceção do Cloreto de Cetilpiridínio e do Digluconato de Clorohexidina, que quando em contato com certos componentes das pastas dentífricas, neutralizam a sua ação, sendo, por isso, indicados uma hora após a higienização mecânica. Dois dos colutórios mais utilizados são os que contêm Digluconato de Clorohexidina e Flúor. O colutório com Digluconato de Clorohexidina tem inúmeras aplicações na população geriátrica, sendo principalmente indicado nos casos de gengivite. No entanto, é eficaz na remoção de placa bacteriana, considerando-se especialmente importante para pacientes com incapacidades físicas e mentais que lhes comprometam a higiene oral. O colutório com Flúor é conhecido por prevenir o desenvolvimento de cáries por incorporação ao esmalte em desenvolvimento na forma de fluorapatite, por melhorar a remineralização do esmalte cariado e pela ação antibacteriana presente no flúor (Gandolfo et al., 2018; Razak et al., 2014).

Embora sejam benéficos, estes procedimentos de higiene oral (e principalmente a escovagem), também podem causar pequenos traumas nos tecidos moles (gengiva) e na superfície dos dentes (afetando principalmente as raízes dos dentes), especialmente se for utilizada uma escova com cerdas duras. Desta forma e tendo em conta as indicações da Direção-Geral da Saúde, deve ser recomendada, para a escovagem da cavidade oral, uma escova com cerdas macias, devendo ser substituída quando as cerdas começam a ficar deformadas (DGS, 2018; Lamster et al., 2016).

A literatura informa-nos que, relativamente à prótese dentária, a manutenção e higienização da mesma são pontos fracos na população em questão. Quando a higiene não é realizada corretamente, a prótese dentária torna-se numa possível fonte de infeção para o paciente, causando desconforto e até dor. As dificuldades na higienização da peça protética aparentam estar relacionadas com as características anatómicas da prótese e com as microporosidades presentes nas resinas acrílicas. A falta de orientação para a correta higienização oral por parte dos médicos dentistas, a diminuição da destreza manual pelos pacientes, a falta de divulgação e o custo elevado de produtos específicos de higiene da prótese são também fatores que negligenciam a correta higienização (Bastos et al., 2015; Grilo, 2015; Oliveira et al., 2020).

Os métodos para a higiene e desinfeção da prótese são divididos em mecânicos, químicos e combinados (Bastos et al., 2015; Grilo, 2015; Oliveira et al., 2022).

O método mecânico consiste na escovagem da prótese dentária, sendo este o método mais utilizado pelos pacientes. As escovas convencionais apropriadas para a escovagem dentária são vulgarmente utilizadas para a escovagem da prótese, no entanto a escova que deve ser utilizada para a prótese é a denominada escova protética que apresenta o desenho e forma apropriados do cabo e duas cabeças de tamanhos diferentes para melhor limpeza de toda a superfície. Isto vai facilitar o manuseio por parte do idoso, de maneira a apresentar maior especificidade e eficácia na higienização. Pode também acoplar-se o uso de um dentífrico desde que não seja abrasivo, isto porque escovar com dentífricos convencionais que contêm componentes abrasivos, pode resultar na perda de material dos componentes, propício à acumulação de biofilme na prótese. Como alternativa às pastas, pode usar-se sabão neutro (Azevedo, 2019; Bastos et al., 2015; Grilo, 2015; Oliveira et al., 2022).

Para ser realizado o método químico, o paciente imerge a peça protética diariamente em substâncias químicas que apresentam ação solvente, detergente, fungicida e bactericida. Para que seja um bom método químico é necessário que o portador da prótese sinta facilidade na sua utilização e o produto deve ter um custo reduzido, sabor agradável, ausência de toxicidade, compatibilidade com os materiais da prótese, não degradando a superfície da resina acrílica e efetividade na eliminação de manchas e depósitos orgânicos e inorgânicos (Bastos et al., 2015; Grilo, 2015; Oliveira et al., 2020; Oliveira et al., 2022).

A literatura aponta para a combinação dos métodos mecânico e químico como recomendável, de modo a assegurar um controlo adequado do biofilme em próteses dentárias, surgindo assim o método combinado. Desta forma, o ideal seria a junção da escovagem com uma escova protética com a imersão da prótese em soluções químicas, sendo as pastilhas efervescentes dissolvidas em água morna as mais práticas para o efeito e, por isso, as mais recomendadas (Bastos et al., 2015; Grilo, 2015; Mylonas et al., 2022; Oliveira et al., 2020; Oliveira et al., 2022; Razak et al., 2014; Teixeira et al., 2021).

Relativamente à prótese dentária, deve ser evitado o uso constante da mesma, de maneira que os tecidos sejam protegidos. É essencial instruir o paciente a remover a prótese ao deitar e alertar para a importância do repouso e higienização dos tecidos sob a prótese dentária, salvo raras exceções. Massajar a zona pelo menos uma vez ao dia, aumenta a circulação sanguínea e, desta forma, podemos melhorar a saúde desses tecidos (Bastos et al., 2015; Grilo, 2015; Oliveira et al., 2020; Oliveira et al., 2022; Razak et al., 2014; Teixeira et al., 2021).

4.2.1. A importância da motivação e instrução para a higiene oral

A literatura sugere que uma parcela considerável de portadores de prótese carece do conhecimento satisfatório e necessário acerca da higiene oral e dos cuidados relacionados com as próteses, devido à carência de orientação precisa sobre a abordagem mais indicada para a correta higienização. Como resultado, surge a adoção de abordagens e utilização de produtos ineficazes, que podem acarretar prejuízos à integridade das próteses, bem como afetar adversamente tanto a saúde oral quanto a saúde geral desses indivíduos (Oliveira et al., 2020).

A higiene das peças protéticas está associada a vários aspetos como a frequência e o tempo de utilização das mesmas, materiais e métodos adotados para a higienização e hábitos que, quando não são cumpridos, podem prejudicar a saúde do paciente como é o caso do simples ato de retirar a prótese para dormir (Alencar et al., 2021).

Torna-se fundamental e constantemente necessário que o médico dentista instrua o paciente, auxiliando-o e explicando todos os procedimentos de higienização adequados a cada pessoa, no entanto o conhecimento não garante a correta higiene oral. O sucesso de qualquer tratamento odontogeriátrico está também diretamente dependente da motivação e cumprimento do paciente no que toca à manutenção de uma correta higiene oral (Kreve & Anzolin, 2016; Razak et al., 2014).

Diversas são as estratégias de instrução e motivação que podem ser aplicadas, sendo a mais utilizada a denominada “*Tell-Show-Do*”, uma técnica metódica, acessível e personalizada que tem em conta a situação de cada paciente e utiliza esses dados para direcionar a instrução ao próprio. Esta estratégia tem a característica de, depois de explicados e demonstrados todos os procedimentos para realizar uma correta higienização, o paciente reproduzir (num macromodelo, por exemplo) as técnicas ensinadas, o que pode garantir a percepção correta e o domínio dos conhecimentos transmitidos (Razak et al., 2014). Podem ser utilizadas outras estratégias, como no estudo realizado por Schensul et al. (2021), onde se utilizaram dois métodos de instrução, o “*The oral health campaign intervention*” e o “*Face to face counseling intervention*”. O primeiro consiste numa abordagem mais generalizada onde se enfrentam diversos temas acerca da saúde oral como patologias, técnicas de higienização da cavidade oral, possíveis tratamentos e alterações necessárias nos hábitos de higiene oral. O segundo método apresenta-se semelhante ao “*Tell-Show-Do*” na medida em que consiste numa estratégia

mais personalizada, na qual o médico dentista vai transmitir conhecimentos tendo em conta as necessidades de cada participante. Este método inicia-se com um auto-exame por parte do próprio, de modo a dar oportunidade ao profissional de saúde para perceber as noções que cada paciente tem em relação à sua situação de saúde e cavidade oral, seguido de um registo da placa bacteriana presente nas superfícies dentárias, de maneira a facilitar a perceção, por parte do paciente, das localizações onde deve escovar mais eficazmente. O segundo passo consistiu na explicação e demonstração das técnicas corretas de escovagem e uso do fio dentário, com o auxílio de um guião explicativo. De seguida, os pacientes põem em prática os conhecimentos adquiridos, até dominarem a técnica. Por fim, é criado uma espécie de plano personalizado, que o participante leva consigo, com o objetivo de aperfeiçoar as técnicas de higiene oral (Schensul et al., 2021).

4.3. Medição de índices de higiene oral

Para avaliar a saúde, é necessário recorrer à quantificação de determinadas condições. De forma concisa, um índice é uma ferramenta que quantifica uma condição específica. Na sua manifestação, os índices são valores numéricos que descrevem uma situação relativa de saúde ou doença numa escala graduada: traduzem a gravidade de uma determinada condição (Sala & García, 2013).

O índice mais abrangente no que toca à avaliação da saúde oral é o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) que consiste na soma dos índices de placa (IP) e de cálculo (IC). Estes índices permitem avaliar a eficácia da escovagem e a presença de depósitos de biofilme e de tártaro ao nível da superfície dentária. Para realizar esta medição, analisamos 6 dentes, 3 deles na arcada superior, por vestibular (o dente 16, correspondente ao primeiro molar direito; o dente 11, dente anterior direito e o dente 26, primeiro molar esquerdo) e 3 na arcada inferior, por lingual (o dente 46, correspondente ao primeiro molar direito; o dente 31, dente anterior esquerdo e o dente 36, primeiro molar esquerdo). Cada superfície de cada dente é dividida em terços e avaliada segundo uma escala de 0-3, de acordo com a placa presente:

- 0 – Superfície livre de placa
- 1 – Menos de 1/3 da superfície coberta por placa
- 2 – De 1/3 a 2/3 da superfície coberta por placa
- 3 – Mais de 2/3 da superfície coberta por placa

Posteriormente é realizada a mesma medição mas, desta vez, para avaliação da quantidade de cálculo presente. O resultado do IHO-S é obtido pela soma das médias aritméticas resultantes do IP e as médias aritméticas resultantes do IC (podendo, em cada caso, variar de 0-3), com resultados de 0 a 6 sendo que de 0 a 1,2 é considerado boa higiene oral, de 1,3 a 3 higiene razoável e de 3,1 a 6 higiene deficiente (Pinelli & Turrioni, 2008; Teixeira, 2022).

A título de resumo podemos afirmar que, de acordo com a DGS, o índice de placa (IP) é adotado de maneira a identificar a quantidade de placa bacteriana em toda a superfície dentária e revela os hábitos de higiene oral dos indivíduos sob análise. Desta forma, um reduzido IP pode indicar uma repercussão positiva das ações de promoção e instrução para a higiene oral enquanto um IP elevado aponta na direção oposta (DGS, 2005). O IHO-S, composto pela soma do IP e IC, é considerado o índice mais abrangente no que toca à avaliação da saúde oral e pode, igualmente, ser indicador de um impacto positivo da educação para a saúde oral (Pinelli & Turrioni, 2008; Teixeira, 2022)

Para avaliar a higiene da prótese dentária, surge o “*The Denture Cleanliness Index*”, traduzido para Índice de Higienização da Prótese (IHP), cujo objetivo é quantificar a quantidade de placa bacteriana acumulada na superfície do dispositivo protético, juntamente com a presença ou ausência de coloração (Mylonas et al., 2022) (Tabela 1).

Tabela 1 – Índice de Higienização da Prótese, adaptado de Mylonas *et al.* (2022)

Pontuação	Descrição
0	Prótese dentária limpa. Não se observa placa bacteriana visível, nem coloração
1	A prótese dentária está visivelmente limpa. Pequena coloração ou presença de placa bacteriana (<25% da superfície)
2	A prótese dentária apresenta moderada acumulação de placa dentária visível e/ou detritos e/ou coloração (25-50% da superfície)
3	A prótese dentária apresenta severa acumulação de placa dentária visível e/ou detritos e/ou coloração (>50% da superfície)
4	A prótese dentária apresenta depósitos de cálculo visíveis

5. O impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente idoso

Sendo um componente essencial da saúde geral, a saúde oral mantém uma ligação estreita com a qualidade de vida de cada pessoa, desenvolvendo um papel crucial para sua interação e participação na sociedade. (World Health Organization, 2022).

Como supramencionado, o estado de saúde oral da população geriátrica encontra-se, em geral, afetado. A estes pacientes está associada uma elevada prevalência de lesões de cárie, doença periodontal e edentulismo. Todas estas condições acarretam complicações mastigatórias (comprometendo a ingestão nutricional adequada), fonéticas e psicossociais, afetando diretamente as interações sociais do indivíduo e, consequentemente, a autoestima e qualidade de vida. Quando a dentição está comprometida, as alterações nutricionais incluem, geralmente, uma redução na ingestão de fibra alimentar e proteína. Também a vertente da estética, muitas vezes afetada pela falta de cuidado com a cavidade oral, vai influenciar bastante a atitude do paciente perante a sociedade. Todos estes aspetos provocam um grande impacto na vida destes pacientes, estando muitas vezes associados a situações de isolamento social (Albeny & Santos, 2018; Gil-Montoya et al., 2015; Lamster et al., 2016).

É imperativo vigiar e procurar melhorar a saúde oral e o seu conhecimento ao nível desta população, requerendo uma equipa multidisciplinar e procurando um trabalho de equipa entre os médicos-dentistas e os próprios pacientes (ou cuidadores responsáveis). Deve ser enfatizado que uma boa saúde geral está intimamente relacionada com uma boa saúde oral, fazendo ambas parte de um envelhecimento bem-sucedido. Os médicos dentistas devem avaliar o estado de saúde oral de um paciente, tanto pela presença de doença como pela ausência de função, adequando os cuidados prestados a cada indivíduo e priorizando sempre a prevenção (Gil-Montoya et al., 2015; Lamster et al., 2016; Santos & Souza, 2019).

II. OBJETIVOS E HIPÓTESES

1. Objetivo principal

O principal objetivo desta investigação foi analisar a influência da motivação para a higiene oral nos hábitos de higiene oral da população geriátrica reabilitada proteticamente, da Clínica Dentária Egas Moniz.

2. Objetivos específicos

Foram definidos como objetivos específicos:

- Avaliar os hábitos de higiene oral da população geriátrica que frequenta a Clínica Dentária Egas Moniz;
- Avaliar os hábitos de higiene da prótese dentária da população geriátrica que frequenta a Clínica Dentária Egas Moniz;
- Avaliar o impacto da instrução e motivação nos hábitos de higiene oral e da prótese dentária nos pacientes;
- Avaliar a evolução dos hábitos de higiene oral e da prótese dentária dos pacientes, consoante o método de instrução utilizado e compará-los;
- Analisar a relação entre os índices clínicos de higiene oral/da prótese dentária e os dados sociodemográficos.

3. Hipóteses de estudo

3.1. Hipóteses Nulas

1. Não há impacto da motivação e instrução nos hábitos de higiene oral e a higiene da prótese dentária;
2. Não há diferenças entre os dois métodos de motivação para a higiene oral;
3. Não há relação entre os índices epidemiológicos de higiene oral e a higiene da prótese dentária e os dados sociodemográficos.

3.2. Hipóteses Alternativas

1. Há impacto da motivação e instrução nos hábitos de higiene oral e a higiene da prótese dentária;
2. Há diferenças entre os dois métodos de motivação para a higiene oral;
3. Há relação entre os índices epidemiológicos de higiene oral e a higiene da prótese dentária e os dados sociodemográficos.

III. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Considerações éticas

A proposta de projeto de investigação final foi submetida e aprovada pela Comissão Científica do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Egas Moniz School of Health & Science. Esta investigação foi também submetida à Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health & Science, tendo sido igualmente aprovado (Anexo 1).

Foi ainda solicitado à Direção Clínica da Clínica Dentária Egas Moniz (CDEM) a utilização das instalações da clínica, no que diz respeito ao local para o desenvolvimento da investigação, tendo sido autorizada a aplicação dos questionários nas mesmas (Anexo 2). A recolha da amostra, realizada na CDEM, não interferiu com o tratamento clínico do paciente, tendo respeitado o curso natural das consultas.

Foi solicitada a todos os participantes a assinatura do consentimento informado, garantindo as condições de participação no estudo. Foi indicado que a participação era voluntária e sem qualquer tipo de despesa associada para o paciente, sendo garantido o anonimato. Foram também esclarecidos e devidamente descritos os objetivos e procedimentos (Anexo 3).

A recolha de dados foi feita de forma anónima, atribuindo-se um número a cada participante, de modo a garantir a confidencialidade e anonimato. Os dados recolhidos foram armazenados numa base de dados, tendo apenas os investigadores do estudo acesso à mesma.

2. Caracterização do estudo

O estudo “A eficácia da motivação para a higiene oral na população geriátrica portadora de prótese parcial removível – estudo piloto”, tratou-se de uma investigação primária do tipo observacional descritivo e experimental, numa amostra obtida aleatoriamente.

3. Seleção da amostra

Os pacientes recrutados para a amostra desta investigação, eram frequentadores da Clínica Dentária Egas Moniz, independentemente da especialidade em que se encontravam. A amostra incluiu 50 indivíduos (n=50), apresentando idades superiores ou iguais a 65, portadores de prótese parcial removível.

3.1. Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que seriam incluídos pacientes frequentadores da Clínica Dentária Egas Moniz, com idade igual ou superior a 65 anos, que não frequentam uma instituição e que sejam portadores de prótese parcial removível. Estes pacientes deveriam ainda saber falar e compreender a língua portuguesa, ser literados, sabendo ler e escrever e apresentar capacidade para cumprir o protocolo de estudo, ou seja, não apresentar incapacidades como cegueira, surdez e demência. Era também necessária a assinatura do consentimento informado para ser validada a participação no estudo.

3.2. Critérios de exclusão

Foram rejeitados quaisquer pacientes que não atendessem aos critérios de inclusão, assim como aqueles que optaram por recusar a participação no estudo e a assinatura de consentimento informado.

4. Método de recolha de dados

Os dados pessoais foram recolhidos em duas etapas, sendo a primeira constituída por três partes: num primeiro momento, procedeu-se à aplicação de um questionário, composto por dois grupos de perguntas (parte A) e pela recolha dos registos clínicos obtidos através de um exame intraoral (parte B). Depois desta primeira recolha de informações, o paciente beneficiou de uma ação de motivação para a higiene oral (parte C), de modo a compararmos mais tarde com uma segunda recolha de dados (2 meses depois), conseguindo assim analisar o progresso das medidas de higiene oral. Na segunda recolha de dados/etapa, voltou-se a aplicar o questionário (parte A) e a recolher os registos clínicos (parte B).

4.1. Parte A – Questionário

No questionário aplicado (Anexo 4), o primeiro grupo de perguntas reuniu informações sobre dados sociodemográficos como idade e género validadas pelo estudo EpiDoC, um estudo coorte nacional, elaborado pela NOVA Medical School e planeado com o intuito de disponibilizar dados socioeconómicos e biomédicos, focados na população geriátrica e na urgência da implementação de intervenções para promover comportamentos de vida saudável (Rodrigues et al., 2018).

O segundo grupo recolheu informação relativa aos hábitos de higiene oral, validadas pela OMS e também acerca dos hábitos de higiene da prótese dentária, nomeadamente a frequência de higienização, dureza da escova utilizada para a cavidade oral e para a prótese, utilização de dispositivo interdentário e colutório, materiais utilizados para a higienização da prótese e os cuidados noturnos de higiene protética. Foi também registado se os pacientes tinham já sido medicamente instruídos para a higiene oral e protética, bem como se possuíam um cuidador formal ou informal que auxiliasse na higiene oral (Bacali et al., 2021; Petersen et al., 2013).

4.2. Parte B – Observação e registos clínicos

Os registos clínicos do exame intraoral (Anexo 5), obtidos por um investigador, avaliaram todos os dentes em boca, incluindo terceiros molares, mas excluindo implantes e raízes retidas. Os resultados foram alcançados com a utilização da sonda periodontal comunitária, sem qualquer recurso a outros meios complementares de diagnóstico.

Os registos clínicos permitiram obter dados relativos ao índice de Higiene Oral Simplificado (tendo acoplados valores de índice de placa e índice de cálculo), à higiene da prótese dentária (HPD), às condições da prótese dentária e a outras condições, definidas pelas OMS, como lesões da mucosa oral.

Para calcular o IHO-S, foram analisados os valores dos índices de placa e cálculo em 6 dentes, 3 deles na arcada superior, por vestibular (o dente 16, correspondente ao primeiro molar direito; o dente 11, dente anterior direito e o dente 26, primeiro molar esquerdo) e 3 na arcada inferior, por lingual (o dente 46, correspondente ao primeiro molar direito; o dente 31, dente anterior esquerdo e o dente 36, primeiro molar esquerdo), para posteriormente somarmos as médias aritméticas de ambos os índices, obtendo um valor do IHO-S de 0 até 6 (Pinelli & Turrioni, 2008; Teixeira, 2022).

Relativamente aos valores de HPD, foi definido que para este estudo, de maneira a simplificar, poderíamos obter valores de 0 ou 1, sendo que uma prótese dentária com um valor de 0, teria menos ou o equivalente a 50% da sua superfície com coloração e placa bacteriana e uma prótese dentária com um valor de 1, teria mais de 50% da sua superfície com coloração e placa bacteriana. Esta definição proveio da adaptação do “*The Denture Cleanliness Index*”, traduzido para Índice de Higienização da Prótese (IHP) (Mylonas et al., 2022).

Abordando as condições de higiene da prótese, foi registada a presença de coloração, desgaste, placa bacteriana e fraturas na prótese dentária sendo que, no caso de ser portador de prótese superior e inferior, bastava uma delas possuir o aspeto avaliado para já ser considerada a presença do mesmo. Aqui foram aplicados valores de 1 ou 2, sendo que 1 se igualava a ter a característica em questão e 2 significava não a ter. No parâmetro das “outras condições”, definidas pela OMS, foram assinaladas lesões na mucosa oral, consoante a sua localização, no caso de existirem (Petersen et al., 2013).

4.3. Parte C – Métodos de instrução para a higiene oral

Depois de aplicado o questionário e recolhidos os dados relativos aos registos clínicos, foi realizada motivação e instrução para a higiene oral, com recurso a instrumentos adequados (Anexo 6). Para isso, a amostra foi dividida em dois e cada subgrupo de 25 participantes (n=25) foi submetido a um método distinto. Os métodos aplicados a cada subgrupo foram inspirados nos conceitos “*The oral health campaign intervention*”, adaptado para “*Campaign*” e “*Face to face counseling intervention*”, tendo em conta a técnica “*Tell-Show-Do*”, adaptado para “*Face to Face*” (Razak et al., 2014; Schensul et al., 2021). No primeiro subgrupo, o método consistiu numa primeira fase em que o profissional de saúde procurou transmitir conhecimentos acerca da higiene oral de forma geral, alertando para algumas das situações mais frequentes nesta faixa etária, nomeadamente a dificuldade em promover uma correta escovagem e passagem do fio dentário/escovilhão, demonstrando a forma correta num macromodelo ilustrativo da cavidade oral, tendo sido alertados para a importância que a saúde oral representa na saúde geral. Foram também abordadas, de forma generalizada, as doenças periodontal e de cárie dentária e os cuidados a ter com a prótese dentária. Focado mais na prótese dentária, foi fornecido um guião explicativo (Anexo 7), oferecendo mais noções de como deve higienizar corretamente a própria prótese, sugerindo a adoção de uma escova própria, a utilização de pastilhas efervescentes e alertando para o malefício de dormir com a prótese, sem deixar de reforçar mais uma vez o ideal de higienização da cavidade oral. No guião foram também abordados alguns tópicos acerca da doença periodontal por ser bastante comum nesta faixa etária. Foram também fornecidos instrumentos adequados à higiene oral do paciente, promovendo uma expectável melhoria da saúde oral. Para finalizar, houve um período de questões e respostas, sabendo o participante desde o início que tinha total liberdade para fazer questões em qualquer altura da sessão.

Já em relação ao método aplicado no segundo subgrupo, o “*Face to Face*” é um método mais centrado em cada paciente e, por isso, mais personalizado. Esta abordagem iniciou-se com um auto-exame por parte do idoso, de modo a dar oportunidade ao profissional de saúde para perceber as noções que cada paciente tem em relação à sua situação de saúde e cavidade oral, bem como a utilização de revelador de placa para dar ao paciente a oportunidade de ter uma melhor sensibilidade para as localizações onde a escovagem não estaria a ser tão eficaz. Numa segunda instância, o objetivo foi, depois de perceber quais os hábitos do paciente, advertir para os aspetos mais negativos na higiene oral do mesmo, tal como na higiene da prótese, explicando e definindo as melhores soluções a adotar para a melhorar. Nesta fase, foram apontadas situações como lesões de cárie dentária, maiores recessões gengivais, zonas de maior inflamação e zonas onde a acumulação de placa ou até cálculo já era mais visível (tanto em boca, como na prótese dentária). Posteriormente, recorreu-se ao macromodelo para demonstrar a técnica de escovagem recomendada, de maneira a oferecer ao paciente os conhecimentos para melhorar a sua higiene e saúde oral. Nos casos de doença periodontal, foi fornecida uma explicação acerca da mesma e de como é benéfica a adoção de uma correta higiene oral para impedir a rápida progressão da doença. O culminar da sessão foi idêntico ao do primeiro método, tendo sido fornecidos ao paciente um guião explicativo, assim como instrumentos mais adequados, promovendo uma expectável melhoria da saúde oral. Para além disso foi também construído um plano personalizado que o participante levou consigo, com o objetivo de aperfeiçoar as técnicas de higiene oral. Deu-se o mesmo período de questões e respostas, tendo o participante, mais uma vez, total liberdade para fazer questões em qualquer altura.

5. Tratamento e análise de dados

5.1. Base de dados

Todos os dados foram compilados e organizados numa base de dados informatizada e previamente programada na plataforma *Microsoft Excel*®. A base de dados abrangeu todas as respostas ao questionários e registos clínicos, tendo as respostas sido codificadas.

5.2. Análise estatística e descritiva

A análise estatística foi efetuada através do software *IBM SPSS Statistics*, versão 29.0, com recurso a metodologias de análise estatística descritiva e inferencial. Neste último caso foi considerado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

IV. RESULTADOS

1. Caracterização da amostra

1.1. Idade

A amostra total estudada compreendeu 50 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 89 anos, sendo a média de $72,90 \pm 6,6$ anos e a mediana de 71 anos (Tabela 2).

Subdividindo nos dois grupos obtidos através dos diferentes métodos de motivação, obtivemos que, no modelo “*Campaign*”, compreendendo um total de 25 participantes, as idades variaram entre 65 e 89 anos, com uma média de $74,4 \pm 6,5$ anos e mediana de 73 anos (Tabela 2).

Por sua vez, através do método “*Face to Face*”, obtivemos uma amostra de 25 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e 87 anos, mas mantendo a média do subgrupo anterior de $71,4 \pm 6,3$ anos e a mediana de 69 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise descritiva da idade da amostra estudada.

	Média	Desv. padrão	Mediana	Valor máximo	Valor mínimo
Total	72,90	6,6	71	65	89
“Campaign”	74,40	6,5	73	65	89
“Face to Face”	71,40	6,3	69	65	87

1.2. Faixa etária

Na amostra total e tendo em conta a faixa etária, foi registada uma maior percentagem de idades menores a 75 anos, com cerca de 68% (n=34), relativamente à percentagem das pessoas com uma idade maior ou igual a 75 anos, rondando os 32% (n=16) (Figura 1).

Distribuição da amostra por faixa etária

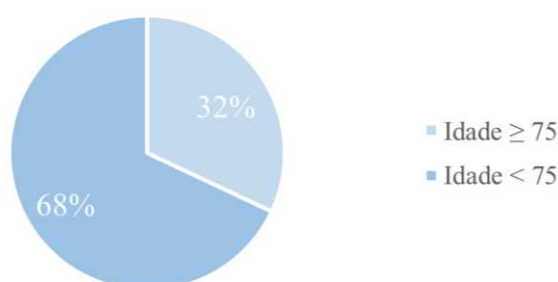


Figura 1 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por faixa etária.

Em relação ao método “*Campaign*”, 60% (n=15) da respetiva amostra correspondia a idosos com menos de 75 anos e 40% (n=10) aos pacientes com mais de 75 anos (inclusive).

No método “*Face to Face*”, 76% correspondeu a participantes com menos de 75 anos (n=19) e 24% a idades iguais ou superiores a 75 anos (n=6) (Figura 2).

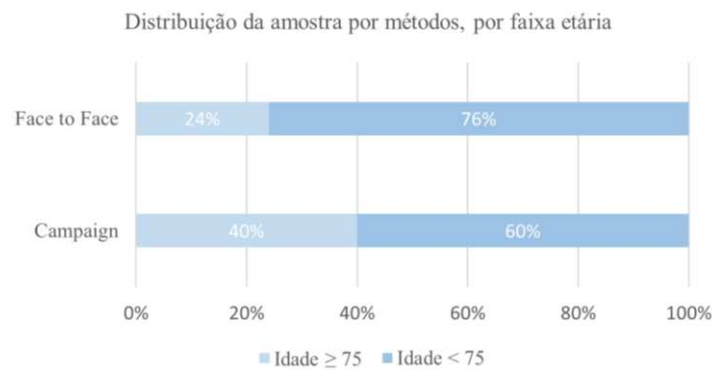


Figura 2 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por métodos, por faixa etária.

1.3. Género

Referente ao género e considerando a amostra total, participaram no estudo 28 indivíduos do sexo masculino (56%) e 22 do sexo feminino (44%), existindo uma predominância do primeiro (Figura 3).

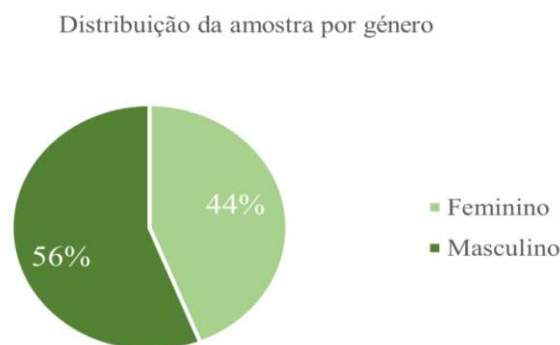


Figura 3 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por género.

Em ambos os métodos “*Campaign*” e “*Face to Face*”, 56% eram pacientes do sexo masculino (n=14) e 44% do sexo feminino (n=11) (Figura 4).



Figura 4 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por métodos, por gênero.

1.4. Cuidador formal ou informal

Relativamente à presença de cuidador formal ou informal, 100% da amostra (n=50) afirmou não ter ninguém que auxiliasse na higiene diária, demonstrando total independência (Figura 5).



Figura 5 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por presença de cuidador.

2. Análise dos dados relativos à Saúde oral na consulta inicial e no *follow-up*

2.1. Frequência de escovagem da cavidade oral

Consulta inicial

Abordando os hábitos de higiene oral e relativamente à frequência de escovagem da cavidade oral, a maioria da amostra total, com uma percentagem de 84% (n=42), afirma escovar a cavidade oral 2 ou mais vezes por dia, existindo 6 indivíduos (12%) que escovam 1 vez por dia. Apenas 4% dos participantes (n=2) afirma não escovar a cavidade oral diariamente (Figura 6).

Tanto no método “*Campaign*”, como no “*Face to Face*”, 84% dos participantes de cada método (n=21) fazem a higienização da cavidade oral 2 ou mais vezes por dia. No método

“*Campaign*”, verificaram-se 2 indivíduos (8%) que escovavam apenas 1 vez e outros 2 participantes (8%) que não escovavam diariamente. Já no método “*Face to Face*”, os restantes 4 indivíduos (16%) escovavam 1 vez por dia, não sendo registados pacientes que não faziam escovagem diariamente (Figura 6).

Consulta *follow-up*

Na consulta de *follow-up* e analisando a amostra total, foi notória uma substancial melhoria, em que 96% dos participantes (n=48) afirmou escovar a cavidade oral 2 ou mais vezes por dia, restando apenas 2 participantes (4%) que afirmaram escovar apenas 1 vez por dia (Figura 6).

Tanto no método “*Campaign*” como no “*Face to Face*”, houve uma evolução positiva semelhante, tendo sido registados 24 indivíduos de cada protocolo (96%) que afirmaram escovar a cavidade oral 2 ou mais vezes por dia e apenas 1 participante (4%) indicou escovar apenas 1 vez por dia. Nesta situação, em ambos os métodos foram obtidas melhorias em 12% da amostra respetiva (Figura 6).

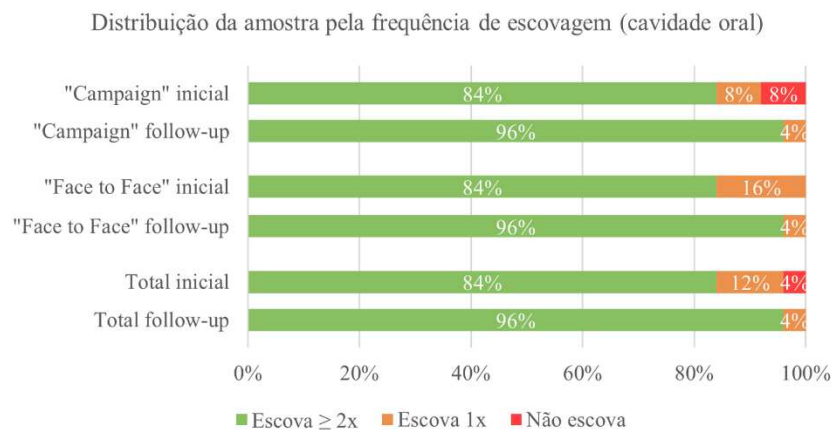


Figura 6 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por frequência de escovagem da cavidade oral, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

2.2. Dureza da escova de dentes

Consulta inicial

Do total de pacientes do presente estudo, uma elevada percentagem de 74% (n=37) de participantes afirmou possuir e utilizar uma escova de dureza intermédia para a escovagem da cavidade oral. Foram registadas 7 respostas (14%) relativas à utilização de uma escova dura e 6 indivíduos (12%) utilizam escova macia, verificando-se uma situação inversa ao recomendável (Figura 7).

No que concerne ao método “*Campaign*”, a maioria dos participantes, 84% (n=21), possui e utiliza uma escova de dureza intermédia. O número de participantes a utilizar escova dura e escova macia foi o mesmo, tendo sido registado que 2 pacientes (8%) escovavam com escova dura e outros 2 pacientes (8%) com escova macia. Já no método “*Face to Face*”, 64% dos participantes (n=16) utilizavam uma escova intermédia, 20% (n=5) uma escova dura e 16% (n=4) uma escova macia para escovar a cavidade oral (Figura 7).

Consulta *follow-up*

Na consulta de *follow-up* e analisando a amostra na sua totalidade, foi verificado que a maioria dos participantes, com uma percentagem de 80% (n=40), indicou utilizar uma escova macia para a escovagem da cavidade oral, enquanto 18% (n=9) referiu utilizar uma escova intermédia e apenas 2% (n=1) indicou utilizar uma escova dura (Figura 7).

Relativamente ao método “*Campaign*”, 80% dos participantes (n=20) referiram utilizar uma escova macia para higienizar a cavidade oral. 16% (n=4) indicaram a utilização de escova intermédia e apenas 4% (n=1) afirmou utilizar uma escova dura. No que toca ao método “*Face to Face*”, também 80% dos participantes utilizavam uma escova macia e 20% (n=5) uma escova intermédia. Não foi registada nenhuma utilização de escova dura. Foi, desta forma, registada uma tendência para obter melhores resultados com o método “*Face to Face*” (Figura 7).

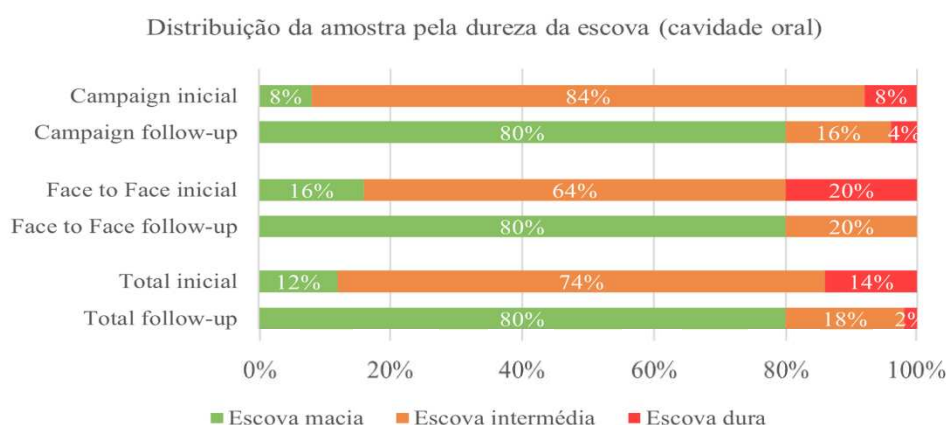


Figura 7 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por dureza da escova utilizada para a cavidade oral, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

2.3. Utilização de dispositivo interdentário

Consulta inicial

Num total de 50 participantes, 60% da amostra (n=30) do estudo utilizava dispositivo interdentário na sua rotina de higienização da cavidade oral. 20 indivíduos (40%) não utilizavam qualquer dispositivo de higiene interproximal (Figura 8).

Tanto no método “*Campaign*” como no método “*Face to Face*” foram registados 15 indivíduos (60%) que realizavam higiene interproximal e 10 indivíduos (40%) que não utilizavam qualquer dispositivo interdentário (Figura 8).

Consulta *follow-up*

No amostra total, 82% dos participantes (n=41) indicou a utilização de algum dispositivo interdentário na sua higiene oral. 18% da amostra (n=9) negou a utilização de qualquer dispositivo de higiene interproximal (Figura 8).

No método “*Campaign*” foram registados 20 indivíduos (80%) que realizavam higiene interproximal e 5 participantes (20%) não utilizavam dispositivos interdentários (Figura 8).

Relativamente ao método “*Face to Face*”, 21 indivíduos (84%) indicaram o uso de dispositivo interproximal no decorrer da higiene oral, enquanto 4 (16%) negaram utilizar dispositivo interdentário, tendo sido registados melhores resultados neste método, relativamente ao anterior (Figura 8).

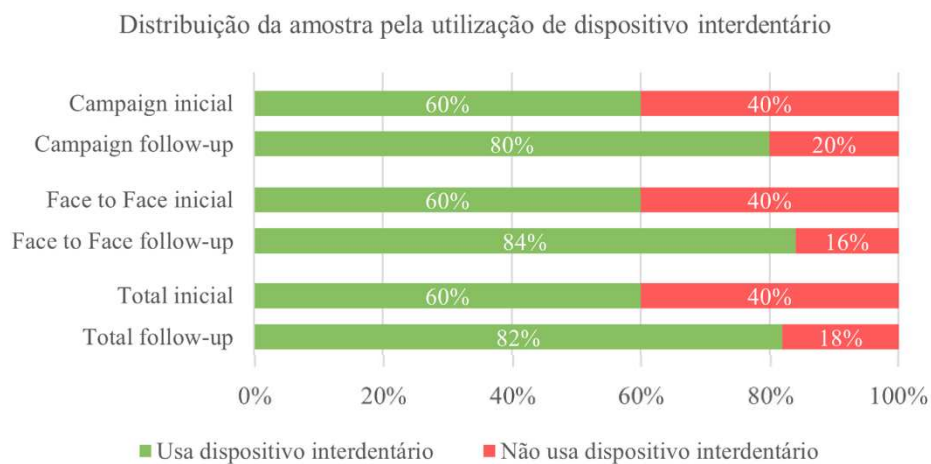


Figura 8 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por utilização de dispositivo interdentário, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

2.4. Utilização de colutório

Consulta inicial

Analisando a amostra total, verificamos que 64% da amostra (n=32) nega a utilização de qualquer tipo de colutório, restando 36% dos participantes (n=18) que realmente utiliza algum colutório (Figura 9).

Relativamente ao método “*Campaign*”, também mais de metade, 72% (n=18) dos participantes afirmaram não bochechar com colutório, enquanto 28% indicaram bochechar com nenhum tipo de colutório (n=7) (Figura 9).

Também no método “*Face to Face*” foram registados mais pacientes a não praticar o uso de colutório, num total de 14 indivíduos (56%), comparativamente às 11 pessoas (44%) utilizavam algum colutório (Figura 9).

Consulta *follow-up*

Na amostra total, 52% dos participantes (n=26) afirmou utilizar algum tipo de colutório, por outro lado, 48% (n=24) negou fazê-lo (Figura 9).

Tanto no método “*Campaign*” como “*Face to Face*” foi verificado que 13 indivíduos (de cada protocolo) afirmaram utilizar colutório (52%) e que, por sua vez, 12 indivíduos de cada protocolo (48%) não utilizam, tendo estes sido resultados mais benéficos no método “*Campaign*” (Figura 9).

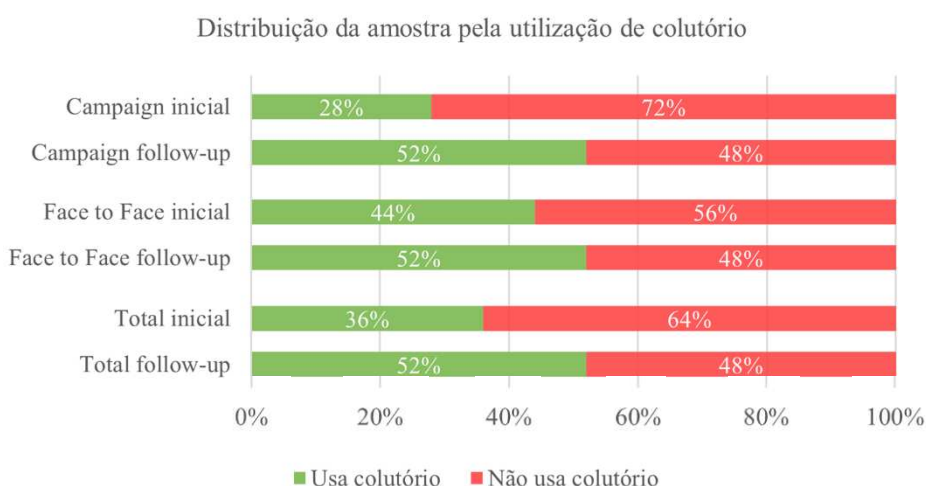


Figura 9 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por utilização de colutório, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

2.5. Higienização diária da prótese dentária

Consulta inicial

Considerando a amostra total, a esmagadora maioria, com uma percentagem de 94% (n=47) afirmou escovar e higienizar a prótese dentária todos os dias. Os restantes 3 indivíduos (6%) negaram a rotina diária de higienização da prótese (Figura 10).

O semelhante se analisou no método “*Campaign*”, onde 92% dos participantes (n=23) confirmou a escovagem e higienização diária da prótese dentária. 8% (n=2) não higienizava a prótese todos os dias (Figura 10).

No método “*Face to Face*” não foi diferente. A quase totalidade dos participantes, com uma percentagem de 96% (n=24) afirmou higienizar a prótese dentária diariamente, restando 1 indivíduo (4%) que não higienizava a prótese todos os dias (Figura 10).

Consulta follow-up

Tendo em conta a amostra total, 100% dos participantes (n=50) passaram a realizar a higienização diária da prótese (Figura 10).

Tanto no método “*Campaign*” como “*Face to Face*” 25 indivíduos (de cada protocolo) afirmaram realizar a higienização diária da prótese (100%), não sendo possível diferencial qual o método com melhores resultados (Figura 10).

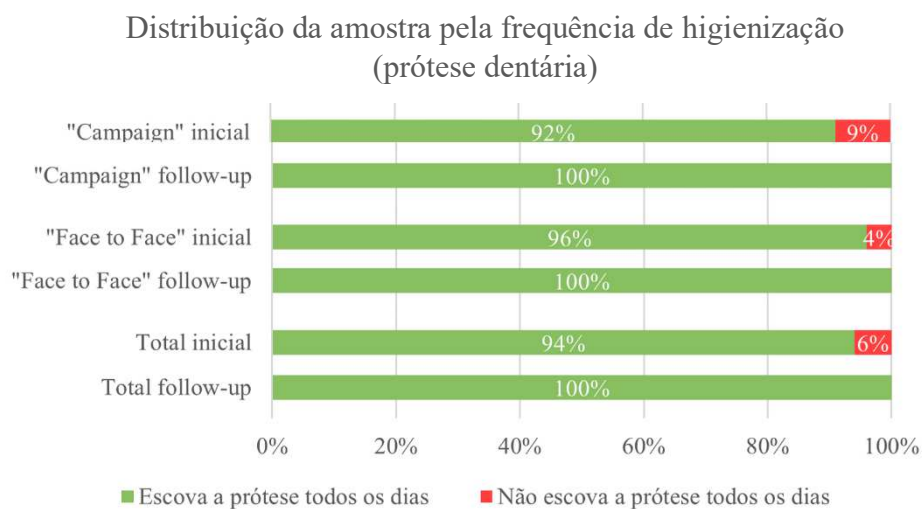


Figura 10 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por higienização diária da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

2.6. Materiais de higienização da prótese dentária

Consulta inicial

No que concerne aos materiais utilizados para a higienização da prótese e considerando a amostra total, 5 foram os participantes que afirmaram não higienizar ou passar apenas por água corrente (10%). 16% dos pacientes (n=8) utilizavam a combinação de escova e pastilha efervescente de limpeza para a higienização da prótese dentária, no entanto a maioria, com uma percentagem de 74% (n=37) afirmou usar apenas um dos materiais: ou escova ou pastilhas efervescentes (estando incluídos outros produtos de limpeza semelhantes) (Figura 11).

Subdividindo e analisando o método “*Campaign*”, 8% dos participantes não higieniza a prótese dentária ou apenas passa por água corrente. 12% (n=3) utiliza a combinação de escova e pastilhas efervescentes para higienizar a prótese e 80% (n=20) utiliza ou a escova ou as pastilhas efervescentes (Figura 11).

Relativamente ao método “*Face to Face*”, 3 indivíduos (12%) não higienizam a prótese ou apenas passam por água corrente, em contraste com os 5 indivíduos (20%) que usam a combinação de escova e pastilhas efervescentes para higienização. A maioria é, também neste método, conquistada pelos 17 indivíduos (68%) que utilizam ou a escova ou as pastilhas efervescentes (Figura 11).

Consulta *follow-up*

Tendo em conta os materiais para higienização da prótese dentária na amostra total, nenhum indivíduo (0%) relata não utilizar qualquer produto e/ou instrumento para limpeza para além de água. 24% da amostra total (n=12) realiza a higiene da prótese recorrendo a pastilhas efervescente ou escovagem. O número de pacientes que utiliza estes dois métodos em simultâneo é de 38 (76%) (Figura 11).

No método “*Campaign*”, nenhum indivíduo (0%) relata não utilizar qualquer produto e/ou instrumento para limpeza para além de água. No que concerne a utilização de pastilhas efervescente ou escova para higienização da prótese, 28% dos pacientes referiram utilizar apenas uma (n=7) enquanto 72% (n=18) utilizam ambos (Figura 11).

No método “*Face to Face*”, todos os pacientes utilizam algum tipo de material e/ou produto para higienização da prótese. 20% utiliza ou escova ou pastilhas efervescentes

(n=5) e 80% utiliza ambos (n=20), tendo as melhorias sido mais evidentes com a utilização deste método (Figura 11).

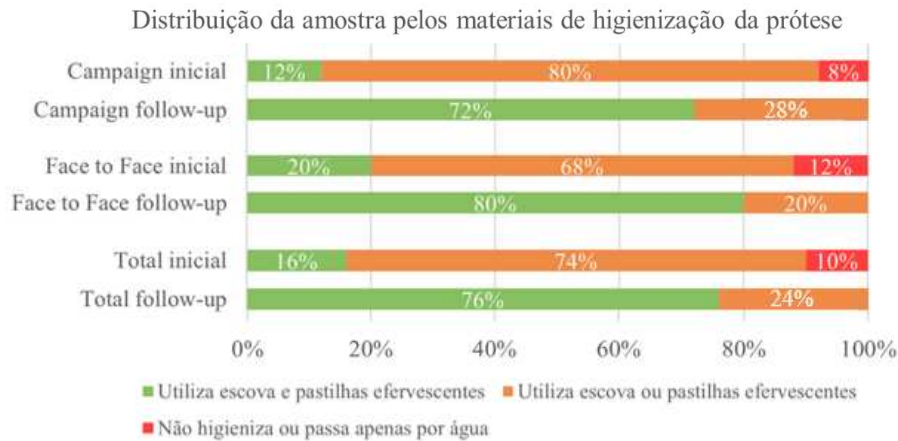


Figura 11 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra por materiais de higienização da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

2.7. Escova utilizada para a prótese dentária

Consulta inicial

Quanto à dureza da escova utilizada para higienizar a prótese dentária e considerando a amostra total de 50 indivíduos, foi verificado que 14% dos participantes (n=7) não escovava de todo. Apesar dos restantes participantes escovarem todos a prótese dentária, 62% (n=31) da amostra total não utilizava uma escova recomendada para o efeito. Os restantes 24%, correspondentes a 12 indivíduos utilizava uma escova realmente recomendada, uma percentagem baixa para o ideal (Figura 12).

Em relação ao método “*Campaign*”, foi registada uma percentagem de 20% (n=5) de participantes que não escovava a prótese dentária. 68% dos participantes (n=17), representando a maioria, escovavam com uma escova não recomendada e 12% dos participantes (n=3), indicaram praticar a escovagem da prótese dentária com uma escova recomendada (Figura 12).

No método “*Face to Face*”, apenas 2 indivíduos não escovavam a prótese (8%), sendo a maioria, mais uma vez, registada pelos participantes que escovavam a prótese com escova não recomendada, com uma percentagem de 56% (n=14). Foi verificado que, neste método, 36% (n=9) dos participantes escovava a prótese dentária com uma escova recomendada (Figura 12).

Consulta follow-up

Tendo em conta a amostra total e a escova utilizada para a higienização da prótese dentária, 24% dos indivíduos (n=12) utilizam uma escova não recomendada enquanto 76% (n=38) utilizam uma escova recomendada. Não foram registados participantes que não utilizam qualquer tipo de escova para higienização da prótese (0%) (Figura 12).

No método “*Campaign*”, 32% dos participantes (n=8) utiliza uma escova não indicada, enquanto 68% (n=17) utiliza uma indicada. Não foram registados participantes que não utilizam qualquer tipo de escova para higienização da prótese (0%). No método “*Face to Face*”, todos indivíduos utilizam uma escova para efetuar a higienização da prótese, sendo que 16% (n=4) utiliza uma escova não recomendada e 84% uma recomendada (n=21) (Figura 12).

Apesar dos valores finais no método “*Face to Face*” serem mais elevados, as diferenças no método “*Campaign*” são maiores pelo que é correto afirmar que este foi o mais bem sucedido neste parâmetro (Figura 12).

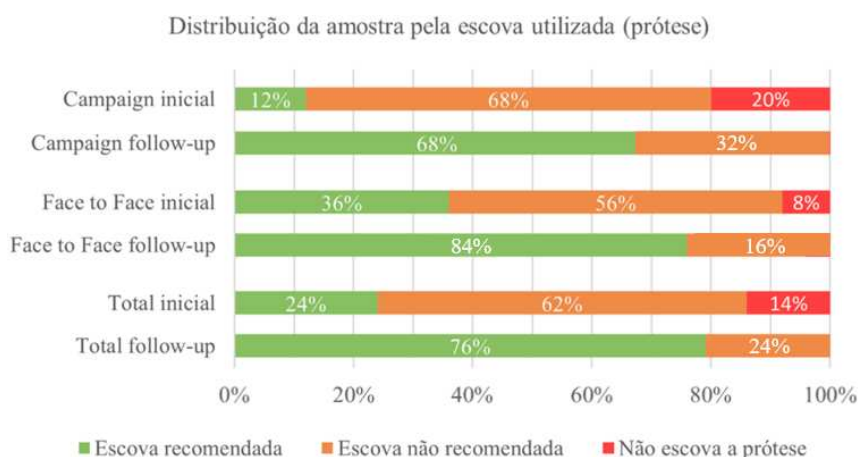


Figura 12 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pela escova utilizada para a prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

2.8. Cuidados noturnos com a prótese dentária

Consulta inicial

Apesar de uma grande percentagem de participantes da amostra total, com valores de 84% (n=42) retirar a prótese para dormir, deixando os tecidos aliviados, ainda foi indicado que 16% da amostra (n=8) dormia com a prótese colocada em boca, muitas vezes por não saber que não devia fazê-lo (Figura 13).

Analisando por métodos e começando pelo “*Campaign*”, 88% dos participantes deste grupo (n=22) retiravam a prótese à noite e uma percentagem de 12% (n=3) dos participantes dormia com a prótese em boca (Figura 13).

No que toca ao método “*Face to Face*”, 80% (n=20) da amostra relativa a este protocolo afirmou retirar a prótese para dormir, mas ainda 20% (n=5) dos indivíduos integrantes deste método afirmaram dormir com a prótese colocada em boca (Figura 13).

Consulta follow-up

Considerando os 50 participantes da totalidade da amostra, a quase absoluta maioria, com uma percentagem de 98% (n=49) indicou retirar a prótese dentária para dormir. Existiu ainda 1 indivíduo (2%) que indicou dormir com a prótese em boca (Figura 13).

Quanto ao método “*Campaign*”, a maioria foi também conquistada, com uma percentagem de 96%, pelos participantes deste grupo que afirmaram retirar a prótese à noite. 4% (n=1) indicou que dormia com a prótese em boca (Figura 13).

No que toca ao método “*Face to Face*”, a totalidade dos participantes neste grupo, com uma percentagem de 100% (n=25) indicou retirar a prótese para dormir, não sendo registados participantes que durmam com a prótese colocada em boca, tendo sido o método com melhor registo de resultados (Figura 13).

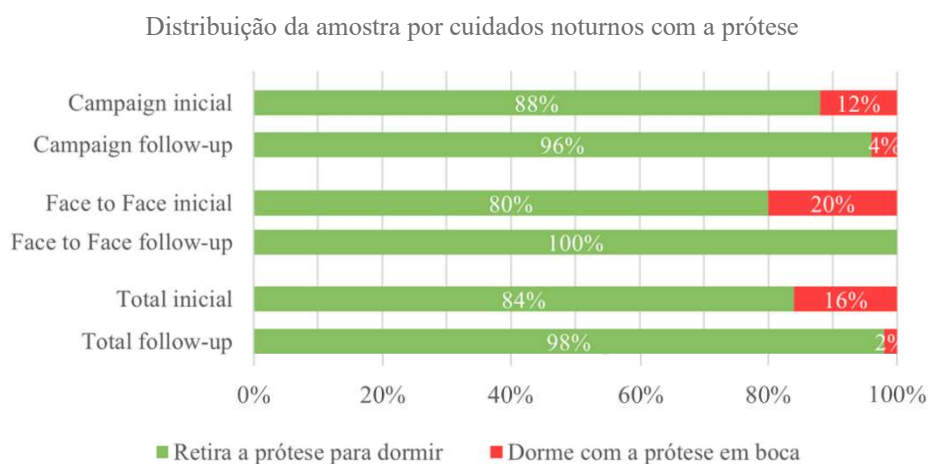


Figura 13 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pelos cuidados noturnos com a prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

2.9. Instruções médicas acerca da higienização da cavidade oral

Consulta inicial

No total de 50 participantes, 31 indivíduos (62%) indicaram já ter recebido instruções para uma correta higiene oral e 19 (38%) indicaram nunca ter recebido (Figura 14).

Relativamente ao método “*Campaign*”, a maioria, com uma percentagem de 72% (n=18), indicou já ter recebido instruções médicas para a higienização da cavidade oral e 28% (n=7) indicou nunca ter recebido (Figura 14).

No método “*Face to Face*”, 13 participantes (52%) indicaram já ter recebido instruções para uma correta higiene oral e 12 (48%) indicaram nunca ter recebido (Figura 14).

Consulta *follow-up*

Tendo em conta a amostra total, 100% dos participantes (n=50), independentemente do protocolo “*Campaign*” ou “*Face to Face*” (n=25, cada), afirmam já ter recebido instruções médico-dentárias sobre a higienização da cavidade oral. Não existem, portanto, quaisquer participantes a indicar não ter recebido ainda informações médico-dentárias, o que impossibilita a diferenciação entre métodos na sua eficácia (Figura 14).

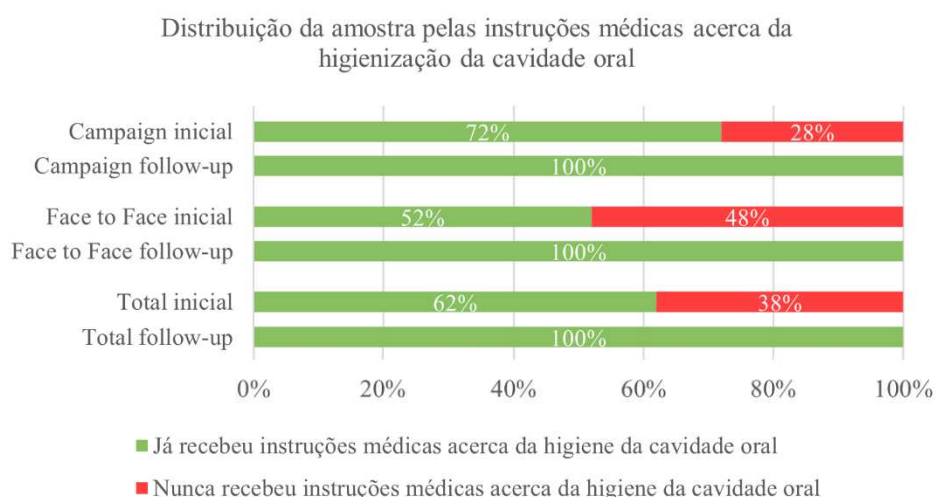


Figura 14 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pelas instruções médicas acerca da higienização da cavidade oral, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

2.10. Instruções médicas acerca da higienização da prótese dentária

Consulta inicial

Tendo em conta os 50 participantes, 72% (n=36) da amostra indicou já ter recebido instruções por parte do médico dentista acerca da higienização da prótese dentária. 28% (n=14) indicou nunca ter recebido (Figura 15).

No método “*Campaign*”, a maioria dos participantes, com uma percentagem de 80% (n=20) indicou já ter recebido instruções médicas para correta higienização da prótese e 20% (n=5) indicou nunca ter recebido (Figura 15).

No método “*Face to Face*”, também mais de metade dos participantes, com uma percentagem de 64% (n=16) indicou já ter recebido instruções por parte do médico dentista relativas à higienização protética, enquanto 36% (n=9) indicou nunca ter recebido (Figura 15).

Consulta *follow-up*

Tendo em conta a amostra total, 100% dos participantes (n=50), independentemente do protocolo “*Campaign*” ou “*Face to Face*” (n=25, cada), afirmam já ter recebido instruções médico-dentárias sobre a higienização da prótese, o que impossibilita a diferenciação entre métodos na sua eficácia (Figura 15).

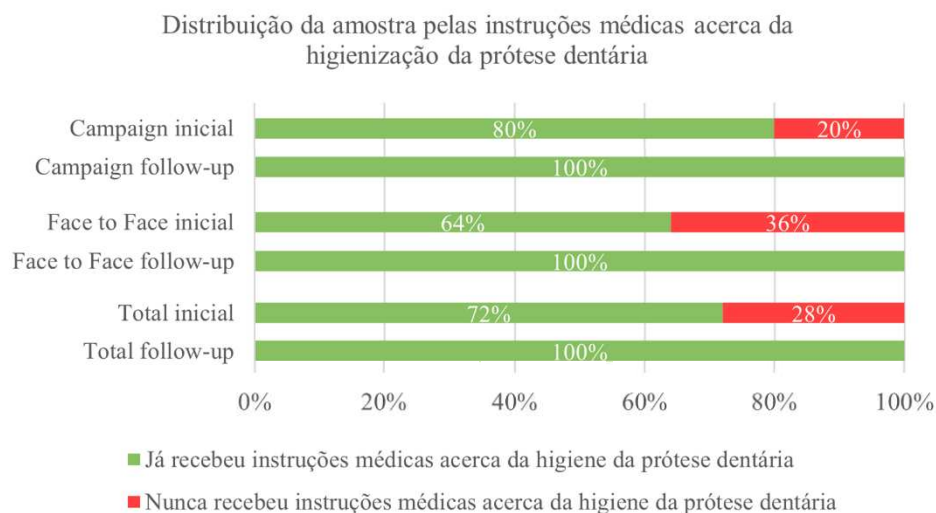


Figura 15 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pelas instruções médicas acerca da higienização da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

3. Análise dos resultados relativos aos Registos Clínicos do exame intraoral na consulta inicial e no *follow-up*

3.1. Índice de Placa e de Higiene Oral Simplificado

Consulta inicial

Relativamente à amostra total, a média do índice de placa (IP) foi de $0,95 \pm 0,45$, tendo o valor máximo sido de 2,00 e o mínimo de 0. Para o índice de higiene oral simplificado (IHO-S), a média foi de $1,44 \pm 0,76$, tendo os valores variado entre 0,2 e 3,75 (Tabela 3).

No que toca ao método “*Campaign*”, a média do índice de placa foi de $0,92 \pm 0,45$, tendo o valor máximo sido de 1,60 e o mínimo de 0. No IHO-S, a média foi de $1,33 \pm 0,72$, tendo os valores variado entre 0,20 e 3,17 (Tabela 3).

Em relação ao método “*Face to Face*”, a média do IP foi de $0,98 \pm 0,46$, tendo os valores variado de 0,20 a 2,00. No IHO-S, a média foi de $1,54 \pm 0,82$, tendo um valor máximo de 3,75 e um mínimo de 0,20 (Tabela 3).

Consulta *follow-up*

Quanto à amostra total, a média do índice de placa (IP) foi de $0,43 \pm 0,35$, tendo o valor máximo sido de 1,33 e o mínimo de 0. Para o índice de higiene oral simplificado (IHO-S), a média foi de $0,62 \pm 0,53$, tendo os valores variado entre 0 e 2 (Tabela 3).

Considerando o método “*Campaign*”, a média do índice de placa foi de $0,40 \pm 0,36$, tendo o valor máximo sido de 1 e o mínimo de 0. No IHO-S, a média foi de $0,63 \pm 0,59$, tendo os valores variado entre 0 e 2 (Tabela 3).

Relativamente ao método “*Face to Face*”, a média do IP foi de $0,45 \pm 0,35$ tendo os valores variado de 0 a 1,33. No IHO-S, a média foi de $0,61 \pm 0,46$, tendo um valor máximo de 1,60 e um mínimo de 0. Desta forma, foram registados ligeiros melhores resultados neste método (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise descritiva da diferença dos valores de IP e IHO da amostra estudada, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

		Média	Desv. Padrão	Valor máximo	Valor mínimo
Amostra total (n=50)	IP inicial	0,95	0,45	2,00	0,00
	IP <i>follow-up</i>	0,43	0,35	1,33	0,00
	IHO inicial	1,44	0,76	3,75	0,20
	IHO <i>follow-up</i>	0,62	0,53	2,00	0,00
Método “Campaign” (n=25)	IP inicial	0,92	0,45	1,60	0,00
	IP <i>follow-up</i>	0,40	0,36	1,00	0,00
	IHO inicial	1,33	0,72	3,17	0,20
	IHO <i>follow-up</i>	0,63	0,59	2,00	0,00
Método “Face to Face” (n=25)	IP inicial	0,98	0,46	2,00	0,20
	IP <i>follow-up</i>	0,45	0,35	1,33	0,00
	IHO inicial	1,54	0,82	3,75	0,20
	IHO <i>follow-up</i>	0,61	0,46	1,60	0,00

3.1.1. Higiene da Prótese Dentária

Consulta inicial

Tendo em conta a amostra total e considerando que uma prótese dentária com menos ou o equivalente a 50% da sua superfície com coloração e placa bacteriana seria definida como “bom estado” e uma prótese dentária com mais de 50% da sua superfície com coloração e placa bacteriana, seria definida como “mau estado”, temos que 36% dos participantes (n=18) apresenta uma prótese dentária em bom estado, enquanto 64% (n=32) foi registado como tendo a prótese em mau estado (Figura 16).

No método “*Campaign*”, 11 participantes (44%) foram indicados como apresentando a prótese em bom estado e 14 indivíduos (56%), para os quais foi considerado que a prótese estava em mau estado. No método “*Face to Face*”, 28% (n=7) apresentava a prótese em bom estado, existindo 72% (n=18) cuja prótese estava em mau estado (Figura 16).

Consulta follow-up

Analisando a amostra total, verificamos que 78% dos participantes (n=39) foram registados como tendo a prótese em bom estado, existindo ainda 22% (n=11) considerados como tendo a prótese em mau estado (Figura 16).

Considerando o método “*Campaign*”, a maioria dos participantes deste protocolo, com uma percentagem de 80% (n=20) apresentou uma prótese em bom estado, comparativamente aos 20% (n=5) cuja prótese estava em mau estado. Relativamente ao método “*Face to Face*”, uma percentagem de 76% (n=19) apresentava a prótese em bom estado, existindo 24% dos participantes (n=6) apresentando a prótese em mau estado. Desta forma, foi visível uma maior melhoria nos participantes pertencentes a este método. (Figura 16).

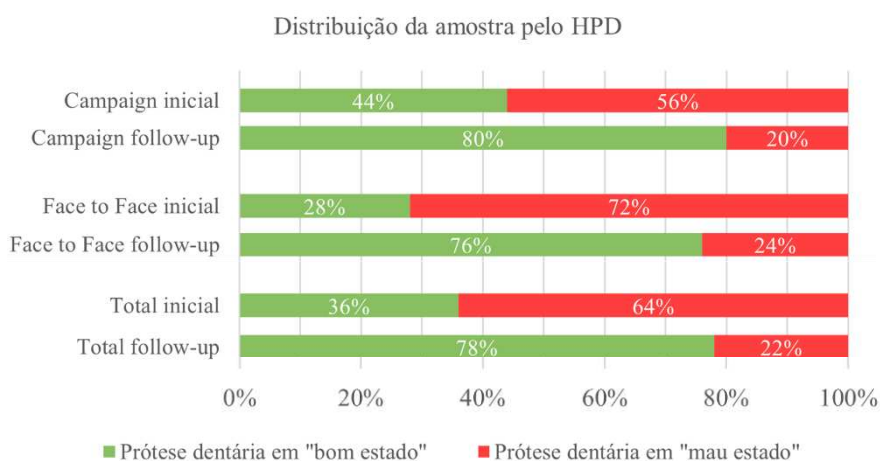


Figura 16 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pelos valores de HPD, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

3.1.2. Presença de coloração, desgaste, placa bacteriana e fraturas na prótese

Consulta inicial

De acordo com os dados recolhidos relativos à amostra total, 58% dos participantes (n=29) apresentaram a prótese dentária com coloração, enquanto 42% (n=21) apresentou a prótese livre de coloração. Em relação ao desgaste, 38% (n=19) foram registados como portadores de prótese com desgaste, ao invés dos 31 participantes (62%) que apresentaram a prótese dentária sem desgaste. Quanto à presença de placa bacteriana, a grande maioria dos participantes, 90% (n=45) apresentou placa na prótese dentária, sendo apenas 10% (n=5) os que não apresentaram. Por fim, em relação à presença de fraturas, 86% (n=43) não apresentaram fraturas e 14% (n=7) apresentou (Figura 17).

Relativamente ao método “*Campaign*”, 68% (n=17) apresentava coloração na prótese dentária, enquanto 32% (n=8) não apresentou. No que toca ao desgaste, 10 indivíduos (40%) foram registados como tendo prótese dentária com desgaste, ao invés dos 15 participantes (60%) que não apresentaram desgaste na prótese. No que concerne à presença de placa bacteriana, a maioria dos participantes, com 84% (n=21) apresentou placa bacteriana na prótese dentária e 16% (n=4) não apresentou. Por último, quanto à presença de fraturas na prótese, apenas 5 indivíduos (20%) apresentaram alguma fratura protética, estando os restantes 20 indivíduos (80%) livres de fraturas (Figura 18).

No método “*Face to Face*”, 48% dos participantes (n=12) apresentaram coloração na prótese dentária, ao invés dos 52% (n=13) que não apresentavam. Em relação ao desgaste, 36% (n=9) foram indicados como tendo desgaste na prótese dentária e 64% (n=16) como não tendo. Quanto à placa bacteriana, 96% (n=24) apresentaram placa bacteriana na prótese dentária e apenas 1 indivíduo (4%) não apresentou. Para finalizar e analisando as fraturas na prótese, apenas 2 participantes (8%) apresentou alguma fratura, estando os restantes 23 (92%) livres de fraturas protéticas (Figura 19).

Consulta *follow-up*

Em relação à amostra total, 38% (n=19) apresentaram coloração na prótese dentária, enquanto 62% (n=31) apresentou a prótese livre de coloração. Em relação ao desgaste 10 indivíduos (20%) foram registados como portadores de prótese com desgaste, ao invés dos 40 participantes (80%) que não apresentaram. Quanto à presença de placa bacteriana uma percentagem de 34% (n=17) apresentou placa bacteriana na prótese dentária, enquanto 66% (n=33) não apresentou. Em relação à presença de fraturas na prótese, 92% dos participantes (n=46) não apresentou qualquer fratura e 8% (n=4) apresentou. Desta forma, foi notória uma evolução positiva, sendo registadas melhorias em todas as categorias, com destaque no parâmetro da placa bacteriana (Figura 17).

Relativamente ao método “*Campaign*”, 40% dos participantes (n=10) apresentaram coloração na prótese dentária, enquanto 60% (n=15) apresentou a prótese livre de coloração. Em relação ao desgaste 4 indivíduos (16%) foram registados como portadores de prótese com desgaste, enquanto 21 participantes (84%) apresentaram a prótese dentária sem desgaste. Quanto à presença de placa bacteriana uma percentagem de 36% (n=9) apresentou placa bacteriana na prótese dentária, enquanto 64% (n=16) não apresentou.

Por fim, em relação à presença de fraturas na prótese, 84% dos participantes (n=21) não apresentou qualquer fratura e 16% (n=4) apresentou (Figura 18).

Quanto ao método “*Face to Face*”, foi registada coloração na prótese dentária em 36% dos participantes deste protocolo (n=9), não sendo registada em 64% (n=16). Em relação à presença de desgaste, 6 participantes (24%) foram indicados como tendo desgaste na prótese dentária e 19 indivíduos (76%) como não tendo. Relativamente à placa bacteriana, registou-se que 32% (n=8), apresentou placa bacteriana na prótese dentária e 68% (n=17) não apresentou. Por último e considerando a presença de fraturas na prótese, toda a amostra relativa a este protocolo apresentou-se livres de fraturas protéticas, com uma percentagem de 100% (n=25), não existindo participantes com fraturas (Figura 19).

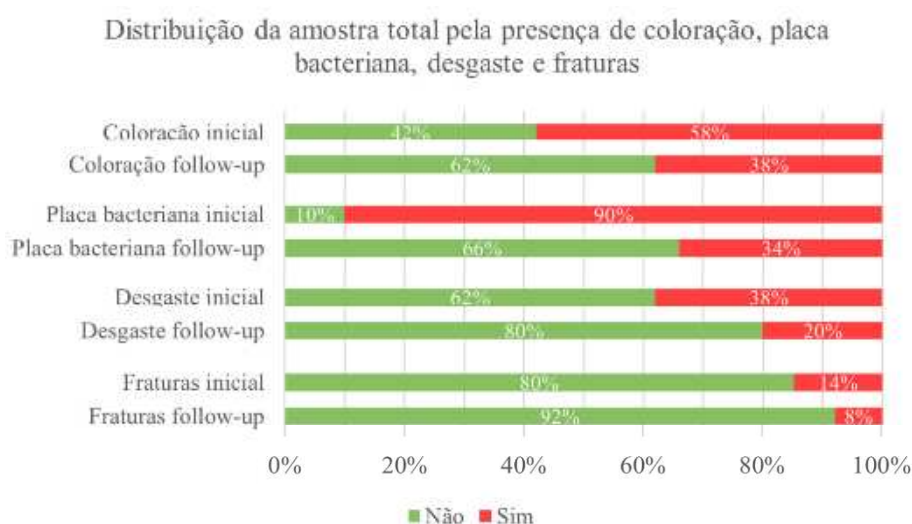


Figura 17 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra total pela análise da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de follow-up.

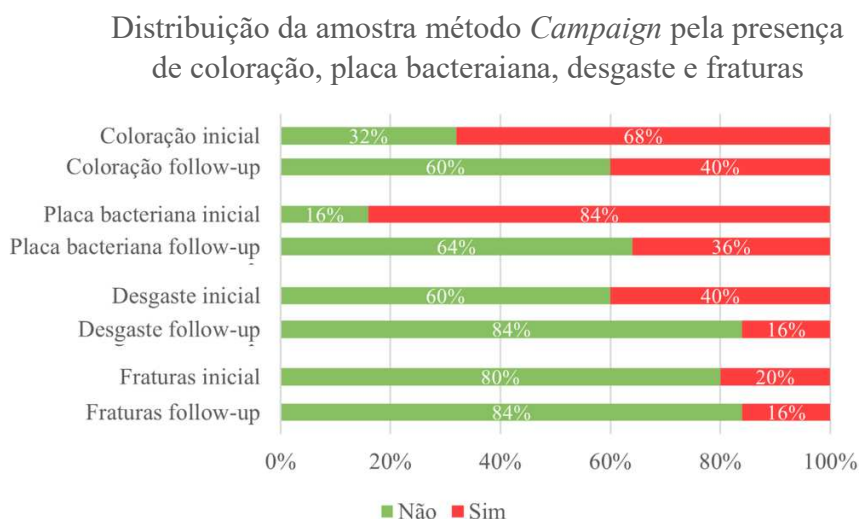


Figura 18 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra relativa ao método “*Campaign*” pela análise da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de follow-up.

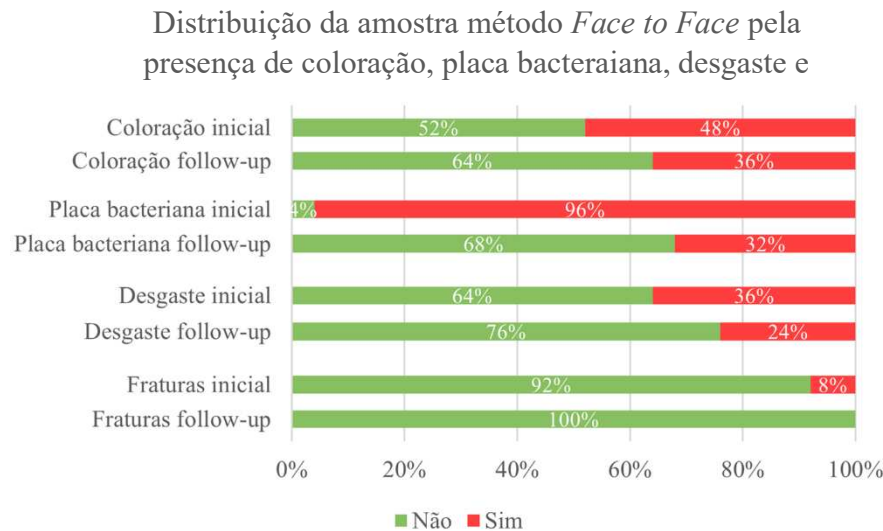


Figura 19 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra relativa ao método “Face to Face” pela análise da prótese dentária, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

3.1.3. Lesões na mucosa

Consulta inicial

Considerando a amostra total, foi verificado que 78% dos participantes (n=39) não apresentaram qualquer tipo de lesão na mucosa, enquanto 22% (n=11) apresentou lesões na mucosa (Figura 20).

Relativamente ao método “*Campaign*”, 76% (n=19) foram identificados como livres de lesões na mucosa, mas em 6 indivíduos (24%) foram detetadas lesões (Figura 20).

No método “*Face to Face*”, uma percentagem de 80% (n=20) foi registada como não tendo qualquer lesão na mucosa, existindo 5 participantes (20%) com lesões associadas (Figura 20).

Consulta *follow-up*

Analisando os 50 participantes da amostra total, foi verificado que 98% (n=49) não apresentavam qualquer lesão na mucosa, existindo 2% da amostra (n=1) no qual foi verificada a existência de lesão (Figura 20).

Quanto ao método “*Campaign*”, 100% dos participantes pertencentes a este protocolo (n=25) apresentaram-se livres de lesões, não existindo indivíduos onde foram detetadas lesões, o que demonstra maior sucesso relativamente ao método “*Face to Face*” onde foi registado 1 participante (2%) com lesão na mucosa, estando os restantes 24 participantes (98%) sem lesões associadas (Figura 20).

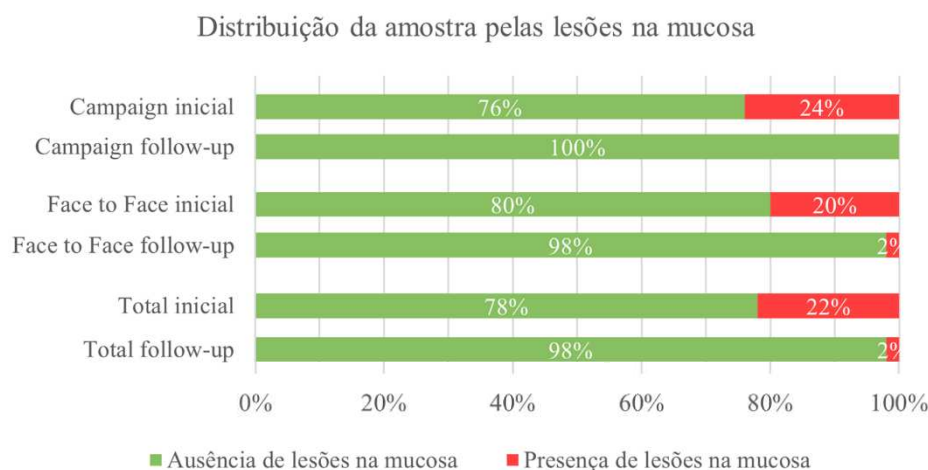


Figura 20 - Gráfico de frequências relativas à distribuição da amostra pelas lesões na mucosa, na consulta inicial e na consulta de *follow-up*.

4. Análise estatística inferencial da evolução do paciente

Após aplicação dos respectivos testes estatísticos, foi concluído que nenhum parâmetro apresentou variações estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$). No entanto, existiu uma tendência para resultados positivos.

4.1. Diferença IHO-S vs. Faixa etária

Amostra total

Relativamente às diferenças de valores de IHO-S final e IHO-S inicial e tendo em conta a faixa etária, observamos que participantes com menos de 75 anos apresentaram diferenças com uma média de $-0,81 \pm 0,72$ e os indivíduos com 75 anos ou mais demonstraram diferenças médias de $-0,83 \pm 0,66$, representando uma descida nos valores de IHO-S em ambos os casos, mas mais evidentes nos participantes com 75 anos ou mais (Tabela 4).

Método “Campaign”

Analisando a relação entre a diferença final e inicial dos valores de IHO-S e a faixa etária, verificamos que, relativamente aos participantes com idade menor que 75 anos, a média de valores aponta para $-0,69 \pm 0,5$, uma descida nos valores médios de IHO-S. Também nos participantes com idade maior ou igual que 75 anos, foi verificada uma diferença nos valores médios de $-0,71 \pm 0,6$, representando uma descida nos valores de IHO-S. Também neste método foi mais evidente a melhoria nos participantes com 75 anos ou mais (Tabela 4).

Método “Face to Face”

No que diz respeito às diferenças de valores de IHO-S e tendo em conta a faixa etária, observamos que participantes com menos de 75 anos apresentaram diferenças com uma média de $-0,93 \pm 0,76$ e os indivíduos com 75 anos ou mais demonstraram diferenças médias de $-0,94 \pm 0,94$, obtendo melhores resultados relativamente aos participantes mais jovens (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise descritiva dos valores médios das diferenças de IHO-S entre a consulta *follow-up* e na consulta inicial por faixa etária.

	Amostra total	Método “Campaign”	Método “Face to Face”
< 75 anos	$-0,81 \pm 0,72$	$-0,69 \pm 0,5$	$-0,93 \pm 0,76$
≥ 75 anos	$-0,83 \pm 0,66$	$-0,71 \pm 0,6$	$-0,94 \pm 0,94$

4.2. Diferença HPD vs. Faixa etária

Amostra total

Considerando a diferença de valores finais e iniciais de HPD, relativos à faixa etária da amostra total, foi registado que, nos participantes com idade superior ou igual a 75 anos, 75% (n=12) apresentava a prótese em bom estado e 25% (n=4) em mau estado e nos participantes com idade inferior a 75 anos, 79% (n=27) apresentou a prótese em bom estado e 21% (n=7) em mau estado. Sendo que, dentro dos participantes com idade igual ou superior a 75 anos, 50% (n=8) melhoraram o estado da prótese, 25% (n=4) mantiveram a prótese em bom estado e 25% (n=4) mantiveram o mau estado não tendo sido registados participantes que tenham piorado o estado da prótese dentária. Nos participantes com idade menor que 75 anos, 38% (n=13) melhoraram o estado da prótese, 41% (n=14) mantiveram em bom estado e 21% (n=7) mantiveram o mau estado, não tendo sido registadas piorias. Em ambos os casos, foi verificado um balanço positivo, tendo sido registados melhores resultados nos participantes com 75 anos ou mais (Figura 21).

Método “Campaign”

Analisando o valor de HPD e tendo em conta a faixa etária, foi registado que, em ambas as faixas etárias, 80% (n=8, para idade igual ou superior a 75 anos e n=12, para idade inferior a 75 anos) apresentou a prótese em bom estado e 20% (n=2, se idade ≥ 75 anos e

n=3, se idade < 75 anos) sendo que, dentro dos participantes com idade igual ou superior a 75 anos, 50% (n=5) melhoraram o estado da prótese, 30% (n=3) mantiveram a prótese em bom estado e 20% (n=2) mantiveram o mau estado. Nos participantes com idade menor que 75 anos, 26,7% (n=4) melhoraram o estado da prótese, 53,3% (n=8) mantiveram em bom estado e 20% (n=3) mantiveram o mau estado, não tendo sido registradas piorias. Em ambos os casos, foi verificado um balanço positivo, tendo sido registrados melhores resultados nos participantes com 75 anos ou mais (Figura 21).

Método “Face to Face”

Considerando a diferença de valores do HPD, relativos à faixa etária, foi registrado que, nos participantes com idade superior ou igual a 75 anos, 66,6% (n=4) apresentava a prótese em bom estado e 33,3% (n=2) em mau estado e nos participantes com idade inferior a 75 anos, 78,8% (n=15) apresentou a prótese em bom estado e 21,1% (n=4) em mau estado. Sendo que, dentro dos participantes com idade igual ou superior a 75 anos, 50% (n=3) melhoraram o estado da prótese, 16,6% (n=1) mantiveram a prótese em bom estado e 33,3% (n=2) mantiveram o mau estado não tendo sido registrados participantes que tenham piorado o estado da prótese dentária. Nos participantes com idade menor que 75 anos, 47,3% (n=9) melhoraram o estado da prótese, 31,5% (n=6) mantiveram em bom estado e 21,1% (n=4) mantiveram o mau estado, não tendo sido registradas piorias. Em ambos os casos, foi verificado um balanço positivo, tendo sido registrados melhores resultados nos participantes com 75 anos ou mais (Figura 21).

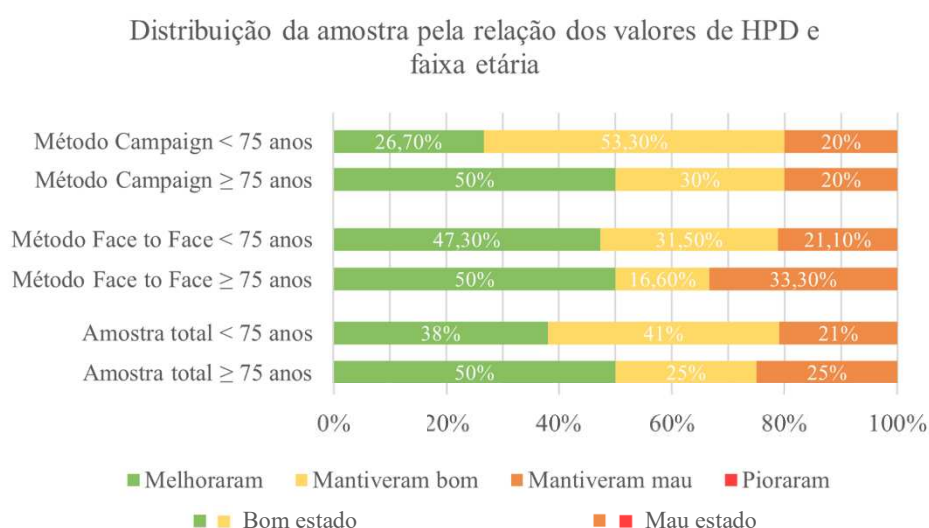


Figura 21 - Gráfico de frequências dos valores médios das diferenças de HPD entre a consulta *follow-up* e na consulta inicial por faixa etária.

4.3. Diferença IHO-S vs. Género

Amostra total

Ao analisar as variações do IHO-S relativamente ao género, é possível verificar que o sexo feminino apresenta valores médios de $-0,94 \pm 0,74$ e, no que toca ao sexo masculino, foram verificados valores médios de $-0,72 \pm 0,61$, tendo o primeiro género obtido melhores resultados (Tabela 5). No entanto, não existiu uma associação estatisticamente significativa ($p=0,30$) entre o género e a diferença de valores de IHO-S.

Método “Campaign”

Observando a diferença de IHO-S consoante o género, é possível verificar que o sexo feminino apresenta semelhantes, mas ligeiramente maiores diferenças nas melhorias visíveis através do IHO-S, com valores médios de $-0,72 \pm 0,57$, relativamente ao sexo masculino, com valores médios de $-0,68 \pm 0,53$ (Tabela 5).

Método “Face to Face”

Analisando as variações do IHO-S de acordo com o género, é possível verificar que o sexo feminino apresenta, consideravelmente, maiores diferenças nas melhorias visíveis através do IHO-S, com valores médios de $-1,16 \pm 0,86$, relativamente ao sexo masculino, com valores médios de $-0,75 \pm 0,70$ (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise descritiva dos valores médios das diferenças de IHO-S entre a consulta follow-up e na consulta inicial por género.

	Amostra total	Método “Campaign”	Método “Face to Face”
Feminino	$-0,94 \pm 0,74$	$-0,72 \pm 0,57$	$-1,16 \pm 0,86$
Masculino	$-0,72 \pm 0,61$	$-0,68 \pm 0,53$	$-0,75 \pm 0,70$

4.4. Diferença HPD vs. Género

Amostra total

Considerando as alterações de valores finais e iniciais de HPD, foi registado que, nos participantes do sexo feminino, 86% (n=19) apresentava a prótese em bom estado e 14% (n=3) em mau estado e nos participantes do sexo masculino, 71% (n=20) apresentou a prótese em bom estado e 29% (n=8) em mau estado. Sendo que, dentro do sexo feminino, 36% (n=8) melhoraram o estado da prótese, 50% (n=11) mantiveram a prótese em bom estado e 14% (n=3) mantiveram o mau estado, não tendo havido participantes a piorarem.

Nos indivíduos do sexo masculino, 46% (n=13) melhoraram o estado da prótese, 25% (n=7) mantiveram em bom estado e 29% (n=8) mantiveram o mau estado, não tendo sido registados participantes que tenham piorado o estado da prótese dentária. Em ambas as situações verificou-se um balanço positivo, tendo sido o sexo masculino com maior percentagem de melhoria (Figura 22).

Método “Campaign”

Tendo em conta os valores iniciais e finais de HPD, foi possível verificar que, nos participantes do sexo feminino, 72,8% (n=8) apresentava a prótese em bom estado e 27,3% (n=3) em mau estado e nos participantes do sexo masculino, 85,8% (n=12) apresentou a prótese em bom estado e 14,3% (n=2) em mau estado. Sendo que, dentro do sexo feminino, 27,3% (n=3) melhoraram o estado da prótese, 45,5% (n=5) mantiveram a prótese em bom estado e 27,3% (n=3) mantiveram o mau estado, não tendo havido participantes a piorarem. Nos indivíduos do sexo masculino, 42,9% (n=6) melhoraram o estado da prótese, 42,9% (n=6) mantiveram em bom estado e 14,3% (n=2) mantiveram o mau estado, não tendo sido, mais uma vez, registados participantes que tenham piorado o estado da prótese dentária em ambas as situações se verificou um balanço positivo, tendo sido o sexo masculino com maior percentagem de melhoria (Figura 22).

Método “Face to Face”

Considerando as alterações de valores de HPD, foi registado que, nos participantes do sexo feminino, 100% (n=11) apresentava a prótese em bom estado e nos participantes do sexo masculino, 57,1% (n=8) apresentou a prótese em bom estado e 42,8% (n=6) em mau estado. Sendo que, dentro do sexo feminino, 45,5% (n=5) melhoraram o estado da prótese e 54,5% (n=6) mantiveram a prótese em bom estado, não tendo havido participantes a manter o mau estado ou a piorarem. Nos indivíduos do sexo masculino, 50% (n=7) melhoraram o estado da prótese, 7,1% (n=1) mantiveram em bom estado e 42,8% (n=6) mantiveram o mau estado, não tendo sido registados participantes que tenham piorado o estado da prótese dentária. Em ambas a situação se verificou um balanço positivo, tendo sido o sexo masculino com maior percentagem de melhoria (Figura 22).

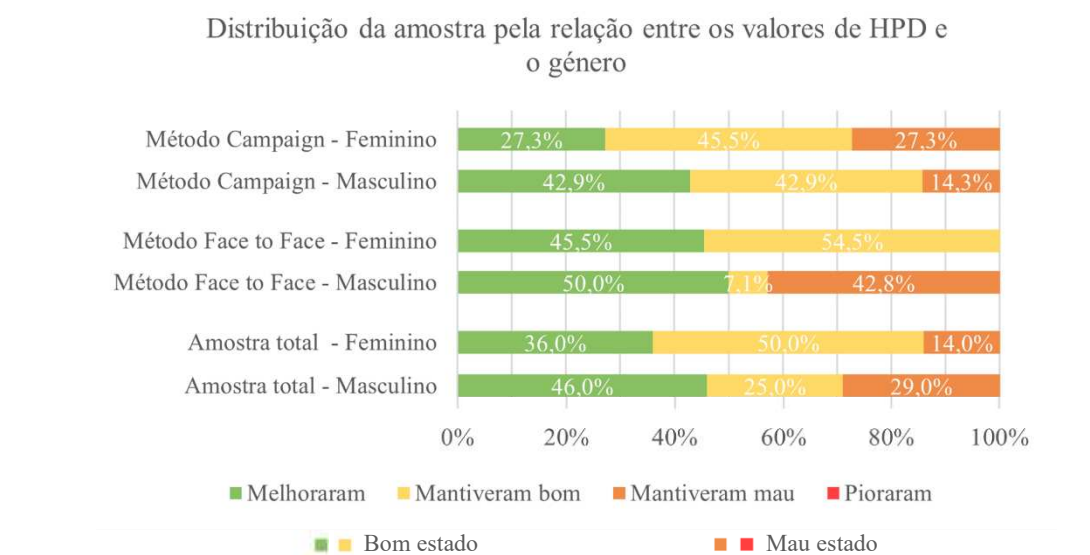


Figura 22 - Gráfico de frequências dos valores médios das diferenças de HPD entre a consulta *follow-up* e na consulta inicial por género.

V. DISCUSSÃO

A dificuldade de acesso aos estabelecimentos como hospitais, centros de saúde e clínicas, a falta de acompanhamento e a pouca compreensão da necessidade que têm de cuidados de saúde oral, as maiores dificuldades a nível financeiro, os problemas de saúde geral, as terapêuticas medicamentosas e a presença de todo o tipo de distúrbios, como a perda de autonomia, de mobilidade e de destreza que impedem uma correta higiene oral, tornam o paciente geriátrico num paciente de risco tanto a nível de saúde oral como de saúde geral (Andrade, 2013; Kreve & Anzolin, 2016; OMS, 2022).

De acordo com o Barómetro da Saúde Oral (Ordem dos Médicos Dentistas, 2022), 67,7% da população portuguesa tem a falta de, pelo menos, 1 dente natural (à exceção dos dentes do siso) e apenas 38,3% desta faixa populacional utiliza prótese dentária. A verdade é que o dispositivo protético tem um papel fundamental na vida dos pacientes parcial ou totalmente edêntulos, uma vez que vai restabelecer a função mastigatória, a fonética e a estética, permitindo devolver ao paciente o conforto, saúde e a capacidade de interagir socialmente, melhorando a sua qualidade de vida (Costa et al., 2016).

Analisando os dados fornecidos pela OMD (2022) e atendendo à população portadora de prótese, é possível observar que ainda 22,1% da população não realiza higienização diária da prótese dentária. Relativamente aos hábitos de higiene oral, 26,9% dos portugueses escovam os dentes menos de duas vezes por dia, 78,2% não realiza higiene interproximal diária e 69,7% não utiliza nenhum colutório diariamente (Ordem dos Médicos Dentistas, 2022). Uma incorreta higienização seja da cavidade oral, seja da prótese dentária é passível de se tornar numa causa para o agravamento ou aparecimento de várias doenças, afetando a saúde geral (Mendes, 2019; Srivastava, 2013).

A eliminação da placa bacteriana é um passo fundamental na manutenção da higiene oral e não pode ser menosprezada, tanto no caso de pacientes que não têm falta de peças dentárias como em portadores de prótese dentária. A acumulação progressiva de placa bacteriana, propicia o desequilíbrio da microbiota oral, o que pode levar à deterioração dos tecidos orais, tanto os tecidos duros como os tecidos moles. Desta maneira, intervenções e estudos nesta área tornam-se bastante importantes para a promoção, prevenção e alerta para a necessidade de tratamentos, envolvendo sempre uma equipa multidisciplinar (Santos & Souza, 2019). O médico dentista representa um papel fundamental na instrução e motivação do paciente para uma correta higienização oral,

sendo a fonte primária de atuação no que toca à transmissão de conhecimentos, bem como na demonstração para que o paciente compreenda melhor. Cabe ao médico dentista informar o paciente do impacto que uma má saúde oral acarreta na saúde geral e da importância que o próprio tem sobre a sua saúde oral, estando o prognóstico bastante dependente da força de vontade e capacidade de cumprimento do paciente na manutenção de uma correta higiene oral (Kreve & Anzolin, 2016; Razak et al., 2014).

A presente investigação consistiu na avaliação da eficácia da motivação para a higiene oral em 50 pacientes geriátricos portadores de prótese parcial removível, que frequentaram a Clínica Dentária Egas Moniz durante o período de recolha de dados, tendo existido uma primeira consulta e uma consulta de *follow-up*, de maneira a avaliar a evolução de cada paciente. Para tal, foram aplicados dois métodos de motivação e instrução diferentes, um denominado de “*Campaign*”, com uma instrução mais generalizada e o outro denominado de “*Face to Face*”, em que a explicação foi direcionada especificamente à situação e às condições de cada paciente. As condições entre cada grupo eram bastante semelhantes.

Na amostra estudada a média de idades foi de 72,9 anos. A elevada percentagem de participantes com idades inferiores a 75 anos é comparável a outros estudos podendo ser justificada pelo facto de que, à medida que a idade vai avançando, a capacidade e predisposição para participar neste tipo de projetos vai diminuindo (Cankaya et al., 2020; Guimarães, 2015; Loureiro, 2018; Veloso, 2015).

Em relação ao género, existe uma predominância do sexo masculino, algo que contraria a tendência nacional para um domínio por parte do sexo feminino, de acordo com os Censos 2021. Este acontecimento pode ser justificado pelo facto de a maioria dos pacientes geriátricos da Clínica Dentária Egas Moniz serem do sexo masculino, segundo um estudo realizado na mesma (Gil, 2014) e uma vez que, segundo Veloso (2015), o sexo masculino apresenta maiores rendimentos e menor morbilidade, estando possivelmente mais aptos para se dirigirem à clínica dentária (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Em relação à ausência total de cuidador formal ou informal, relatada pelos participantes, estes resultados podem surgir devido ao critério de inclusão imposto relativo à apresentação de capacidade para cumprir o protocolo de estudo, ou seja, não apresentar incapacidades como cegueira, surdez e demência.

Relativamente aos hábitos de higiene oral e analisando a frequência de escovagem da cavidade oral, foi notória uma substancial melhoria na consulta de *follow-up*. Segundo o Barómetro da Saúde Oral (Ordem dos Médicos Dentistas, 2022), 73,1% da população portuguesa mostrou escovar os dentes duas ou mais vezes ao dia, valor inferior ao registado no primeiro momento da investigação e ao registado no *follow-up*. Esta diferença pode ocorrer por ser uma amostra com pacientes que frequentam a clínica dentária, podendo conduzir a uma melhoria nos hábitos de higiene oral.

Em relação à dureza da escova, a Direção-Geral da Saúde (DGS) refere que o mais recomendável é a utilização de uma escova com cerdas macias (DGS, 2018). No entanto, na primeira consulta realizada no estudo, a maioria da amostra indicou utilizar uma escova intermédia ou dura, o que pode indicar a falta de conhecimento por parte dos participantes. Globalmente, os pacientes tiveram em consideração a explicação dada na motivação da higiene oral aplicada, adaptando-se à escova macia e tornando-a na mais utilizada na consulta de *follow-up*. Neste caso foi registada uma tendência para os resultados do método “*Campaign*” serem melhores do que os do método “*Face to Face*”.

Tendo em conta o Barómetro da Saúde Oral (Ordem dos Médicos Dentistas, 2022), 34,4% da população portuguesa mostrou realizar higiene interproximal, contrastando com o valor quase duplicado registado no primeiro momento da presente investigação. Esta diferença pode ter fundamento no facto de ser uma amostra composta por pacientes que frequentam a clínica dentária, sendo-lhes oferecido maior contacto e mais frequente com o médico dentista e com a instrução fornecida pelo mesmo relativamente à higiene oral, o que pode conduzir a uma melhoria nos registos dos hábitos de higiene oral. No momento do *follow-up*, a melhoria foi mais acentuada, em benefício do método “*Face to Face*”.

Cerca de 47% da população portuguesa indica a utilização de colutório (Ordem dos Médicos Dentistas, 2022), valor superior ao registado na amostra total, na consulta inicial. Esta diferença pode dever-se a vários fatores, sendo os mais comuns o desconhecimento dos produtos presentes no mercado ou por razões económicas (Louro, 2015). Na consulta de *follow-up*, obtivemos uma melhoria, na amostra total, sendo um valor superior à média portuguesa, existindo mais participantes com o método “*Campaign*” a melhorar.

Tendo em conta a higienização diária da prótese dentária, a Ordem dos Médicos Dentistas (2022) refere que cerca de 78% da população portuguesa portadora de prótese, higieniza-a pelo menos uma vez por dia. Este valor é inferior ao obtido na amostra total da consulta

inicial, podendo também ser justificado pelo facto de serem participantes que atendem à clínica dentária, podendo ter mais cuidados com a higiene oral e da prótese. Na consulta de *follow-up* todos os pacientes passaram ou continuaram a escovar a prótese dentária diariamente.

No que concerne aos materiais utilizados para higienizar a prótese, foi observada uma evolução positiva na amostra total, tendo sido mais evidente no método “*Face to Face*”. A literatura refere que o recomendável para assegurar um controlo adequado de biofilme na prótese dentária seria a utilização do método combinado, com a imersão da prótese em soluções químicas (como pastilhas efervescentes ou outro produto semelhante) e a escovagem com uma escova protética (Azevedo, 2019; Bastos et al., 2015; Grilo, 2015; Mylonas et al., 2022; Oliveira et al., 2020; Oliveira et al., 2022; Razak et al., 2014; Teixeira et al., 2021). No entanto, na primeira consulta deste estudo, foi observada uma maioria aderente à utilização apenas de um dos métodos químico ou mecânico. A justificação para este facto poderá ser a falta de conhecimento dos benefícios da utilização do método combinado ou a falta de instrução por parte do médico dentista e também o custo associado aumentado.

Como supramencionado, para a escovagem da prótese dentária, o recomendado é utilizar uma escova protética própria. No entanto e à semelhança de outros estudos, foi possível observar na primeira consulta que a maioria da amostra escovava a prótese, mas com uma escova dentária convencional, o que pode ser justificado, principalmente, pela falta de conhecimento ou pelo valor acrescido da escova protética em relação à escova de dentes convencional (Azevedo, 2019; Bastos et al., 2015; Grilo, 2015; Oliveira et al., 2022). Globalmente, grande percentagem da amostra estudada alterou para uma escova protética, tendo sido visíveis mais diferenças no método “*Campaign*”.

Relativamente aos cuidados noturnos com a prótese dentária foi registado na presente investigação que a maioria da amostra não dorme com a prótese, em contraste com vários estudos em que grande parte da população analisada indicava a permanência da prótese dentária em boca (Alencar et al., 2021; Santos & Silva, 2019). Como justificação, há a possibilidade de associar o facto de ser uma amostra totalmente constituída por pacientes frequentadores da clínica dentária, podendo ter já mais conhecimento médico-dentário. Na consulta de *follow-up*, foram obtidas melhorias, sendo visíveis melhores resultados nos pacientes sujeitos ao método “*Face to Face*”, tendo a totalidade indicado que retirava

a prótese para dormir.

No que concerne à existência prévia de instrução para a correta higiene oral e protética por parte do médico dentista, a maioria da amostra indicou já ter recebido instrução, havendo ainda uma percentagem de participantes que indicaram o oposto, o que vai de encontro com o relatado nos estudos de Nóbrega et al. (2016) e Memon et al. (2014). Qualquer um dos métodos em ambas as instruções para a higiene oral e protética atingiu, na consulta de *follow-up*, a totalidade de participantes com respostas positivas acerca da instrução prévia.

Tendo em conta a diferença entre os valores médios de IP e de IHO-S da amostra total, podemos indicar uma melhoria em mais de metade em ambos os métodos, podendo ser justificada pelo sucesso na instrução para a higiene oral efetuada na investigação. Entre os diferentes métodos, os resultados foram semelhantes, tendo havido ligeiramente melhores resultados no método “*Face to Face*”.

Relativamente às condições mais específicas da prótese, sendo avaliadas a coloração, o desgaste, as fraturas e a presença de placa bacteriana na prótese dentária, houve uma evolução positiva da consulta inicial até à consulta de *follow-up*, sendo anotadas melhorias em todas as categorias. No que concerne à diferença entre os dois métodos de motivação, torna-se mais complicada a avaliação das primeiras três categorias (coloração, desgaste e fraturas) por existirem fatores externos que podem contribuir para a alteração de resultados, como é o caso do material utilizado para a confeção de cada prótese, por exemplo (Campos, 2019; Ferreira, 2020). Em relação à presença de placa bacteriana na superfície protética, inicialmente os valores eram muito elevados, tendo sido apresentada a maioria da amostra com biofilme na prótese o que, no entanto, se alterou bastante aquando da consulta de *follow-up*. Isto pode ser um indicador de sucesso nas sessões educativas de higiene oral e protética realizadas no presente estudo. No caso da presença de placa bacteriana na prótese dentária, as melhorias foram mais visíveis no método “*Face to Face*”. Segundo a literatura, um grande número de usuários não consegue higienizar corretamente a prótese dentária por falta de orientação, devido às características anatómicas das próteses, pela diminuição da destreza manual dos pacientes ou apenas por não seguirem as recomendações médicas, podendo ser a justificação para valores tão elevados (Paludo, 2014; Souza, 2015).

Apesar de terem sido identificadas lesões na mucosa na amostra, os participantes que as apresentam, representam a minoria na consulta inicial. Foram visíveis melhorias na consulta de *follow-up*, em especial no método “*Campaign*”, no entanto este pode não ser um bom indicador de sucesso do estudo (abordando, concretamente a higiene oral) uma vez que as lesões podem não ser provenientes de uma má higienização, mas sim traumáticas ou até por deficiência nutricional (Godinho, 2022; Medeiros et al., 2015; Rizental et al., 2018).

Analisando as diferenças do IHO-S e do HPD entre a consulta inicial e a consulta de *follow-up*, em função da faixa etária e do género (separadamente), conseguimos analisar que o resultado contrasta com o expectável em quase todos estes parâmetros. De acordo com a literatura, espera-se que indivíduos mais jovens e do sexo feminino obtenham melhores resultados pela maior adesão às recomendações demonstradas devido ao facto de o género feminino e indivíduos mais jovens apresentarem tendencialmente maior adesão às recomendações médicas e terem menos incapacidades que os impeçam de realizar uma correta higiene (Macena et al., 2018; J. Santos et al., 2019). No entanto, tal foi visível apenas na diferença dos valores de IHO-S em função do género. Isto pode justificar-se pela dimensão da amostra, podendo ser relativamente diminuída para os resultados pretendidos ou por a maioria da amostra ser constituída por indivíduos do género masculino.

Tendo em atenção os métodos “*Campaign*” e “*Face to Face*”, adaptados de Schensul et al. (2021), é possível analisar que, na maioria das questões avaliadas é notório um melhor resultado com o segundo método o que, para além de ir de encontro com os dados obtidos no estudo de Schensul et al. (2021), pode ser justificado pelo facto de ser um método mais personalizado, no qual o paciente teve a possibilidade de perceber quais os seus problemas, para além da instrução detalhada acerca dos corretos hábitos de higiene oral e da prótese. Este método torna-se mais pormenorizado, tendo em consideração a situação específica de cada paciente, o que pode transmitir a sensação de maior cuidado por parte do médico dentista, fazendo com que o participante sinta uma maior empatia e tendo maior vontade de cumprir o aconselhado.

Os parâmetros avaliados que tiveram melhores resultados com o método “*Campaign*” foram a utilização de colutório, a dureza da escova da prótese, e a presença de lesões na mucosa. Os dois primeiros podem não ser parâmetros fiáveis por serem dispositivos de

higienização que, para muitos participantes, podiam representar um custo financeiro que não estariam disponíveis para ter e as lesões na mucosa podem ter diversas etiologias, não sendo necessariamente causadas pela prótese dentária ou incorreta higienização.

Atendendo aos dados obtidos, estes devem ser tidos em conta pelos médicos dentistas aquando do atendimento de qualquer paciente geriátrico, relembrando-se sempre da importância da instrução e motivação para a higiene oral. Perante o constante aumento da população envelhecida e da esperança média de vida, torna-se fulcral investir cada vez mais na prevenção da saúde oral e geral destes pacientes. O médico dentista poderá optar pela utilização do método mais personalizado, antevendo melhores resultados, mas tendo sempre em conta que o verdadeiramente importante é a existência de instrução e motivação para que o paciente consiga adotar corretos hábitos de higiene oral e protética e, assim, prevenir possíveis doenças e complicações.

Desta forma, e apesar de tendências para resultados positivos após a instrução e motivação da higiene oral, as hipóteses nulas devem ser aceites uma vez que não se verificaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis.

VI. CONCLUSÕES

Com o aumento cada vez mais significativo da população geriátrica e da esperança média de vida, aumenta também a prevalência do edentulismo, o que oferece bastante importância e protagonismo à reabilitação oral no que toca aos cuidados médico-dentários dirigido a esta população. A incorreta higienização da cavidade oral e protética, ainda bastante comuns, são passíveis de promover exacerbação ou agravamento do estado de várias doenças, sendo o caso de duas das doenças mais comuns, a cárie dentária e a doença periodontal, ambas com possíveis repercussões a nível sistémico, afetando a saúde geral e com certas probabilidades de, se não tratadas, terminar em edentulismo. Torna-se fundamental e constantemente necessário que o médico dentista instrua o paciente para a correta higiene oral e protética, tendo sempre em consideração que o sucesso de qualquer tratamento odontogeriatrico está diretamente dependente da motivação e cumprimento do paciente no que toca à manutenção de uma correta higiene oral.

Os resultados obtidos, permitem retirar as seguintes conclusões:

- Na consulta inicial, verificou-se que a maioria da população apresentou resultados abaixo do esperado no que concerne aos hábitos de higiene oral e protética.
- Após instrução e motivação realizadas no estudo, foram registadas grandes melhorias em todos os parâmetros avaliados tanto a nível da higiene da cavidade oral, como a nível da higiene da prótese dentária.
- Relativamente ao sucesso dos métodos utilizados, não foram registadas diferenças significativas entre eles, existindo uma tendência para melhores resultados nos participantes submetidos ao método mais personalizado (*“Face to Face”*). No entanto, foi possível, em ambos os métodos, obter melhores resultados na higiene oral e protética.
- Apesar de não se ter verificado uma associação significativa entre os índices clínicos de higiene oral/da prótese dentária e os dados sociodemográficos, verificou-se que o IHO-S obteve melhores resultados em pacientes do sexo feminino com idade igual ou superior a 75 anos e o HPD em participantes do sexo masculino da mesma faixa etária.

RELEVÂNCIA CLÍNICA E LIMITAÇÕES

A população tem vindo a envelhecer nos últimos anos, tanto a nível nacional como mundial, não só pela reduzida taxa de natalidade como também pela evolução médica que tem permitido aumentar a esperança média de vida. O edentulismo, como marcador final de várias doenças orais, apresenta uma forte prevalência nos mais idosos, surgindo a reabilitação oral como solução, sendo muitas vezes eleita a prótese parcial removível como melhor opção. Neste sentido, devem ser consideradas estratégias direccionadas à promoção da saúde, bem como de prevenção e diagnóstico precoce, englobando profissionais de saúde, como médicos dentistas, entidades de saúde pública, entre outros, que assegurem o acompanhamento constante da comunidade geriátrica e, quando necessário, tratamento das condições apresentadas.

A higiene oral e a higiene protética são, por vezes, ainda bastante ineficazes nesta população e, também por essa razão, a evolução dos resultados obtidos entre a consulta inicial e a consulta de *follow-up* acerca da higienização oral e protética e os dados clínicos, como os índices, surgem como fatores reveladores de importância no que toca a ações de instrução e motivação para a higiene oral, como a realizada no presente estudo.

A nível nacional poucos são os estudos acerca da saúde oral da população geriátrica e que realçam a importância da educação e motivação para a higiene oral, não só para a saúde oral como para a saúde geral, pelo que esta investigação permitiu avaliar se, nesta faixa etária, estas estratégias apresentam eficácia, devendo ser realizados mais estudos na área.

No que concerne às limitações do estudo, a dimensão da amostra poderá ter-se revelado como uma limitação, comprometendo também as associações significativas, não deixando de ser um estudo enriquecedor, uma vez que é um estudo clínico. Também o facto de ser necessária uma consulta de *follow-up* pode ser tido em conta como uma limitação pelo facto de muitos participantes desistirem do estudo por falta de capacidade ou condições para se dirigirem à CDEM, o que reduz bastante o número de participantes. O fator “idade da prótese” não foi tido em conta e poderá representar diferenças nos resultados entre uma prótese mais antiga e uma mais recente, aparentemente mais bem higienizada. Por fim, também a sensibilidade do operador pode estar afetada por fatores como fadiga ou stress, constituindo uma limitação para o estudo.

PERSPETIVAS FUTURAS

De modo a oferecer continuidade ao presente estudo e após análise dos resultados obtidos, seria interessante:

- Aplicar o mesmo questionário a uma amostra maior de maneira a obter resultados estatisticamente significativos;
- Realizar o mesmo estudo tendo em conta o fator “idade da prótese”;
- Realizar o mesmo questionário em participantes portadores de outros tipos de reabilitação oral como implantes ou prótese total, por exemplo;
- Aplicar o mesmo questionário utilizando outras estratégias de educação e motivação para a higiene oral e protética;
- Aplicar o mesmo estudo a idosos institucionalizados e comparar com os resultados da amostra estudada (não institucionalizada);
- Aplicar as mesmas estratégias de instrução e motivação para a higiene oral e protética aos cuidadores de pacientes institucionalizados;
- Avaliar a eficácia das mesmas estratégias de instrução com o auxílio da telemedicina, aplicando chamadas telefónicas regulares para maior acompanhamento.

VII. BIBLIOGRAFIA

- Albeny, A. L., & Santos, D. B. F. (2018). Doenças Bucais que mais acometem o paciente na terceira idade: Uma revisão de Literatura. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 12(42), 1215–1228. <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i42.1363>
- Alencar, A. A., Rodrigues Parente, C. A., Dantas, E. S., Lima, H. T., & Silva, C. H. F. D. (2021). Avaliação dos hábitos de higiene bucal de usuários de prótese dentária removível. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 10(4), 584–590. <https://doi.org/10.21270/archi.v10i4.4949>
- Al-Rafee, M. A. (2020). The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(4), 1841–1843. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1181_19
- Amendoeira, J. (2022). *Saúde Individual e Comunitária*.
- Amorim, A., & Furtando, M. (2014). *Envelhecimento ativo e saudável – desafio para Odontogeriatría*.
- Andrade, A. D. (2013). *Percepção do estado de saúde oral em idosos institucionalizados influência no seu estado nutricional*. (Doctoral dissertation).
- Araújo, A. O. (2022). *Gengivite: Causas, denominações, tratamento e prevenção*.
- Azevedo, R. A. (2019). *Guia impresso de instrução de higiene protética: Seu uso justificado na literatura*.
- Bacali, C., Nastase, V., Lascu, L., & Badea, M. E. (2021). Oral Hygiene Habits of Complete Denture Wearers in Central Transylvania, Romania. *Oral Health and Preventive Dentistry*, 19(1), 107–113. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.b965699>
- Bastos, P. L., Mesquita, T. C., Ottoboni, G. S., & Figueiredo, V. M. G. (2015). MÉTODOS DE HIGIENIZAÇÃO EM PRÓTESES DENTAIS REMOVÍVEIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Revista Bahiana de Odontologia*, 6(2), 129–137. <https://doi.org/10.17267/2238-2720revbahianaodonto.v5i2.683>
- Brunetti-Montenegro, F. L., & Marchini, L. (2013). *Odontogeriatría-uma visão gerontológica*. Elsevier Brasil.

Campos, S. V. A. (2019). *Materiais não-metálicos para infraestruturas em Prostodontia* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de medicina dentária - Universidade do Porto.

Cancela, D. M. G. (2007). *O processo de envelhecimento*.

Cankaya, Z. T., Yurdakos, A., & Kalabay, P. G. (2020). The association between denture care and oral hygiene habits, oral hygiene knowledge and periodontal status of geriatric patients wearing removable partial dentures. *European Oral Research*, 9–15. <https://doi.org/10.26650/eor.20200048>

Carlos, F. S. A., & Pereira, F. R. A. (2015). *PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS ACOMETIDAS EM IDOSOS*. 2.

Chen, Y.-R. R., & Schulz, P. J. (2016). The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.4596>

Chetruș, V., & Ion, I. R. (2013). Dental Plaque—Classification, Formation and Identification. *International Journal of Medical Dentistry*, 3, 139–143.

Costa, E. C., Alves, R. G., Neto, J. A. F., & Catão, M. H. C. V. (2016). *REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTES IDOSOS: REVISÃO DE LITERATURA*.

Coutinho, M. C. S. (2015). Cuidadores formais e informais: Olhares sobre os idosos com demência. *Doctoral dissertation, Universidade da Beira Interior (Portugal)*.

Dantas, E. H. M., & Santos, C. A. S. (2017). *Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade*. Editora Unoesc.

DGS. (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral—Circular Normativa*.

DGS. (2018). *Saúde oral nas pessoas idosas*.

Dias, A. R. F. F. (2022). *A relação entre os hábitos de higiene oral, a saúde geral e a saúde periodontal na população geriátrica da Clínica Dentária Egas Moniz—Estudo piloto* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Universitário Egas Moniz.

Emami, E., De Souza, R. F., Kabawat, M., & Feine, J. S. (2013). The Impact of Edentulism on Oral and General Health. *International Journal of Dentistry*, 2013, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2013/498305>

- Espinha, C. G. (2016). *A Influência do Edentulismo no Declínio das Capacidades Cognitivas*.
- Eurostat. (2023). *Population structure and ageing*.
- Fernandes, H. F. B. Q. (2018). *Cimentação em Prótese Fixa* [Dissertação de Mestrado]. CESPU.
- Ferreira, B. M. B. (2020). *Testes Mecânicos na Investigação em Reabilitação Oral* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Universitário Egas Moniz.
- Figueiredo, A. E. B., Ceccon, R. F., & Figueiredo, J. H. C. (2021). Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 77–88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
- Fontinele, S. L., & Duque, E. J. G. C. (2021). *A RELAÇÃO ENTRE A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO EM PESSOAS IDOSAS*.
- Gandolfo, M. C., Pessole, T., Mendes, G., Albara, M. F., Fontana, A., Freisleben, E. V., & Nardi, A. (2018). *USO DOS COLUTÓRIOS EM ODONTOLOGIA*.
- Gasparetto, A. R. (2021). *Comparativo Entre Prótese Fixa Sobre Dentes e Prótese Fixa Sobre Implantes* [Dissertação de Mestrado]. CESPU.
- Gil, A. V. S. (2014). *Caracterização do doente geriátrico da Clínica Universitária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde Egas Moniz* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.
- Gil-Montoya, J., Mello, A. L. F., Barrios, R., Gonzalez-Moles, M. A., & Bravo, M. (2015). Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: A nonsystematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 461. <https://doi.org/10.2147/CIA.S54630>
- Godinho, B. M. (2022). *LESÕES ORAIS EM USUÁRIOS DE PRÓTESES REMOVÍVEIS*.
- Gonçalves, F. S. C. (2018). *PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E IMPACTO DAS DOENÇAS ORAIS NA QUALIDADE DE VIDA EM PORTUGAL E GRÉCIA 2005/2016* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Universitário Egas Moniz.

Grilo, V. R. R. (2015). *Higiene em próteses removíveis acrílicas de doentes geriátricos da Clínica Universitária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Grolli, R. E., Mingoti, M. E. D., Bertollo, A. G., Luzardo, A. R., Quevedo, J., Réus, G. Z., & Ignácio, Z. M. (2021). Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. *Molecular Neurobiology*, 58(5), 1905–1916. <https://doi.org/10.1007/s12035-020-02249-x>

Guimarães, I. L. C. (2015). *O uso de prótese removível e a sua associação com a qualidade de vida em relação com a saúde oral* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Hawerth, D. (2017). *INFLUÊNCIA DA REABILITAÇÃO ORAL NA SATISFAÇÃO E NA QUALIDADE DE VIDA DO DESDENTADO TOTAL: REVISÃO DE LITERATURA*.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Decenal*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0006041&selTab=tab10

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021) e Sexo; Decenal*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011610>

Izidoro, C., Botelho, J., Machado, V., Reis, A. M., Proença, L., Alves, R., & Mendes, J. J. (2021). Periodontitis, Halitosis and Oral-Health-Related Quality of Life—A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(19), 4415. <https://doi.org/10.3390/jcm10194415>

Janakiram, C., Taha, F., & Joe, J. (2018). The Efficacy of Plaque Control by Various Toothbrushing Techniques-A Systematic Review and Meta-Analysis. *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH*. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/32186.12204>

Kreve, S., & Anzolin, D. (2016). Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso. *Revista Kairós: Gerontologia*, 19(Especial22), 45–59. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p45-59>

- Lamas, M. C., & Paúl, C. (2013). O envelhecimento do sistema sensorial: Implicações na funcionalidade e qualidade de vida. *Actas de Gerontologia*, 1(1).
- Lamster, I. B., Asadourian, L., Del Carmen, T., & Friedman, P. K. (2016). The aging mouth: Differentiating normal aging from disease. *Periodontology 2000*, 72(1), 96–107. <https://doi.org/10.1111/prd.12131>
- Lopes, M. J., Araújo, J. L., & Nascimento, E. G. C. (2016). O envelhecimento e a qualidade de vida: A influência das experiências individuais. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(2), 181–199.
- Loureiro, P. I. C. (2018). *AUTOPERCEÇÃO DA QUALIDADE DA SAÚDE ORAL DOS DOENTES DE ODONTOGERIATRIA DA CLÍNICA DENTÁRIA EGAS MONIZ* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Universitário Egas Moniz.
- Louro, C. S. P. O. C. (2015). *Determinantes e prevalência de doenças orais e comportamentos de saúde oral em pacientes com necessidades especiais* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa.
- Macena, W. G., Hermano, L. O., & Costa, T. C. (2018). Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum*, 27.
- Machado, V. de A. (2021). *Periodontal disease and its risk factors in a Portuguese adult population* [Dissertação de Douturamento].
- Medeiros, F. D. C. D., Thiago Fernando Silva De Araújo Silva, T. F. D. A. S., Ferreira, K. K. A., Moura, J. M. B. D. O., Lima, I. I. P. C., & Seabra, E. J. G. (2015). Uso de prótese dentária e sua relação com lesões bucais. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 603–611. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n4.34322>
- Medeiros, M. F. (2019). *A importância do planeamento em Prótese Parcial Removível*.
- Memon, A. B., Shaikh, I. A., Jabbar, A., Sahito, M. A., & Memon, M. Y. (2014). *ORAL HYGIENE HABITS AMONG THE COMPLETE DENTURE WEARER PATIENTS VISITING THE ISRA DENTAL COLLEGE HYDERABAD*.
- Mendes, R. A. R. (2019). *Reabilitação Oral em Pacientes Idosos* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Universitário Egas Moniz.

Miguel, I. C. (2014). ENVELHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO: ENTRE MITOS E FACTOS. *Gerontologia social: Perspetivas de análise e intervenção*, 53–67.

Mora, M. G. S. (2020). *Eficacia de las técnicas Bass y Bass Modificada en pacientes atendidos en el caso con un índice de O'leary inicial a partir del 10%*.

Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Murakami, S., Mealey, B. L., Mariotti, A., & Chapple, I. L. C. (2018). Dental plaque-induced gingival conditions. *Journal of Clinical Periodontology*, 45, S17–S27. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12937>

Mylonas, P., Milward, P., & McAndrew, R. (2022). Denture cleanliness and hygiene: An overview. *British Dental Journal*, 233(1), 20–26. <https://doi.org/10.1038/s41415-022-4397-1>

Nobre, I. B. B., & Athias, R. B. (2017). *Lesões bucais causadas pelo uso de Próteses Dentárias Removíveis*.

Nóbrega, D. R. D. M., Lucena, A. G., Medeiros, L. A. D. M. D., Farias, T. S. S. D., Meira, K. R. S., & Mahon, S. M. O. D. (2016). Avaliação da utilização e hábitos de higiene em usuários de prótese dentária removível. *Revista Brasileira de Odontologia*, 73(3), 193. <https://doi.org/10.18363/rbo.v73n3.p.193>

Novais, L. H. O., & Pereira, S. P. (2019). *Aumento da precificação do material odontológico diante da pandemia do Covid-19*.

Nunes, A. M. (2017a). Demografia, envelhecimento e saúde: Uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(1), 133. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p133-154>

Nunes, A. M. (2017b). *Envelhecimento ativo em Portugal: Desafios e oportunidades na saúde*.

Oliveira, F. T. S. (2013). *O impacto do edentulismo na qualidade de vida dos idosos*.

- Oliveira, M. D. S., Martins, T. G., & Vasconcelos, G. L. L. (2020). Influência da Higieização das Próteses Removíveis na Saúde Bucal e Sistêmica dos Pacientes. *JNT - Facit Business And Technology Journal*, 3, 96–108.
- Oliveira, S. S. B., Mello, C. C., Coelho, U. P., & Castro, I. O. (2022). A Influência dos Métodos de Higiene na Longevidade das Próteses Totais e Parciais Removíveis. *Arch Health Invest*, 11(2), 220–225. <https://doi.org/10.21270/archi.v11i2.5584>
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2022). *Barómetro da Saúde Oral*.
- Ordem dos Médicos Dentistas. (n.d.). *Prevenção e higiene oral*. <https://www.ond.pt/publico/prevencao-higiene-oral/>
- Organização Mundial da Saúde. (1948). *Constitution of the World Health Organization*.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Noncommunicable diseases: Progress monitor 2020*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *World Health Statistics*.
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*.
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *World health statistics*.
- Paludo, F. M. (2014). *Higienização de próteses dentárias removíveis: Uma revisão de literatura*.
- Petersen, P. E., Baez, R. J., & World Health Organization. (2013). *Oral health surveys: Basic methods* (5th ed). World Health Organization.
- Pinelli, C., & Turrioni, A. P. S. (2008). Autopercepção em higiene bucal de adultos: Reprodutibilidade e validade. *Revista de Odontologia da UNESP*, 37(2), 163–169.
- Piva, G. P. (2015). *PRINCIPAIS CAUSAS DE INSUCESSO NA REABILITAÇÃO COM PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS - UMA REVISÃO DE LITERATURA*.
- Razak, P. A., Richard, K. M. J., Thankachan, R. P., Hafiz, K. A. A., Kumar, K. N., & Sameer, K. M. (2014). Geriatric oral health: A review article. *Journal of International Oral Health: JIOH*, 6(6), 110–116.

Rizental, P. C. C., Segato, A. V. K., Schunka, C. N. M. M., Souza, P. H. C., & Couto, S. A. B. (2018). Prevalência de queilite angular em pacientes idosos hospitalizados. *RSBO*, 15(2), 93–100.

Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Sousa, R. D., Dias, S. S., Santos, M. J., Mendes, J. M., Coelho, P. S., Branco, J. C., & Canhão, H. (2018). Challenges of Ageing in Portugal: Data from the EpiDoC Cohort. *Acta Médica Portuguesa*, 31(2), 80–93. <https://doi.org/10.20344/amp.9817>

Romandini, M., Baima, G., Antonoglou, G., Bueno, J., Figuero, E., & Sanz, M. (2021). Periodontitis, Edentulism, and Risk of Mortality: A Systematic Review with Meta-analyses. *Journal of Dental Research*, 100(1), 37–49. <https://doi.org/10.1177/0022034520952401>

Sabharwal, S., Wilson, H., Reilly, P., & Gupte, C. M. (2015). Heterogeneity of the definition of elderly age in current orthopaedic research. *SpringerPlus*, 4(1), 516. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1307-x>

Sala, E. C., & García, P. B. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones* (4. ed). Elsevier España.

Sälzer, S., Graetz, C., Dörfer, C. E., Slot, D. E., & Van Der Weijden, F. A. (2020). Contemporary practices for mechanical oral hygiene to prevent periodontal disease. *Periodontology 2000*, 84(1), 35–44. <https://doi.org/10.1111/prd.12332>

Santos, J., Antunes, L., Namorado, S., Kislaya, I., Santos, A. J., Rodrigues, A. P., Braz, P., Gaio, V., Barreto, M., Lyshol, H., Nunes, B., & Dias, C. M. M. (2019). Oral hygiene habits in Portugal: Results from the first Health Examination Survey (INSEF 2015). *Acta Odontologica Scandinavica*, 77(5), 334–339. <https://doi.org/10.1080/00016357.2018.1564839>

Santos, J. M. N. C. (2014). *Abordagem do paciente surdo no contexto da Medicina Dentária*.

Santos, L. F. C., & Souza, A. de O. (2019). *Prevenção da saúde bucal do idosos e alterações dentárias*.

Santos, M. D., & Silva, T. F. (2019). *Higienização e preservação de próteses removíveis*.

- Schensul, J., Reisine, S., Salvi, A., Ha, T., Grady, J., & Li, J. (2021). Evaluating mechanisms of change in an oral hygiene improvement trial with older adults. *BMC Oral Health*, 21(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01701-1>
- Sesma, N., & Morimoto, S. (2011). Estomatite protética: Etiologia, tratamento e aspectos clínicos. *Journal of Biodentistry and Biomaterials*, 2, 24–29.
- Shaghaghian, S., Taghva, M., Abduo, J., & Bagheri, R. (2015). Oral health-related quality of life of removable partial denture wearers and related factors. *Journal of Oral Rehabilitation*, 42(1), 40–48. <https://doi.org/10.1111/joor.12221>
- Silva, D. D. S., Lopes, A. O. S., Oliveira, A. S., Gomes, N. P., Reis, L. A., & Duarte, S. F. P. (2020). Alterações metabólicas e cardiovasculares e sua relação com a obesidade em idosos. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 4357–4369. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-036>
- Silva, E. A., Bandão, M. C. V., Freitas, N. B. B. S., Lima, K. G. D., & Fernandes, D. C. (2018). Principais lesões bucais em idosos que utilizam prótese dentária: Revisão integrativa. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, 4(2), 33–40.
- Silva, J. R. T. D. C., Andrade Júnior, J. C. B., Silva, P. H. D., Teixeira, A. C. D. O. C., & Borges-Paluch, L. R. (2020). LESÕES BUCAIS DECORRENTES DO USO DE PRÓTESES DENTÁRIAS REMOVÍVEIS. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 43(1), 165–179. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a3070>
- Silva, T. A. G. (2021). *Eficácia mastigatória em Reabilitação Oral* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Universitário Egas Moniz.
- Simieli, I., Padilha, L. A. R., & Tavares, C. F. D. F. (2019). Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 37, e1511. <https://doi.org/10.25248/reas.e1511.2019>
- Souza, K. R. (2015). *Higienização em prótese dentária*.
- Srivastava, N. (2013). A Comparative Evaluation of Efficacy of Different Teaching Methods of Tooth Brushing in Children Contributors. *Journal of Oral Hygiene & Health*, 01(03). <https://doi.org/10.4172/2332-0702.1000118>
- Tavares, R. E., Jesus, M. C. P. D., Machado, D. R., Braga, V. A. S., Tocantins, F. R., & Merighi, M. A. B. (2017). Healthy aging from the perspective of the elderly: An

integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 878–889.
<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>

Teixeira, A. B. O., Francisco, F. S., Souza, L. B., Luz, M. M., & Thomaz, P. (2021). Odontologia preventiva na terceira idade: Revisão narrativa da literatura. *Revista Científica Rumos da inFormação*, 2(1).

Teixeira, A. C. C. (2022). Caracterização do nível de Saúde Oral de doentes psiquiátricos de um hospital da região norte—Implementação de um programa de promoção de saúde oral. *Monografia de Investigação - Universidade do Porto*.

Tjijtoningsih, U. G., & Ariani, D. (2023). Effective Tooth Brushing Techniques Based on Periodontal Tissue Conditions: A Narrative Review. *Formosa Journal of Applied Sciences*, 2(7), 1649–1662.

Trindade, M. G. F., Oliveira, M. C. D., Prado, J. P. D., & Santana, L. L. P. (2018). Lesões Associadas à má Adaptação e má Higienização da Prótese Total. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 12(42), 956–968. <https://doi.org/10.14295/online.v12i42.1377>

UNFPA. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*.

United Nations. (2022). *WORLD POPULATION PROSPECTS 2022: Summary of results*. UNITED NATIONS.

Veloso, A. S. T. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra.

Vicente, A. B. F. (2019). *Xerostomia em pacientes idosos: Impacto em portadores de prótese removível*.

Wey, F. S. C. (2020). Economia da Longevidade: Uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. *Doctoral dissertation, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP*.

Zhu, Y., & Hollis, J. H. (2014). Tooth loss and its association with dietary intake and diet quality in American adults. *Journal of Dentistry*, 42(11), 1428–1435.
<https://doi.org/10.1016/j.jdent.2014.08.012>

VIII. ANEXOS

Anexo 1 – Requerimento à Comissão de Ética da Egas Moniz


Comissão de Ética EGAS MONIZ

Proc. Interno nº 1131
PLATAFORMA

Ex.ma Senhora
Maria Catarina Brito Colaço

Monte de Caparica, 26 de janeiro de 2023.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado: "A eficácia da motivação para a higiene oral na população geriátrica portadora de prótese parcial removível – estudo piloto", foi aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Professora Doutora Maria Fernanda de Mesquita

EGAS MONIZ – COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, CRL
Campus Universitário – Quinta da Granja – Monte de Caparica
2829-511 Caparica

Anexo 2 – Autorização da Direção Clínica para realização de trabalho de projeto final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Clínica Dentária Egas Moniz (MyAgir)


EGAS MONIZ

Declaração da Direção Clínica para Autorização para realização de trabalho de projeto final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Clínica Dentária Egas Moniz

Código | IMP.CDEM.05_02

Identificação do Estudante: Maria Catarina Sampaio da Silva de Brito Colaço
Título do Trabalho: "A eficácia da motivação para a higiene oral na população geriátrica portadora de prótese parcial removível - estudo piloto".

Exma. Comissão de Ética,

A aluna Maria Catarina Sampaio da Silva de Brito Colaço, pode utilizar a Clínica Dentária Egas Moniz (CDEM), para realização da investigação "A eficácia da motivação para a higiene oral na população geriátrica portadora de prótese parcial removível - estudo piloto".

Aguardo a aprovação da Comissão Científica e da Comissão de Ética, para cedência das instalações e dos doentes da clínica de acordo com o normal funcionamento da Clínica.

A consulta dos processos clínicos somente poderá ser efetuada na CDEM, dentro de horário a estipular para cada projeto.

Monte da Caparica, 1 de novembro de 2022

Direção Clínica

Aprovado

Anexo 3 – Consentimento Informado



Monte de Caparica, ____ de _____ de _____

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Unidade Curricular de Tese de Mestrado do Instituto Universitário Egas Moniz, sob orientação da Prof. Doutora Ana Cristina Manso e coorientação da Mestre Inês Caetano Santos, solicita-se autorização para a participação no "A eficácia da motivação para a higiene oral na população geriátrica portadora de prótese parcial removível – estudo piloto".

Este estudo decorre na Clínica Dentária Egas Moniz com participantes com idade superior a 65 anos e tem como objetivo analisar a influência da motivação para a higiene oral nos hábitos de higiene oral na população idosa que utilize prótese dentária.

Solicita-se a sua autorização para:

- Preenchimento de um questionário sobre:
 - 1- Dados relativos à sua profissão, reforma, grau de escolaridade e localização;
 - 2- Saúde geral (peso, altura, doenças crónicas, medicação e hábitos de consumo de tabaco, álcool e consumo de açúcar);
 - 3- Hábitos de higiene oral e como considera a sua saúde oral;
- Observação da sua boca para verificação da saúde oral (placa bacteriana, gengivas, próteses e necessidade de tratamento);
- Participação numa pequena ação de ensino de práticas de higiene oral (demonstração da escovagem dos dentes e outros métodos complementares de limpeza da sua boca).

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo, podendo desistir de participar neste estudo a qualquer momento.

Os procedimentos não serão invasivos e a sua participação não têm qualquer nível de risco nem custo económico.

Todos os procedimentos serão realizados em três momentos: quando autoriza a sua participação no estudo, passado 1 mês, através de uma teleconsulta (caso autorize) e passados três meses, novamente no registo presencial na Clínica Dentária Egas Moniz.

A participação no estudo irá acrescentar um tempo máximo de 15 minutos à sua consulta, por cada momento de participação.

Este estudo pode trazer benefícios tais como melhorar o conhecimento sobre a sua higiene oral, a sua saúde oral e geral bem como a sua influência nos parâmetros relativos ao uso de prótese dentária.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha será anonimizada e confidencial, sendo que os dados recolhidos não o identificam individualmente e serão codificados e guardados num computador com palavra-passe conhecida apenas pelos investigadores do estudo.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexo 4 – Questionário aplicado ao estudo “A eficácia da motivação para a higiene oral na população geriátrica portadora de prótese parcial removível – estudo piloto”



QUESTIONÁRIO

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito da tese de Mestrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário Egas Moniz, sob orientação da Prof. Doutora Ana Cristina Manso e co-orientação da Mestre Inês Caetano André dos Santos, com o título “A eficácia da motivação para a higiene oral na população geriátrica portadora de prótese parcial removível – estudo piloto”.

O questionário consiste em quatro grupos de perguntas sobre:

- I. Dados sociodemográficos (10 perguntas), validadas pelo questionário nacional do estudo EpiDoC e Escala de Graffar;
- II. Saúde geral (6 perguntas), validadas pelo questionário nacional do estudo EpiDoC;
- III. Hábitos de higiene oral (8 perguntas), validadas pela OMS e pelo estudo nacional EpiDoC;
- IV. Auto-perceção de saúde oral (14 perguntas), validadas pela OMS;

Não existem respostas certas ou erradas por isso solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões.

Qualquer questão em que tenha dúvidas, não hesite em perguntar ao Investigador.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Contacto do Investigadores:

Inês Caetano Santos (Médica Dentista)
916 575 085
isantos@egasmoniz.edu.pt

Isabel Varela
912 401 616
isabelmvarela@gmail.com

Maria Catarina Colaço
911 017 804
catarinacolaaco@gmail.com

A preencher pelo Investigador

Código do participante (ID):

Processo CDEM nº:

Código entrevistador / examinador:

Exame original (1) ou 1º follow-up (2):

Data da consulta: ____/____/____

Consulta em que foi realizada o exame:

Data 1º follow-up: ____/____/____

Consentimento Informado

Assinou consentimento informado?

- ☐ Sim
☐ Não

Data de assinatura consentimento informado: ____/____/____



1



A preencher pelo Investigador

Fim de seguimento

Data de fim: ____/____/____

Motivo:

- ☐ Deseja sair do estudo
☐ Falecimento
☐ Mudou de residência
☐ Impossibilidade de ter acesso a intervenção
☐ O investigador considera que não é ético o participante prosseguir o estudo
☐ Outra. Qual? _____

CHECKLIST DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

1. Paciente na Clínica Universitária Egas Moniz:
☐ Sim
☐ Não
2. Idade superior a 65 anos:
☐ Sim
☐ Não
3. Literato (saber ler e escrever):
☐ Sim
☐ Não
4. Fala e compreende a língua portuguesa:
☐ Sim
☐ Não
5. Não está institucionalizado:
☐ Sim
☐ Não
6. Capacidade para cumprir protocolo de estudo (incapacidade: cegueira, surdez, demência):
☐ Sim
☐ Não
7. Cumpre critérios:
☐ Sim
☐ Não



I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade:

2. Data de nascimento: ____/____/____

3. Sexo (assinale com um X):

1. Masculino	☐
2. Feminino	☐

II. HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

1. Costuma escovar os dentes e a prótese todos os dias? (assinale com um X):

1. Sim, os dentes	☐
2. Sim, os dentes e a prótese	☐
3. Não	☐

2. Em que altura do dia escova os dentes? (assinale com um X):

1. Só de manhã	☐
2. Só à tarde	☐
3. Só à noite	☐
4. Manhã e tarde	☐
5. Manhã e noite	☐
6. Tarde e noite	☐
7. Manhã, tarde e noite	☐
8. Não escova	☐

3. Qual a dureza da escova utilizada para escovar os dentes? (assinale com um X):

1. Dura	☐
2. Intermédia	☐
3. Macia	☐

4. Usa algum dispositivo interdentário? (assinale com um X):

1. Fio dentário	☐
2. Escovilhão	☐
3. Palito	☐
4. Outro	☐
5. Não	☐

5. Bochecha com algum colutório? (assinale com um X):

1. Sim	
2. Não	

6. Em relação à prótese dentária:

6.1 Lava a prótese todos os dias? (assinale com um X):

1. Sim	
2. Não	
3. Não se lembra	
4. Não lava a prótese	

7.1 Que materiais usa para higienizar a prótese? (assinale com um X):

1. Escova	
2. Só água	
3. Pasta de dentes	
4. Sabão/Detergente	
5. Pastilhas	
6. Outro	
7. Não sabe/não responde	

7.1.1 Se utiliza escova, qual a dureza da escova utilizada para escovar a prótese? (assinale com um X):

1. Dura	
2. Intermédia	
3. Macia	

7.2 Antes de ir dormir (assinale com um X):

1. Dorme com prótese dentária na boca	
2. Guarda-a num copo com água	
3. Guarda-a num copo com líquido de limpeza	
4. Guarda-a num ambiente seco	

8. Tem um cuidador formal ou informal que o ajuda na sua higiene oral ou faz a higiene oral de forma autónoma? (assinale com um X):

1. Sim	
2. Não	

9. Já recebeu instrução médica acerca da higiene da prótese? (assinale com um X):

1. Sim	
2. Não	

10. Já recebeu instrução médica acerca da higiene oral? (assinale com um X):

1. Sim	
2. Não	

Anexo 5 – Registos Clínicos intra-orais para o estudo “A eficácia da motivação para a higiene oral na população geriátrica portadora de prótese parcial removível – estudo piloto”



REGISTOS CLÍNICOS DO EXAME INTRA-ORAL

No âmbito da tese de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário Egas Moniz, sob orientação da Prof. Doutora Ana Cristina Manso, e co-orientação da Mestre Inês Caetano André dos Santos, com o título “A eficácia da motivação para a higiene oral na população geriátrica portadora de prótese parcial removível – estudo piloto”.

Registos clínicos:

1. Condições de Higiene Oral: Quantificação de Placa Bacteriana
2. Prótese Dentária:
 - 2.1 Presença de coloração na prótese dentária
 - 2.2 Presença de desgaste na prótese dentária
 - 2.3 Presença de placa bacteriana na prótese dentária
 - 2.4 Presença de fraturas na prótese dentária
3. Outras condições:
 - 3.1 Lesões na mucosa oral

Nota: Todos os critérios avaliação e codificação estão de acordo com o protocolo da Organização Mundial de Saúde (OMS), 2013.

Código do participante (ID):

Código entrevistador / examinador:

Exame original (1) ou 1º follow-up (2):

Data da consulta: ____/____/____

Consulta em que foi realizada o exame:

Data 1º follow-up: ____/____/____



1. Condições de Higiene Oral: Quantificação de Placa Bacteriana (Índice de Higiene Oral Simplificado – OHI-S)

	Molar Direito		Dente Anterior		Molar Esquerdo		Total	
	vestibular	lingual	vestibular	lingual	vestibular	lingual	vestibular	lingual
Superior								
Inferior								

Codificação:

Classificação do Índice de Placa:

- 0 - Sem placa presente.
- 1 - Placa a cobrir até um terço da superfície dentária exposta ou presença de manchas extrínsecas sem outros detritos, independentemente da área coberta.
- 2 - Placa a cobrir mais de um terço da superfície dentária, mas não mais do que dois terços da superfície dentária exposta.
- 3 - Placa a cobrir mais de dois terços da superfície dentária exposta.

Classificação do Índice de Cálculo Dentário

- 0 - Sem cálculo presente.
- 1 - Cálculo supragengival a cobrir até um terço da superfície dentária exposta.
- 2 - Cálculo supragengival a cobrir mais de um terço, mas não mais do que dois terços da superfície dentária exposta ou presença de cálculo subgengival individualizado na porção cervical dente ou ambos.
- 3 - Cálculo supragengival em mais de dois terços da superfície dentária exposta ou presença de cálculo subgengival contínuo na porção cervical do dente ou ambos.

Cálculo do Índice de Higiene Oral Simplificado

Cada uma das faces avaliadas do dente recebe uma pontuação de 0 a 3, referente a cada um dos índices.

Índice de Placa = (pontuação faces vestibulares) + (pontuação faces linguais) / (Número total de faces examinadas) =

Índice de Cálculo = (pontuação faces vestibulares) + (pontuação faces linguais) / (Número total de faces examinadas) =

Índice de Higiene Oral = Índice de Placa + Índice de Cálculo =

Higiene da Prótese Dentária

Codificação:

- 0=Boa
- 1=Má

2. Prótese Dentária

2.1 Presença de coloração na Prótese Dentária

Superior

Inferior

Codificação:

- 1= Com presença de coloração
- 2= Sem presença de coloração
- 9= Não registado

2.2 Presença de desgaste na Prótese Dentária

Superior

Inferior

Codificação:

- 1= Com presença de desgaste
- 2= Sem presença de desgaste
- 9= Não registado

2.3 Presença de placa bacteriana na Prótese Dentária

Superior

Inferior

Codificação:

- 1= Com presença de placa bacteriana
- 2= Sem presença de placa bacteriana
- 9= Não registado

2.4 Presença de fraturas na Prótese Dentária

Superior ☐

Inferior ☐

Codificação:

1= Com presença de fraturas

2= Sem presença de fraturas

9= Não registado

3. Outras condições (definidas pela OMS)

3.1 Lesões na mucosa oral

Condição: ☐

Codificação:

0 = Sem lesões

1 = Tumor maligno (cancro oral)

2 = Leucoplasia

3 = Líquen plano

4 = Úlcera (aftosa, herpética, traumática)

5 = Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda (SUNA)

6 = Candidíase

7 = Abscesso

8 = Outra condição (especificar)

9 = Não registado

Localização: ☐

Codificação:

0 = Linha cutâneo-mucosa

1 = Comissuras

2 = Lábios

3 = Sulcos

4 = Mucosa Vestibular

5 = Pavimento da boca

6 = Língua

7 = Palato duro e/ou mole

8 = Cristas alveolares/ Gengiva

9 = Não registado

Anexo 6 – Materiais utilizados para a instrução e motivação da higiene oral no presente estudo



A – Revelador de placa



B – Macromodelo



C – Colutório



D – Escovas de dentes e prótese



E – Fio dentário



F – Escovilhões



G – Raspador de língua



H – Pastilhas de limpeza



I – Fixador prótese

Anexo 7 – Panfleto informativo utilizado no estudo “A eficácia da motivação para a higiene oral na população geriátrica portadora de prótese parcial removível – estudo piloto”

A PERIODONTITE

GINGIVITE
Inflamação superficial da gengiva, facilmente tratada, com recuperação total dos tecidos.

VS

PERIODONTITE
Destruição mais profunda, com reabsorção do osso. Se não tratada, podem levar à perda do dente.

CAUSA MAIS FREQUENTE
BACTÉRIAS!!
Quando as bactérias crescem além das quantidades biológicas, produzem as doenças periodontais.

TRATAMENTO E CURA
Apesar de não se conseguir recuperar na totalidade os tecidos perdidos por periodontite, é muito importante não faltar as consultas regulares de manutenção de forma a não deixar que a doença progrida





E LEMBRE-SE:

- Escove os dentes pelo menos duas vezes ao dia e não se esqueça do fio dentário
- Visite o médico dentista pelo menos de 6 em 6 meses para consulta de rotina
- Evite alimentos muito açucarados
- Troque a escova de 3 em 3 meses
- No caso de ter prótese, opte por uma escova mais dura para escovar a própria placa e uma macia para os dentes



Qualquer dúvida, contacte a Clínica Universitária Egas Moniz
21 272 0830



HIGIENE ORAL

HIGIENE ORAL



Coloque a escova a 45 graus em relação à gengiva, fazendo movimentos circulares

Escove delicadamente a parte de dentro, de fora, em cima e em baixo de cada um dos dentes para ter a certeza que não falha nenhuma parte de nenhum dente



Com cuidado, escove a língua para remover as bactérias

Use sempre fio dentário, aproximadamente 40 cm. Siga, com cuidado, as linhas dos dentes e introduza o fio dentário na margem da gengiva sem forçar pois pode magoar



A PRÓTESE DENTÁRIA

O QUE É?

Conhecida como "dentadura" ou "dentes postiços", tem como função promover a reabilitação oral do paciente, compensando dentes em falta e procurando repor a estética, fonética e funcionalidade perdidas.



Apesar de nada ser melhor que a conservação dos nossos próprios dentes, as próteses dentárias têm evoluído significativamente, conseguindo oferecer muito conforto.

HIGIENE E MANUTENÇÃO

Higienizar a prótese, pelo menos, 2 vezes por dia juntamente com a escovagem dos dentes e passagem do fio dentário reduz o risco de patologias. Usá-la a tempo inteiro aumenta o risco. Como fazer?



Retire a prótese da boca. Encha o lavatório com água ou coloque uma toalha para, em caso de queda da prótese, esta não se parta.



Utilizando escovas apropriadas, escove tanto a prótese, como a língua, dentes e mucosas adjacentes.



Pastilhas efervescentes como complemento da higienização da prótese. Um copo com água é o ideal para a prótese durante a noite.