



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**IMPACTO DA FORMAÇÃO DOS CUIDADORES PARA A
HIGIENE ORAL NO ESTADO DE SAÚDE ORAL DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Trabalho submetido por
Alexandra Isabel Vicente Coelho
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

outubro de 2018



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**IMPACTO DA FORMAÇÃO DOS CUIDADORES PARA A
HIGIENE ORAL NO ESTADO DE SAÚDE ORAL DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Trabalho submetido por
Alexandra Isabel Vicente Coelho
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Maria Alzira Cavacas

outubro de 2018

*Quanto faças, supremamente faze.
Mais vale, se a memória é quanto temos,
Lembrar muito que pouco.
E se o muito no pouco te é possível,
Mais ampla liberdade de lembrança
Te tornará teu dono.*

Ricardo Reis, in "Odes"

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Alzira Cavacas pela orientação, disponibilidade desmedida e paciência. O amor que tem pelo ensino transparece e cativa qualquer aluno, uma Professora como poucas, o meu enorme agradecimento.

Ao Professor Doutor Luís Proença, pelo seu espírito crítico e tranquilidade na transmissão de conhecimentos. Sempre muito animador. Muito obrigada.

Ao departamento de Geriatria da Instituição e em especial ao Mestre Gonçalo Pereira, obrigada. Um conhecimento incansável alicerçado a uma vontade de fazer mais e melhor.

À Residência Sénior Egas Moniz, à Dr. Sandra e equipa. Aos meus queridos idosos. Um especial agradecimento à Enfermeira Ana pela sua pronta ajuda. Senti-me em casa.

Aos meus pais, Ana Maria e Vitalino, por acreditarem em mim como ninguém, pela educação exemplar e contínua, por me guiarem. Por colocarem os interesses dos filhos antes dos deles. Ao incentivo, dedicação e amor, a minha profunda gratidão.

Ao meu irmão Pedro, o melhor que poderia ter, parabéns também a ele, pelo seu esforço e trabalho. Deixamos os pais muito orgulhosos. Obrigada por tudo.

À minha família, obrigada. Em especial ao tio Nuno pelo seu conhecimento e ajuda prestada neste trabalho. Sem ele não teria sido possível.

Ao Tiago, por todo o carinho. Obrigada pelo teu respeito, pela tua compreensão. Obrigada por tornares uma lágrima, num sorriso! Pelos gestos que não precisam de ser explicados.

À minha Carolina, a melhor colega e amiga que poderia ter ganho, pela sua amizade verdadeira, pelas horas infinitas de estudo, as verdadeiras batalhas foram travadas com ela. O seu sucesso será a minha felicidade.

À Mariana, ao João e à Patrícia obrigada pelo companheirismo e ajuda neste percurso.

A todos os amigos maravilhosos que fiz, Ana Rita, Inês e Mónica em especial. Aos colegas e docentes da Instituição, que a cada dia deixaram um pouco de si em mim e ajudaram a construir o hoje, um obrigada a vós. Foi muito mais que um curso.

RESUMO

Introdução: Os idosos institucionalizados têm dificuldade em manter um nível de higiene oral aceitável e dependem, muitas vezes, dos cuidadores para realização da higiene oral diária. Os cuidadores, detêm um papel vital na prevenção das doenças orais. Isto pode representar um encargo adicional para o *staff* e vários estudos concluem que os cuidadores nem sempre estão conscientes da importância da saúde oral.

Objetivos: Caracterizar o nível de saúde oral de idosos da Residência Sênior Egas Moniz em Sesimbra, sujeitos aos cuidados gerais e orais por parte dos cuidadores. Providenciar um programa de formação para a saúde oral aos cuidadores da residência e avaliar após 1 mês da formação se existem alterações na saúde oral dos residentes.

Materiais e Métodos: O estudo compreendeu uma amostra de 43 idosos institucionalizados e dependentes. Foi respondido um inquérito para aferir a higiene oral dos idosos antes e depois da formação dos cuidadores da instituição. A formação englobou a sensibilização para a higiene oral, prevenção de doenças orais e protocolos de higiene oral. Foram entregues materiais para a higiene oral dos idosos.

Resultados: A maioria dos indivíduos em estudo têm idades compreendidas entre os 80-89 (72,1%). Dos participantes no estudo, 21 (48,8%) utilizam prótese. Após 1 mês encontraram-se melhorias significativas no IG ($p=0,003$) e no grau de inflamação da mucosa ($p=0,043$). Em contrapartida, não se encontraram melhorias estatisticamente significativas no IP ($p=0,053$) e na higiene das próteses, tanto na arcada superior ($p=1,000$) como na inferior ($p=0,059$).

Conclusão: Os resultados, em parte, reforçam a eficácia da formação e a importância dos métodos ensinados. No entanto, é de ressaltar que formações contínuas e com apoio de especialistas seriam benéficas para a saúde oral dos idosos e conseqüentemente para uma melhoria da qualidade de vida.

Palavra-chave: Idoso; Instituição de idosos; Saúde oral e Qualidade de vida; Cuidadores

ABSTRACT

Introduction: Elderly living in institutions have difficulty maintaining good oral hygiene and often depend on their caregivers for this. Caregivers play a pivotal role in the prevention of oral conditions; however oral health is often neglected. Studies have shown that caregivers are not always aware of the importance of oral health.

Objectives: Characterize the level of oral health of the elderly residents at Egas Moniz Senior Residence in Sesimbra, whose oral and general care is given by caregivers. Also provide a training program focused on elderly oral health directed to the residence caregivers to help them understand the importance of oral health and how to improve the resident's oral hygiene and quality of life.

Materials and Methods: The study comprised a sample of 43 institutionalized and dependent elderly. A survey was conducted to measure their level of oral hygiene, before and after the residence caregivers received training in oral health. The training consisted of raising awareness for oral hygiene, oral disease prevention and oral hygiene protocols.

Results: Most of the individuals under the study were between 80 and 89 years of age (72.1%). Of the study participants, 21 (48.8%) used a prosthesis. After 1 month, significant improvements were observed in the GI ($p = 0.003$) and in mucosal inflammation ($p = 0.043$). No statistically significant improvements were found in the PI ($p = 0.053$) nor in the hygiene of the prosthesis from both the upper ($p = 1,000$) and lower ($p = 0.059$) jaw.

Conclusion: The results, in part, reinforce the effectiveness of the caregivers training and the importance of the methods taught. However, it is important to note that continuous and expert-supported training would be beneficial for the oral health of the elderly and consequently for an improvement in their quality of life.

Key words: Elderly; Nursing Home; Oral-Health Related Quality of Life; Caregivers

Índice Geral

<i>Índice Geral</i>	3
I. INTRODUÇÃO	11
1. Saúde e o Seu Enquadramento na Geriatria	11
2. Saúde Oral no Idoso	12
3. Idoso Autónomo / Idoso Não Autónomo	14
4. Idoso Institucionalizado / Não Institucionalizado	15
5. Papel do Cuidador na Saúde e Higiene Oral do Idoso	16
6. Manifestações Oraís Mais Comuns em Doentes Geriátricos	19
6.1 Doença Periodontal.....	19
6.2 Cárie Dentária.....	19
6.3 Xerostomia	20
6.4 Lesões Na Mucosa Oral.....	21
6.5 Cancro Oral	22
7. Reabilitação Oral no Idoso	24
8. Higiene Oral no Idoso Institucionalizado	26
8.1 Métodos de Higiene da Cavidade Oral.....	27
8.2 Métodos de Higiene das Próteses	30
9. Objetivos de estudo	32
9.1 Objetivo Geral	32
9.2 Objetivo Específico	32
10. Hipóteses de Estudo	32
II. MATERIAIS E MÉTODOS	33
1. Considerações Éticas	33
2. Tipo de Estudo	33
3. Local de Estudo	33
4. Caracterização Demográfica da População em Estudo	33

5. Seleção e Caracterização da Amostra.....	34
6. Critérios.....	35
6.1 Critérios de Inclusão.....	35
6.2 Critérios de Exclusão.....	36
7. Calibragem.....	36
8. Metodologia.....	37
8.1 Primeira Fase.....	37
8.2 Segunda fase.....	37
8.3 Terceira Fase.....	38
9. Material Utilizado.....	38
10. Conteúdo Programático Da Formação.....	39
10.1 Módulo I.....	39
10.2 Módulo II.....	40
11. Questionário Utilizado.....	41
12. Protocolo de Higiene Oral.....	43
13. Variáveis.....	44
13.1 Variáveis Dependentes.....	44
13.2 Variáveis Independentes.....	44
14. Análise Estatística.....	44
<i>III. RESULTADOS.....</i>	<i>47</i>
1. Análise Descritiva dos Doentes Institucionalizados.....	47
1.1 Análise Descritiva das Variáveis Sociodemográficas.....	47
1.2 Análise Descritiva das Condições Subjetivas da Cavidade Oral.....	48
1.3 Análise Descritiva do Tipo de Desdentado e quanto à utilização de Próteses Dentárias.....	49
1.4 Análise Descritiva do Tipo de Reabilitação Oral para a Arcada Superior.....	50
1.5 Análise Descritiva do Tipo de Reabilitação Oral para a Arcada Inferior.....	53
2. Caracterização e Análise Estatística das Variáveis Dependentes.....	54
2.1 Caracterização e Análise Estatística do IP e do IG.....	55

2.2 Caracterização e Análise Estatística da Mucosa Quanto ao Grau de Inflamação	56
2.3 Caracterização e Análise Estatística do Nível de Higiene da Prótese na Arcada Superior e na Arcada Inferior	58
IV. DISCUSSÃO.....	63
V. CONCLUSÃO.....	75
VI. BIBLIOGRAFIA.....	77

Índice de Tabelas

Tabela 1 Índice de dependência em idoso, segundo os Censos de 1960 a 2011 (Adaptado de “PORDATA”, 2018a).....	15
Tabela 2 População residente: total e por grupo etário (Adaptado de “PORDATA”, 2018b).....	34
Tabela 3 Distribuição de frequência da amostra por faixa etária	47
Tabela 4 Distribuição de frequência da amostra por gênero	48
Tabela 5 Distribuição de frequência da amostra por tempo de estadia na residência – variável em anos	48
Tabela 6 Distribuição de frequência da amostra por higiene oral	48
Tabela 7 Distribuição de frequência da amostra por edêntulismo.....	49
Tabela 8 Distribuição de frequência da amostra por uso de prótese dentária	49
Tabela 9 Distribuição de frequência da amostra para utilizadores de prótese (a) por arcada	50
Tabela 10 Distribuição de frequência da amostra por tipo de prótese na arcada superior	50
Tabela 11 Distribuição de frequência da amostra por tipo de prótese face ao edêntulismo, na arcada superior.....	51
Tabela 12 Distribuição de frequência da amostra por tipo de material da prótese, na arcada superior	51
Tabela 13 Distribuição de frequência da amostra por tipo de prótese na arcada inferior	53
Tabela 14 Distribuição de frequência da amostra por tipo de prótese face ao edêntulismo, na arcada inferior	53
Tabela 15 Distribuição de frequência da amostra por tipo de material da prótese, na arcada inferior	54
Tabela 16 Médias de índice de placa a t=0 e t=30. *Teste t-student.....	55
Tabela 17 Médias de índice gengival a t=0 e t=30. *Teste t-student	56
Tabela 18 Escala utilizada para avaliar grau de inflamação (adaptado de Portella et al., 2013 & Iasaksson et al., 2000)	57
Tabela 19 Nível de inflamação da mucosa, expressa em valores médios de percentagem de inflamação para t=0 e t =30	57

Tabela 20 Medianas do nível de inflamação da mucosa a t = 0 e t =30 *Teste de Wilcoxon	58
Tabela 21 Escala utilizada para avaliar o nível de higiene da prótese quanto à percentagem de placa bacteriana (adaptado de Frenkel et al. 2001; Portella et al., 2015)	59
Tabela 22 Nível de higiene da prótese, expressa em valores médios de percentagem de recobrimento por placa bacteriana na arcada superior para t=0 e t =30	59
Tabela 23 Nível de higiene da prótese, expressa em valores médios de percentagem de recobrimento por placa bacteriana na arcada inferior para t=0 e t =30	59
Tabela 24 Medianas do nível de higiene da prótese quanto à percentagem de placa bacteriana na arcada superior a t=0 e t =30 *Teste de Wilcoxon.....	60
Tabela 25 Medianas do nível de higiene da prótese quanto à percentagem de placa bacteriana na arcada inferior a t=0 e t =30 *Teste de Wilcoxon.....	61

Índice de Figuras

Figura 1 Auxiliar de aprendizagem para técnicas de escovagem (adaptado de Day, 1998)	28
Figura 2 Suportes de fio dentário (adaptado de Montenegro & al.,2013).....	28
Figura 3 Raspadores de língua (adaptado de Montenegro & al.,2013).....	29
Figura 4 Abre bocas feito com espátula de madeira e gaze (adaptado de Montenegro & al.,2013).....	29
Figura 5 Fluxo de participantes	35
Figura 6 Exames clínicos aos residentes, material utilizado	39
Figura 7 Formação aos cuidadores da Residência Sênior Egas Moniz, posto de formação	39
Figura 8 Fluxograma de reabilitação oral na arcada superior	52
Figura 9 Fluxograma de reabilitação na arcada inferior.....	54

Lista de Siglas

FDI - *World Dental Federation* (Federação Dentária Internacional)

IG - Índice Gengival

INE – Instituto Nacional de Estatística

IP - Índice de Placa

OCDE - Organização de Cooperação de Desenvolvimento Económico

OMD - Ordem dos Médicos Dentistas

OMS - Organização Mundial de Saúde

WHO - *World Health Organization*

SNS - Sistema Nacional de Saúde

I. INTRODUÇÃO

1. Saúde e o Seu Enquadramento na Geriatria

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (World Health Organization, 2014).

A humanidade está a viver uma época de desafios imponderáveis para a saúde, de certa maneira devido ao facto das alterações climáticas, doenças infecciosas emergentes e resistência antibiótica a fármacos, com uma tendência pertinente para um rápido envelhecimento da população (Organização Mundial da Saúde, 2015).

A população global com 60 anos ou mais totalizou 962 milhões em 2017, mais do dobro relativo ao ano de 1980, quando existiam 382 milhões de idosos em todo o mundo. Espera-se que o número de idosos duplique até 2050, chegando a quase 2,1 biliões. Valores ditam ainda que, para 2030, o número de idosos superará o de crianças menores de 10 anos de idade, com um valor de 1,41 biliões e 1,35 biliões, respetivamente (United Nations & Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2017).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, para Portugal, a esperança de vida à nascença aumentou 1,19 anos nos homens e 1,04 nas mulheres, com uma estimativa de 77,36 e 83,23 anos, respetivamente. Esta longevidade na população é uma consequência do desenvolvimento da medicina na segunda metade do século XX e de medidas de saúde públicas tomadas desde então (Gil-Montoya, de Mello, Barrios, Gonzalez-Moles, & Bravo, 2015; INE, 2016).

A OMS salienta que, ainda que se associe frequentemente este aumento da longevidade a um período prolongado de boa saúde, as evidências de que os idosos apresentam melhores condições de saúde do que os seus progenitores com a mesma idade são praticamente nulas ou inexistentes (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Com a idade, o risco de perda de anos de vida saudáveis agrava-se pela baixa resistência individual, estado nutricional deficitário, doenças crónicas e condições socioeconómicas adversas (WHO, 2002)

Apesar da maioria das pessoas esperar viver mais anos, o risco de desenvolver pelo menos uma doença crónica aumenta com a idade. Isto reflete o efeito cumulativo de uma longa vida exposta a fatores de risco, não estando relacionado com a idade cronológica. Há um conjunto de fatores comuns de risco a muitas doenças crónicas e lesões, e à maioria das doenças orais, como uma dieta pouco saudável, tabaco, consumo excessivo de álcool, o sedentarismo, incorretos hábitos de higiene e *stress* (WHO, 2002).

O alcance da sociedade a serviços de saúde varia entre países, regiões e mesmo entre instituições. Essa disparidade é principalmente atribuída às diferenças nas condições socioeconómicas e políticas existentes. Segundo a literatura este desequilíbrio não é animador e a maioria dos questionários epidemiológicos neste âmbito concentra-se na faixa etária de 65 a 74 anos. Em idades superiores poucos são os estudos concretizados, ainda assim existe uma consciencialização de que estes níveis são os que requerem mais preocupação. Afirma-se também haver uma associação entre infeções orais, especialmente doença periodontal, e doenças sistémicas (Gil-Montoya et al., 2015).

2. Saúde Oral no Idoso

De uma maneira global, a saúde oral é um conceito descrito na literatura como ausência de dor crónica facial e na cavidade oral, assim como lesões orais, defeitos congénitos, doença periodontal, cancro oral e orofaríngeo, edêntulismo, carie dentária, e outras doenças ou distúrbios orais que possam limitar a capacidade de o indivíduo morder, mastigar, sorrir e de bem-estar psicossocial ("World Health Organization",2018).

Nos pacientes idosos, esta tem sido ilustrada particularmente, por altos níveis de perda dentária, cáries, doença periodontal, xerostomia, cancro oral e associado a limitações mastigatórias. Para além da redução da capacidade mastigatória existem outros impactos negativos na vida diária, tais como a limitação na escolha de alimentos, perda de peso e dificuldade em comunicar. Esses problemas acarretam encargos financeiros para a sociedade e para o indivíduo, isto retrata-se na autoconfiança e qualidade de vida. Estudos desenvolvidos demonstram que há relação entre saúde oral precária e

desnutrição, que em consequência podem levar ao aparecimento de outras doenças não transmissíveis (Petersen & Yamamoto, 2005; Wårdh, Jonsson & Wikström, 2012).

De acordo com a Federação Dentária Internacional (FDI), a saúde oral é um direito humano fundamental e funciona em simbiose com a saúde em geral tomando um papel preeminente para a estabilidade da mesma (Reflex &, 2012).

O conhecimento das alterações sistémicas do idoso terá grande implicação na abordagem de um “adulto maior”. O médico dentista não deve ser exceção e tem que se adaptar a estas alterações não só ao nível da cavidade oral, mas também quando estas se associam a incapacidades motoras, a uma saúde mental decrescida e a comportamentos sociais diversos. Deve intervir de modo a proporcionar-lhe um envelhecimento ativo e saudável (Gil-Montoya et al., 2015).

O envelhecimento acarreta alterações músculo-esqueléticas e vasculares, alterações degenerativas e alterações do sistema nervoso que podem ser associados à toma de fármacos que, por consequência, fomentam patologias orais. Diretamente relacionado com estas alterações está ainda a falta de destreza na mão, que diminui a sua funcionalidade e força a partir dos 65 anos de idade, comprometendo a higiene oral do idoso (Portella et al., 2015).

Os tratamentos e medicação consequentes de muitas das doenças crónicas que afetam esta população exigem um cuidado personalizado, de modo a prevenir e diminuir os efeitos sobre a cavidade oral (Bilder, Yavnai, & Zini, 2014).

No contexto nacional, face à precaridade do sistema nacional de saúde e às políticas orçamentais do Ministério da Saúde, assim como o honorário das consultas privadas na medicina dentária e tendo por base dados de 2011 da Organização de Cooperação de Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal está incluído nos países com taxas mais alta de necessidades não satisfatórias de cuidados dentários. Os portugueses recorrem ao consultório médico em situações de urgência, em parte, por motivos de ordem financeira (ERS, 2014).

Segundo OMD (“Ordem dos Médicos Dentistas”, 2018a), a prestação de cuidados de saúde orais, em Portugal, prévia à graduação dos primeiros médicos dentistas, era

garantida por médicos detentores, ou não, da especialidade de estomatologia, profissionais sem competências académicas, alguns legislados como odontologistas e, uma maioria exercendo a prática clandestinamente. Em finais dos anos 70 formam-se os primeiros licenciados em medicina dentária em Portugal.

Trata-se assim, de uma atividade profissional muito recente cujo início abrange a geração de idosos dos dias de hoje, legitimando as ideias rudimentares, medos e crenças associadas ao tratamento dentário (ERS, 2014; Shedlin, Birdsall, & Northridge, 2018).

De modo a atenuar estes pensamentos e contrariar este paradigma, foram criados programas de promoção de saúde nas gerações mais jovens. O Programa Nacional de Saúde Oral (PNPSO) tem como principais objetivos baixar a incidência e prevalência das doenças orais nas crianças/ jovens, otimizar os conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral, promover a equidade nos cuidados de saúde oral a grupos da mesma faixa etária com necessidades de saúde especiais (ERS, 2014).

No entanto, a prevenção primária no idoso é indispensável e, ao abrigo do Programa Nacional de Saúde Oral, os utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS) podem beneficiar do Complemento Solidário para idosos, caso preencham os requisitos para obtenção do mesmo. Esta iniciativa do ministério da saúde tem como objetivo facultar um conjunto de cuidados de medicina dentária, nas áreas de diagnóstico, prevenção e tratamento, assim como fazer um *check-up* à saúde oral do indivíduo ao albergue deste cheque-dentista (Direção Geral da Saúde, 2005; "Segurança-social", 2018; "Direção Geral de Saúde", 2018a).

3. Idoso Autónomo / Idoso Não Autónomo

A saúde oral deve ser, quando possível, desenvolvida autonomamente pelo idoso, para exercitar a atividade e coordenação motora. Em casos de dependência, o “adulto maior” poderá ter ajuda para a execução da escovagem dentária e da limpeza interdentária, por parte de familiares, enfermeiros ou cuidadores (Bilder et al., 2014; Petersen & Yamamoto, 2005)

Portella et al., 2015, concluíram no seu estudo que a educação para a saúde oral a cuidadores tem um impacto positivo na higiene oral da comunidade idosa independente e funcional. Refere ainda que a perda da capacidade funcional e da autonomia pode criar uma barreira para a execução, não só do autocuidado da higiene oral, como também limitar os profissionais a desempenhá-la. Portanto, enfatiza a importância de se investigar a influência da sarcopénia - caracterizada pelo declínio da massa muscular, força muscular e qualidade muscular – e a sua relação com autocuidado da higiene oral.

Reportando aos gráficos abaixo mencionados e de acordo com os últimos censos disponíveis - Censos 2011 - estes indicam que o índice de dependência de idosos apresenta um rácio progressivo desde 1960 que se cifrava na ordem dos 12,7 % atingindo atualmente um valor de 28,8% (tabela 1) (PORDATA, 2018a).

A futura geração idosa está mais habituada aos cuidados regulares de saúde oral e provavelmente verão a ajuda com a higiene oral como uma parte natural e vital dos cuidados básicos prestados pelos cuidadores, e exigirão assistência no seu quotidiano quando perderem a autonomia (Andersson & Nordenram, 2004).

Tabela 1 Índice de dependência em idoso, segundo os Censos de 1960 a 2011 (Adaptado de “PORDATA”, 2018a)

<i>Anos</i>	<i>Índice de dependência idosos (Rácio %)</i>
1960	12,7
1970	15,6
1981	18,2
1991	20,5
2001	24,2
2011	28,8

4. Idoso Institucionalizado / Não Institucionalizado

Comparações entre a saúde oral dos idosos institucionalizados e dos idosos que vivem nas suas casas evidenciaram níveis de doença oral bastante mais elevados no primeiro grupo (Simons, Kidd, & Beighton, 1999; Steele, Sheiham, Marcenes, 1998).

Ao ficarem institucionalizados, os idosos tendem a perder a independência e autonomia, tornando-se pessoas frágeis, funcionalmente dependentes e com significativas disparidades orais. Esta negligência dentária pode ser justificada pelo longo período que os pacientes permanecem na instituição e, por consequência, não terem acesso aos profissionais de saúde oral (Petersen & Yamamoto, 2005).

Existem muitas barreiras para um cuidado de saúde oral apropriado nos idosos residentes em instituições. Neste leque, consideramos a mobilidade restrita por parte do idoso, falta de cooperação no exame e higiene oral, baixos níveis da percepção das necessidades por parte do *staff* e residentes e a falta de conhecimento dos cuidadores (Simons, Baker, Jones, Kidd, & Beighton, 2000).

5. Papel do Cuidador na Saúde e Higiene Oral do Idoso

Os idosos que vivem em instituições experienciam frequentemente dificuldades em manter um nível de higiene oral aceitável e dependem dos cuidadores para a realização das tarefas de higiene oral diárias, detendo estes um papel vital na prevenção da doença orais (Simons et al., 1999).

Os cuidados de higiene oral devem ser sistematizados e entrosados na rotina do “adulto maior” e devem ainda ser orientados conforme as condições funcionais e cognitivas do mesmo (Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira & Ferreira, 2009).

Patologias como osteoartrite e artrite reumatoide são incapacitantes para a prática da higiene dentária e oral e, muitas vezes, impedem os idosos de se deslocarem a consultórios médico-dentários para receberem tratamentos (Kelsey & Lamster, 2008).

Isto pode representar um encargo adicional para o *staff* e são vários os estudos que concluem que os cuidadores não estão conscientes da importância da saúde oral ou não sabem como consegui-la, sendo raro que os residentes recebam tratamentos para além das situações de urgência que visam o alívio da dor aguda e desconforto (Merelie & Heyman, 1992).

O cuidador contratado para auxiliar o idoso nas suas atividades básicas e instrumentais do dia-a-dia, desenvolve sentimentos de angústia, insegurança e desânimo ao desempenhá-las, pois tratam-se de tarefas árduas e complexas. Obviamente, não ocorre com todos os funcionários, pois alguns tem gosto e satisfação quando conseguem bons resultados, independentemente dos esforços físicos e psíquicos que a profissão alberga. Estes sentimentos, por vezes, transportam-se para o idoso que contingentemente pode responder com comportamentos incompreensíveis e particularmente incomodativos para o cuidador. Assim, o cuidador para além de ter que saber lidar com as enfermidades tem que ter a habilidade de saber conviver com as subjetividades inerentes às relações humanas (Ribeiro et al., 2009).

Logo, para garantir que os idosos tenham acesso a cuidados adequados de higiene oral diariamente, os cuidadores necessitam de formação contínua e adequada para a saúde oral (Simons et al., 2000; Villarosa et al., 2018).

Para além destas diretrizes, devem ser implementadas outras medidas ao nível de meios complementares de higiene oral como o uso de escovas elétricas, escovas manuais com cabos adaptados e adaptadores próprios para o fio dentário (Gonsalves, Wrightson, & Henry, 2008).

Avaliações da educação para a higiene oral dos cuidadores de idosos institucionalizados, bem como questionários sobre as suas atitudes e perceções relativamente aos cuidados orais foram alvo de estudo no passado (Isaksson, Paulsson, Fridlund, & Nederfors, 2000; Nicol, Sweeney, McHugh & Bagg, 2005; Wårdh et al., 2012).

Contudo, parece haver uma lacuna entre o conhecimento adquirido e o comportamento subsequente, por parte dos cuidadores. Foi sugerido que esta discrepância entre o conhecimento adquirido sobre os cuidados orais e o comportamento adotado, decorria das diversas atitudes e perceções relativas aos cuidados orais. Muitas vezes, a educação e a motivação para a higiene oral também dificultavam a obtenção dos resultados desejados (Wårdh, Andersson, & Sörensen, 1997; Wårdh et al., 2012).

Um estudo inusitado demonstrou que apenas 20% dos diretores de residências de terceira idade na Finlândia considerou os cuidados dentários dos idosos mais importantes que os de cabeleireiro (Ekelund, 1989).

6. Manifestações Oraís Mais Comuns em Doentes Geriátricos

Segundo a OMD, “os problemas mais comuns que surgem com a idade são as cáries, principalmente as cáries radiculares, a doença periodontal, a perda de dentes, as alterações funcionais da cavidade oral, o desgaste dentário, o cancro oral, a xerostomia e a dor craniofacial. Outras alterações associadas à idade estão relacionadas ao aparecimento de mucosas sensíveis e finas, alteração da cor dos dentes e diminuição da percepção de certos sabores”. Estes são alguns dos principais problemas orais no idoso (Ordem dos Médicos Dentistas, 2018b).

6.1 Doença Periodontal

Dados epidemiológicos da doença periodontal - uma doença infecciosa crónica que afeta tecidos de suporte dentário, incluindo gengiva e osso alveolar - mostraram que as evidências mais frequentes nos idosos são a acumulação de placa bacteriana com consequente gengivite e perda óssea alveolar leve ou moderada (Gil-Montoya et al., 2015).

Vários estudos têm eleito a doença periodontal local como um fator de risco independente em algumas doenças sistémicas, tais como os diabetes ou doenças cardiovasculares - como a aterosclerose e infeções pulmonares. A literatura mostra ainda que a doença periodontal pode estar na origem de uma diminuída saúde oral e qualidade de vida (Gil-Montoya et al., 2015; Jansson et al., 2014; Kato, Abrahamsson, Wide & Hakeberg, 2018).

No entanto, um estudo desenvolvido por Kato et al., 2018, conclui que esta baixa qualidade de vida e saúde oral não tem uma associação significativa com a doença periodontal, mas sim com o número de dentes na cavidade oral.

6.2 Cárie Dentária

Em termos quantitativos, 60% a 90% das crianças em idade escolar e quase 100% dos adultos têm cáries dentárias no Mundo. Englobada nas patologias crónicas mais

prevalentes, esta doença desenvolve-se em qualquer altura da vida humana. As lesões por cárie podem manifestar-se nas coroas e/ou nas raízes dentárias. Fatores físicos, biológicos, ambientais e comportamentais estão na origem da doença (Selwitz, Ismail, & Pitts, 2007; "WHO", 2018).

Nos idosos a manutenção de dentes naturais em detrimento da extração dentária é uma das causas contribuintes para o aumento do número de raízes expostas e para a propensão ao aparecimento de carie de raiz. A exposição da raiz, seja por processos fisiológicos ou atrofia periodontal aumenta a incidência de cárie em zonas de cimento e dentina exposta. O aparecimento desta cárie no doente geriátrico, pode também estar relacionado com xerostomia, polimedicação, higiene oral reduzida e destreza física diminuída (Gil-Montoya et al., 2015; Imazato, Ikebe, Nokubi, Ebisu & Walls, 2006).

A carie é uma doença multifatorial e, para além dos fatores acima referidos, também os hábitos alimentares têm influência no desenvolvimento de cárie. Uma dieta cariogénica, a frequência de ingestão alimentar e tempo de permanência na cavidade oral são fatores que vão proporcionar condições para a ação bacteriana (Milgrom, 1998; Steele, Sheiham, Marcenes, Fay & Walls, 2001).

Têm sido realizados vários estudos sobre a relação de cárie dentária/ prótese parcial removível, muito utilizada pela população idosa. De facto, existe relação e maior prevalência da cárie, em especial de cárie radicular aquando do uso da prótese. Os dentes com mais propensão para manifestação deste problema são os dentes pilares de prótese (Drake & Beck, 1993; Wright, Hellyer, Bighton, Heath & Lynch, 1992).

6.3 Xerostomia

A xerostomia é a sensação subjetiva de boca seca, conseqüente ou não da diminuição/ interrupção da função das glândulas salivares, com modificações tanto na quantidade como na qualidade da saliva (Kandelman, Petersen, & Ueda, 2008).

Um fluxo salivar não estimulado reduzido e a xerostomia estão significativamente associados à idade e ao sexo feminino. Aproximadamente 30% da população com 65 anos ou mais possui esta condição (Petersen & Yamamoto, 2005).

O doente que sofre de xerostomia pode ficar afetado física, psicológica e socialmente. Este, manifesta desconforto pela xerostomia, mas também pela disestesia oral, pela perda de funcionalidade nomeadamente na fala e deglutição e pode ainda apresentar infeções orais e carie dentária (Cooke, Ahmedzai & Mayberry, 1996; Feio & Sapeta, 2005; Petersen & Yamamoto, 2005; Rydholm & Strang, 2002).

O envelhecimento populacional causa aumento da prevalência de múltiplos distúrbios crónicos, levando à polimedicação, prescrição irracional e abuso de medicação. Um estudo desenvolvido por Ruiz-Millo, Climente-Martí, & Navarro-Sanz, (2018) revela que as interações medicamentosas são altamente prevalentes em pacientes idosos com polimedicação admitidos num hospital de longa permanência. Enfatiza ainda a importância de se realizarem programas interdisciplinares de farmacoterapia para melhorar e adequar a prescrição medicamentosa de populações idosas de alto risco (Fialová & Desplenter, 2016; Ruiz-Millo et al., 2018).

A xerostomia induzida por fármacos é comum no idoso. A bibliografia refere que o “adulto maior” toma pelo menos um fármaco que provoca disfunção salivar. Antidepressivos tricíclicos, anti-psicóticos, betabloqueadores e anti-histamínicos, assim como anti-hipertensores são alguns dos exemplos de medicação que podem levar a esta condição. O tabagismo, radioterapia da cabeça e pescoço, Diabetes Mellitus, são outros dos fatores de risco para sensação de boca seca (Acevedo, Batista, Trentin, & Shibli, 2001; Nicol et al., 2005; Petersen & Yamamoto, 2005).

6.4 Lesões Na Mucosa Oral

A mucosa oral cumpre uma função protetora dos tecidos adjacentes e subjacentes, assim como a pele, no entanto apresenta maior vulnerabilidade para inflamação e trauma. Na população geriátrica podem surgir alterações na mucosa oral em consequência de situações de trauma contínuo, hábitos orais, inflação, patologias e disfunção das glândulas salivares. Próteses mal adaptadas ou uma higienização incorreta da mesma, estão na origem de algumas das lesões da cavidade oral, com as quais o médico dentista se depara durante a consulta. Higiene oral negligente, medicação, nível socioeconómico, radiação ultravioleta, consumo de álcool e tabaco são outras das condições locais desenvolvidas e

predisponentes aos aparecimento de lesões orais (Carli et al., 2013; Côrte-Real, Figueiral & Reis Campos, 2011).

A candidíase oral é umas das possíveis formas de aparecimento de lesões orais e descrita por alguns autores com uma das mais comuns na população idosa, incluindo o idoso institucionalizado. Trata-se de uma infeção oral micótica oportunista que se desenvolve na presença de uma das várias condições predisponentes possíveis. A apresentação clínica é variável e está dependente de uma condição aguda ou crónica (Regezi, Sciubba & Richard C.K, 2003).

A candidíase atrófica, também denominada de candidíase protética apresenta características eritematosas e aparece em zonas de contato direto com os bordos ou base da prótese dentária. Esta é uma das condições orais predominantes entre portadores de prótese oral e a mais descrita em idosos (Carli et al., 2013; Côrte-Real et al., 2011).

A queilite angular manifesta-se nas comissuras labiais. Este processo inflamatório uni/bilateral caracteriza-se por edema, eritema, descamação, erosão e fissuras, por vezes acompanhado de sangramento e ardor. Os fatores envolvidos na sua etiologia são - agentes infecciosos (*Streptococcus*, *Staphylococcus* e *Candida Albicans*); doenças dermatológicas; deficiência nutricional; imunodeficiência; hipersalivação e fatores mecânicos provocando a perda da dimensão vertical de oclusão, como ocorre no processo normal de envelhecimento, na ausência de dentes ou com o uso de próteses mal adaptadas (Carli et al., 2013).

6.5 Cancro Oral

O cancro oral é definido na Classificação Internacional de Doenças, pelo conjunto de tumores malignos que afetam qualquer localização da cavidade oral, dos lábios à garganta, incluindo as amígdalas e a faringe. O carcinoma da cabeça e pescoço é o sexto cancro mais comum em todo o mundo e corresponde a cerca de 2.8% de todos os cancros. As reduzidas taxas de sobrevivência são atribuíveis ao diagnóstico e tratamento tardio (American Cancer Society, 2017; Wee, 2015; "Ordem dos Médicos Dentistas", 2018c).

A incidência de cancro oral varia de 1-10 casos por 100.000 pessoas na maioria dos países. A prevalência de cancro da boca é relativamente maior em homens, idosos e

peessoas de baixa escolaridade e baixo salário. O tabaco e o álcool são os principais fatores causais. No entanto, o baixo consumo de fruta e vegetais, exposição a radiações e imunodeficiências podem também estar na origem da neoplasia (Kandelman et al., 2008; Scully Crispian & Bagan, 2009; "WHO", 2018).

O carcinoma de células escamosas, também denominado de carcinoma epidermoide, carcinoma escamocelular ou carcinoma espinocelular tem origem no epitélio de revestimento da cavidade oral e trata-se de uma neoplasia maligna. Surge com maior frequência na língua e pavimento oral. Esta lesão, num estadio inicial, apresenta-se sob a forma leucoplásica, com uma área bem definida de cor vermelha e esbranquiçada, de superfície rugosa, com sintomatologia não dolorosa, sendo que pode causar desconforto ligeiro (Bagan, Sarrion, & Jimenez, 2010; Brener, Jeunon, Barbosa, & Grandinetti, 2007).

Um estudo recente concluiu que para uma possível intervenção ser eficaz, na intenção de se melhorar os cuidados de saúde orais e, conseqüentemente, aumentar o número de rastreios para cancro oral, é necessário: preparar auxiliares de enfermagem certificados, recorrer à ajuda de estudantes de medicina dentária e voluntários; educar os membros da família sobre cuidados de saúde oral e rastreio de cancro oral, consciencializando a sociedade para esta doença (Maramaldi et al., 2018).

7. Reabilitação Oral no Idoso

Ao longo de muitos anos a perda dentária foi dada com uma consequência do envelhecimento fisiológico. Nos dias de hoje, a perda dentária pode ser um reflexo de uma evolução técnico-científica, da atitudes de muitos profissionais e da disponibilidade e acessibilidade dos pacientes a tratamentos dentários, com um resultado final de trauma ou mesmo patologias orais (Rocha, Nihi & Pizi, 2013).

Nos países europeus, aproximadamente metade da população adulta é reabilitado com algum tipo de prótese. Em contrapartida nos países mais pobres, a utilização de prótese é menos frequente. Apesar de se suportar uma necessidade elevada de tratamentos e das opções protéticas fixas serem as mais válidas e definitivas, estas são mais utilizadas por faixas etárias mais jovens, enquanto que as opções removíveis são o tipo de reabilitação dominante nos grupos etários mais velhos. Esta tendência na escolha de opção de tratamento mais provisórias, na maior parte das vezes está relacionado com questões financeiras (Zitzmann, Hagmann & Weiger, 2007).

Para rematar a ausência de dentes, o idoso pode ser reabilitado com próteses removíveis suportadas por dentes, por implantes ou mucosa, próteses fixas suportadas por dentes ou implantes (Ali, Baker, Shahrbaf, Martin & Vettore, 2018).

Perante uma decisão clínica, relativamente à reabilitação oral de um idoso, deve considerar-se a motivação do paciente, os recursos económicos que apresente e também a capacidade fisiológica - motora ou cognitiva – de receber tratamentos. Nem sempre existe a necessidade de realizar uma reabilitação protética e alguns dos aspetos a ter em consideração devem ser a dificuldade de mastigação, a insatisfação com a sua aparência estética, desconforto e instabilidade oclusal (Ali et al., 2018; Cano-Gutiérrez, Borda, Arciniegas & Borda, 2015).

No entanto, o número crescente de indivíduos que retêm os dentes em boca deve ser tido em consideração na medida em que muitos recusam a reabilitação com próteses. São muitas vezes pacientes com uma maior prevalência de dentes tratados e patologias dentárias. Assim, deve ter-se uma especial atenção a este grupo no que respeita à avaliação da sua condição e capacidade de receber um tratamento protético (Ali et al., 2018).

A cooperação do paciente e manutenção da higiene oral são os principais fatores que determinam um prognóstico aceitável dos dentes remanescentes após o tratamento protético. Assim sendo o tipo de reabilitação – fixa ou removível - é essencialmente determinada pela demanda do paciente. No entanto, uma reabilitação fixa suportada por dentes naturais ou mesmo implantes, provavelmente proporcionará um maior conforto ao paciente e condições oclusais estáveis a longo prazo, do que uma opção removível (Budtz-Jørgensen, 1996).

No caso de o paciente não ser capaz de manter um nível de higiene aceitável, uma opção menos definitiva será o mais indicado. Uma prótese removível parcial tem a possibilidade de ser transformada e estendida, aquando da perda de mais peças dentárias. Da mesma forma que uma prótese sobre implantes ou dentes, pode ser transformada numa prótese total convencional se a cooperação se mantiver fraca. Em pacientes com má higiene oral, a melhor solução em relação ao prognóstico dos dentes remanescentes é abster-se de qualquer tratamento protético (Budtz-Jørgensen, 1996).

As próteses removíveis podem afetar o estado dos dentes naturais. Estudos, têm demonstrado que um nível de placa bacteriana tende a ser mais elevada numa população portadora de próteses parciais. Este aumento da quantidade de placa bacteriana pode levar a alterações gengivais e periodontais especialmente quando associado a uma higiene oral negligente (Steele, Sheiham, Marcenes, 1998).

Um estudo realizado por Zenthöfer et al., (2017), em idosos institucionalizados, que tinha como objetivo perceber se existia uma associação entre demência e uma pobre higiene oral/ higiene da prótese e se poderia levar a um risco acrescido de doença periodontal. O autor concluiu que a demência no idoso aumentava o risco de sofrer de doença periodontal severa. No entanto, não encontrou relação entre a demência e o estado de higiene da cavidade oral ou prótese dentária.

Para além dos cuidados de higiene inerentes ao uso de prótese, com o tempo, os tecidos orais sofrem alterações que provocam desajustes das mesmas. Um paciente com reabilitação oral deve realizar consultas periódicas - 6 em 6 meses - para avaliar a saúde dos dentes e/ ou da mucosa (caso de reabilitação total). O médico dentista pode ainda solucionar eventuais desgastes dentários provocados pelas alterações ocorrentes nos

maxilares e posição dos dentes, que ocorrem ao longo da vida (Cano-Gutiérrez et al., 2015; Felton, 2016).

No caso de reabilitação total, alguns dos fatores de risco incluem distúrbios mastigatórios, reações alérgicas, dor localizada, ardor na cavidade oral, síndrome de insatisfação na utilização de prótese e redução do fluxo salivar. Relativamente às alterações da mucosa, como estomatite protética, queilite angular, hiperplasia dos tecidos moles e úlceras traumáticas, parte delas estão associadas à presença de fungos e podem ser facilmente tratadas. A reabsorção do rebordo, em áreas específicas, como consequência do edêntulismo é também observado em desdentados. A falta de cuidado e desadaptação das próteses podem estar na origem destes problemas (Ali et al., 2018).

8. Higiene Oral no Idoso Institucionalizado

Segundo Wårdh et al., (2012) o *staff* de uma casa de repouso deve receber formação em assistência médica oral teórica e prática uma vez por ano e esta formação deve ser facultado por especialistas. Para além dos conhecimentos acerca da higiene oral do paciente, devem também estar conscientes do modo de higiene e uso adequado das diferentes próteses dentárias, com o objetivo da manutenção da saúde oral do residente institucionalizado. Protocolos com medidas sistematizadas de higiene oral devem ser adaptados e implementados de modo a capacitar os cuidadores da importância da prevenção (Cornejo-Ovalle, Costa-de-Lima, Pérez, Borrell & Casals-Peidro, 2013; Portella et al., 2015; Wårdh et al., 2012).

As próteses dentárias são utilizadas para reabilitar espaços edêntulos, sendo os idosos uma grande parte da população detentora destes tipo de reabilitação oral. Estas podem ser fixas ou removíveis. As próteses removíveis podem ser parciais - próteses parciais removíveis - ou totais - próteses totais removíveis (Cornejo-Ovalle et al., 2013; Felton et al., 2011).

Um estudo na Suécia revelou que o índice de edêntulismo em idosos dependentes era de 32%, 8% dos quais possuía pontes implanto-suportadas osteointegradas. Este desenvolvimento é bastante positivo, mas constitui um desafio para os cuidadores quando os residentes necessitam de apoio com as suas atividades de higiene oral diárias. O

trabalho envolve não só a escovagem de próteses, mas também conhecimento para lidar com as mais sofisticadas e diferenciadas estruturas, como é o caso de implantes e coroas (Holmén, Strömberg, Hagman-Gustafsson, Wårdh & Gabre, 2012).

8.1 Métodos de Higiene da Cavidade Oral

A higiene oral tem como propósito primordial o controlo da placa bacteriana, principal responsável pelo aparecimento de carie dentária. A escovagem dentária, quando corretamente realizada, constitui o meio mecânico mais eficaz para o controlo bacteriano (Direção-Geral da Saúde, 2008).

Escovagens diárias parecem suficiente, para efeitos de controlo de placa, não existindo evidência científica relevante que permita concluir que um número superior de escovagens traga benefícios adicionais. Existem inúmeras técnicas, ainda assim o importante é que independentemente da técnica, esta seja meticulosamente executada (Limeback, 2013).

Um estudo comparativo realizado por Day, (1998) procurava saber a eficácia de uma escova de dentes elétrica em relação a uma escova manual convencional, numa higiene providenciada por cuidadores de uma instituição de idosos. Foram ensinadas a técnica de *Bass* modificada para a escova manual e para escova elétrica os cuidadores foram instruídos a inclinar as cerdas levemente para gengival, com uma pressão suave de dente a dente. Foi utilizada uma figura, dividindo a dentição em seis segmentos, para demonstrar estas técnicas (figura 1).

As instruções implementadas no estudo como protocolo para a higiene dentária, dos idosos e efetuada pelos cuidadores, incluía os seguintes passos (Day, 1998):

- O cuidador deve remover quaisquer próteses parciais antes de escovar;
- Deve escovar todos os dentes em cada sextante (1-6) com 10 segundos por vestibular e 10 segundos por lingual/ palatino;
- No caso de faltarem dentes num dos sextantes, prossiga para o seguinte mantendo o formato de 10 segundos por sextante.

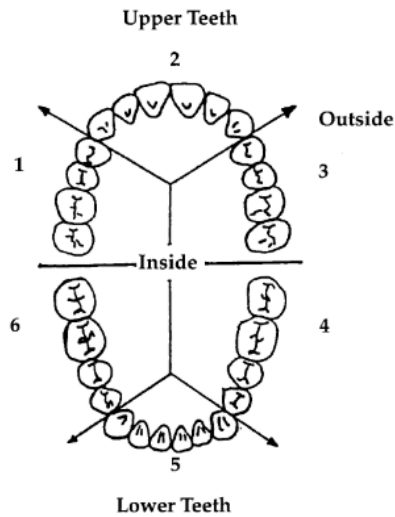


Figura 1 Auxiliar de aprendizagem para técnicas de escovagem (adaptado de Day, 1998)

É necessário existir um especial cuidado nas áreas interproximais pois estas são zonas de eleição para a acumulação da placa bacteriana e cuja remoção não é conseguida apenas pela escovagem. Assim, o fio dentário deve ser aplicado diariamente, aquando da escovagem. No caso de doentes com destreza manual diminuída, há a possibilidade de utilização de porta-fios que facilitam a manipulação correta do fio dentário (figura 2). Os escovilhões são uma opção a utilizar em casos de espaços interdentários largos, superfícies radiculares expostas ou furcas de dentes periodontalmente comprometidos. Para a remoção dos restos alimentares da língua é imprescindível a utilização de um raspador de língua (figura 3) (Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013 Choo, Delac, & Messer, 2001; Limeback, 2013; "Direção Geral de Saúde", 2018b).



Figura 2 Suportes de fio dentário (adaptado de Montenegro & al., 2013)



Figura 3 Raspadores de língua (adaptado de Montenegro & al.,2013)

Apesar da efetividade destes métodos, os mesmos são descurados pela maior parte da população que não inclui nem a higiene da língua nem a utilização do fio ou escovilhão dentário na sua rotina (Choo et al., 2001).

No caso de idosos não cooperantes ou que não consigam manter a boca aberta, deve utilizar-se uma espátula de madeira e gaze pois, para além de permitir uma boa abertura da cavidade oral, é também de fácil apreensão e controlo por parte do cuidador. Este mantedor de espaço/ abre bocas torna-se mais útil e eficaz do que o abre-bocas utilizado na consulta de medicina dentária (figura 4) (Montenegro B. & al., 2013).



Figura 4 Abre bocas feito com espátula de madeira e gaze (adaptado de Montenegro & al.,2013)

8.2 Métodos de Higiene das Próteses

Os métodos de higiene e desinfecção da prótese estão descritos como métodos mecânicos - escovagem e ultrassom - e métodos químicos - peróxidos alcalinos efervescentes, hipocloritos, desinfetantes, ácidos e enzimas - quando utilizados em conjunto tomam o nome de métodos combinados (Gonçalves et al., 2011; Guimaraes, Pereira, Bueno, & Guimaraes Blaya, 2014; Paranhos et al., 2013; Sesma & Morimoto, 2011).

O método mecânico é o mais adotado e mais recomendado pelos profissionais por razões de custo, eficácia na higienização, facilidade de uso e acesso. Este sistema consiste na escovagem da prótese com sabão neutro ou pasta dentífrica e escova. A associação destes dois elementos à escova é tomada com o intuito de diminuir a acumulação de placa bacteriana, uma vez que a água, por si só, favorece a acumulação de placa (Felton et al., 2011; Gonçalves et al., 2011; Paranhos et al., 2013; Pinto, Neves, Leão & Jorge, 2008).

O sabão é um agente eficiente contra microorganismos anaeróbios ou leveduras, e beneficia pelo facto de não ser abrasivo, embora mostre piores resultados do que a escovagem com pastas específicas. Estas pastas não devem conter na sua fórmula partículas abrasivas, de modo a minimizar os danos na resina acrílica das próteses (Gonçalves et al., 2011; Paranhos et al., 2013).

Relativamente às escovas utilizadas - método mecânico - deve-se preferir a utilização de escovas específicas para a prótese em detrimento da escova convencional apropriadas para escovagem dentária, pois estas apresentam um desenho, tamanho, funcionalidade e facilidade de manuseio específico e mais eficaz. A dupla cabeça com cerdas de tamanhos diferentes é uma das características adaptativas destas escovas que otimiza a função de limpeza das escovas. Ainda assim, resultados do estudo realizado asseguram não existirem diferenças significativas relativamente à eficácia da remoção do biofilme das próteses quando escovadas com uma escova convencional ou com uma específica para prótese (Gonçalves et al., 2011).

Quanto aos métodos químicos, estes compreendem a higienização da prótese através da imersão da mesma em produtos químicos que apresentam ação solvente, detergente, fungicida e bactericida (Felton et al., 2011; Gonçalves et al., 2011).

O peróxido alcalino - pó ou tabletes efervescentes – é o agente químico mais utilizado na higiene de próteses dentárias com eficácia na limpeza e eliminação de manchas das próteses. Pode ser utilizado em próteses totais, parciais acrílicas ou esqueléticas, não provocando danos nem ao metal nem ao acrílico (Gonçalves et al., 2011).

Quanto ao hipoclorito alcalino, para além da eliminação de manchas e placa bacteriana ainda tem a capacidade de inibir a formação de tártaro. No entanto, este agente provoca corrosão do metal (Gonçalves et al., 2011).

A frequente utilização do peróxido ou hipoclorito alcalinos, como métodos químicos de higiene, pode causar branqueamento irreversível da resina acrílica, dependendo da concentração e tempo de imersão (Gonçalves et al., 2011; Paranhos et al., 2009).

Aquando da utilização de hipoclorito de sódio, a concentração e o tempo de atuação podem influenciar a sua eficiência. Este método reduz a presença de *Candida Albicans*, remove manchas, remove o biofilme e tem ainda a capacidade de eliminar bactérias da superfície e em profundidade. Apresenta então uma ação bactericida e fungicida (Gonçalves et al., 2011; Paranhos et al., 2009).

As características ideais para os métodos de higienização das próteses acima mencionadas passam pela ausência de toxicidade, compatibilidade com os materiais das próteses, facilidade no uso, atuação no máximo de 8 horas, efetividade na remoção de manchas, depósitos orgânicos e inorgânicos, ação bacteriana e fungicida. A procura destas características ideais tornam o assunto bastante controverso relativamente ao método melhor e mais efetivo na remoção de biofilme da prótese (Felton et al., 2011; Gonçalves et al., 2011; Guimaraes et al., 2014).

Apesar das várias técnicas de higiene, a falta de informação sobre as mesmas e sobre os produtos a utilizar, custos inerentes, visibilidade e destreza manual reduzida, presente nos idosos, pode limitar a escolha do método ideal para a limpeza das suas próteses dentárias (Pinto et al., 2008; Vieira, Freitas, Marinho, & Costa, 2011).

9. Objetivos de estudo

9.1 Objetivo Geral

O intuito desta investigação concentra-se no melhoramento da saúde oral dos idosos institucionalizados através da formação dos cuidadores.

9.2 Objetivo Específico

Os conteúdos específicos desta investigação são:

- Caracterizar o nível de saúde oral dos residentes sujeitos aos cuidados gerais e orais por parte dos cuidadores;
- Providenciar um programa de formação para a saúde oral consistente e de elevada qualidade, aos cuidadores das residências;
- Avaliar alterações na saúde oral dos residentes após 1 mês da formação e da entrega de materiais de auxílio à higiene oral.

10. Hipóteses de Estudo

As hipóteses de estudo são as seguintes:

Hipótese Nula (H₀) – não existem melhorias na saúde oral dos idosos institucionalizados como consequência da formação aos cuidadores e da entrega de materiais de auxílio à higiene oral.

Hipótese Alternativa (H₁) – Existem melhorias na saúde oral dos idosos institucionalizados como consequência da formação aos cuidadores e da entrega de materiais de auxílio à higiene oral.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Considerações Éticas

O estudo em questão foi inicialmente analisado e aceite pela Comissão Científica do Instituto Universitário Egas Moniz e posteriormente avaliado e aprovado pela Comissão de Ética na Saúde da mesma Instituição (aprovação em anexo).

Os princípios éticos intrínsecos ao trabalho de investigação foram considerados para realização do presente estudo, de forma a assegurar o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Para certificar estes requisitos, os idosos residentes assinaram os Consentimentos Informados - conforme consentimento em anexo. Neste documento estava descrito, de forma sucinta e explícita, o teor do estudo, os objetivos da pesquisa, os esclarecimentos acerca dos procedimentos necessários de efetuar e os benefícios da sua participação.

Os dados foram recolhidos na Residência Sénior Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Maria Alzira Cavacas e com autorização da Diretora da Residência - autorização conforme em anexo.

2. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de intervenção com avaliação pré e pós (*before and after comparison*) para avaliar o impacto da intervenção.

3. Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido na Residência Sénior Egas Moniz, região de Sesimbra, Distrito de Setúbal. Esta infraestrutura está colocada à disposição da comunidade e tem como valência a Estrutura Residencial para Idosos, mas também a de Alojamento Hoteleiro, destinado ao turismo sénior.

4. Caracterização Demográfica da População em Estudo

Esta investigação foi desenvolvida no concelho de Sesimbra distrito de Setúbal. Situado na Região da Estremadura, pertencente à Área Metropolitana de Lisboa.

Sesimbra tem uma área de 195 km², dividida por três freguesias: Santiago (4 841 habitantes), Castelo (19 053 habitantes) e Quinta do Conde (25 606 habitantes). O concelho tem uma Densidade Populacional de 259,8 N^o/km² e está delimitada pelos municípios de Almada, Seixal, Barreiro e Setúbal (tabela 2).

Visto que Sesimbra pertence à Área Metropolitana de Lisboa e muita da população circula não só no distrito de Setúbal como também nesta área, as referências tanto à “Grande Área” como ao Município de Sesimbra, especificamente, têm relevância estatística para contextualização da população em estudo. Apresenta-se na tabela 2 os registos quantitativos do Instituto Nacional de Estatística (INE) e PORDATA, datados de 2017, quanto ao número total de residentes nestas áreas (PORDATA, 2018b).

Tabela 2 População residente: total e por grupo etário (Adaptado de “PORDATA”, 2018b)

<i>Grupo etário</i>	<i>Área Metropolitana de Lisboa</i>	<i>Sesimbra</i>
<i>65-69 anos</i>	174,560	2,438
<i>70-74 anos</i>	154,714	2,287
<i>75-79 anos</i>	117,174	1,720
<i>80-84 anos</i>	88,451	1,260
<i>85 + anos</i>	76,922	985

Segundo a Carta Social, Sesimbra contém na totalidade 13 estruturas residenciais (lar de idosos), sendo que a residência Sénior Egas Moniz inclui-se neste grupo. Os dados indicam que estas estruturas têm a capacidade de acolher 333 idosos, sendo que à data estão registados um número estimado de 326 alojados (“Carta social”, 2018).

5. Seleção e Caracterização da Amostra

Dos 60 idosos que habitam na Residência Sénior Egas Moniz, foram inicialmente selecionados 48 idosos. Contudo, devido à perda de 5 participantes, a amostra foi reduzida a 43 idosos, correspondendo a cerca de 72% do número total de residentes. Aproximadamente 81% da amostra final, são do sexo feminino e 19% são do sexo masculino. Uma amostra reduzida e inferior ao esperado observar, deveu-se a: idosos que

não se disponibilizaram para a observação, aquando da mesma; residentes com comprometimento cognitivo e motor significativo, que não conseguiam assinar os consentimentos informados; residentes que se encontravam hospitalizados; residentes que faleceram e residentes autónomos que não eram auxiliados na higiene oral (figura 5).

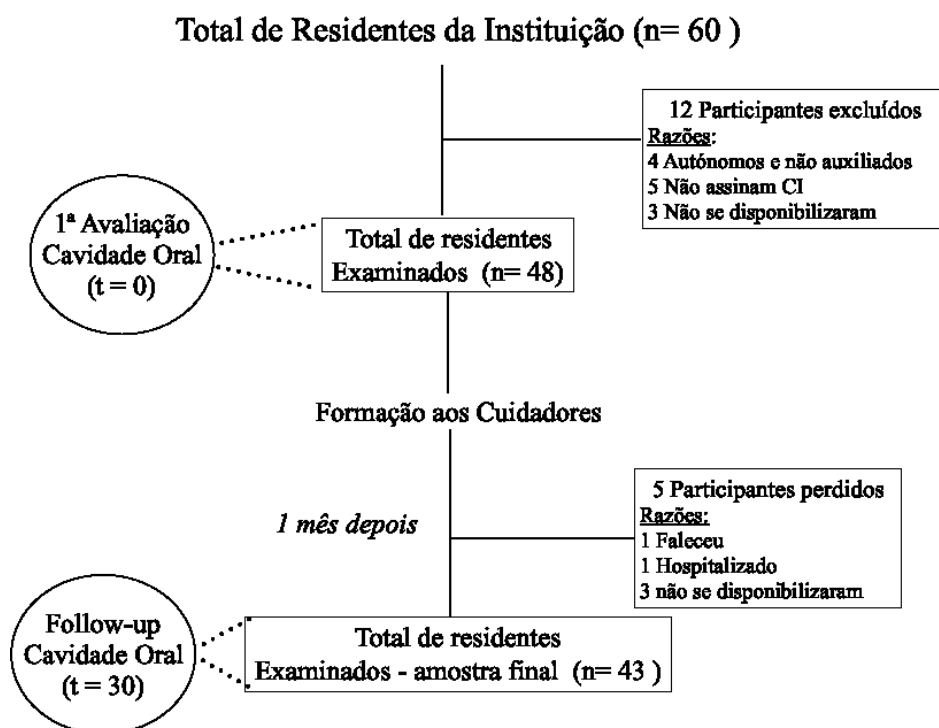


Figura 5 Fluxo de participantes

6. Critérios

6.1 Critérios de Inclusão

- Idosos pertencentes à residência Sénior Egas Moniz que aceitaram participar no estudo e que se sujeitaram aos exames orais, mediante Consentimento Informado devidamente assinado pelos mesmos;
- Idosos com ou sem dentes e portadores ou não de próteses;

6.2 Critérios de Exclusão

- Idosos que não aceitaram assinar o consentimento ou não quiseram sujeitar-se aos exames orais;
- Idosos que, mesmo com Consentimento Informado, não tenham participado na primeira fase (pré-formação), ou segunda fase de examinação (após formação dos cuidadores);
- Idosos Autónomos e lúcidos que faziam a sua própria higiene oral, sem supervisão ou auxílio dos cuidadores.

7. Calibragem

A calibragem foi autenticada sob responsabilidade de apenas um observador. Tanto na primeira fase de observação como na segunda, o observador foi o mesmo, respondendo e recorrendo ao inquérito regularmente de maneira a calibrar as várias observações.

Os idosos eram avaliados, sem qualquer ordem pré-estabelecida pelos responsáveis da instituição ou examinadores.

As observações foram divididas em dois períodos – um na parte da manhã e outro na parte da tarde.

Na parte da manhã as observações foram sempre realizadas após o levanto e o pequeno-almoço dos residentes. Na parte da tarde as observações realizavam-se após o almoço não só aos residentes de maior autonomia, mas também aos que permaneciam nos quartos. As observações diárias foram minuciosamente encadeadas nas atividades correntes da residência (fisioterapia, natação, sesta, etc.).

Os espaços usados para realizar as observações foram o gabinete médico, os quartos dos residentes e sala-de-estar, por facilidade em termos de logística e porque muitas vezes, a falta de motricidade dos idosos dificultava a deslocação para o gabinete médico e implicava mobilizar mais funcionários. Além disso, prolongaria o tempo entre examinações impossibilitando a observação de todos os idosos previstos para aquele dia. Estas foram sempre executadas em zonas com luz natural e recorrendo a uma lanterna.

8. Metodologia

O presente projeto foi dividido em 3 fases distintas:

8.1 Primeira Fase

Avaliação do estado de saúde oral de idosos institucionalizados - prévio à formação.

A primeira fase do projeto consistiu na aplicação de um questionário e de um exame oral aos residentes do lar, cuja higiene oral está a cargo, ou é assistida por um cuidador. Esta fase teve como objetivo retratar o estado inicial de saúde oral dos idosos institucionalizados, para que após a formação se percebesse quais as alterações provocadas pelo programa de formação dado aos cuidadores.

8.2 Segunda fase

Aplicação de um programa de formação de saúde oral aos cuidadores da residência.

No âmbito deste projeto foram promovidas sessões de formação dadas pelo discente, mediante auxílio e monitorização da orientadora Professora Doutora Maria Alzira Cavacas, assegurando que todos os cuidadores compreendem a informação transmitida.

Esta formação foi dividida em dois módulos, de maneira a facilitar a instrução dos cuidadores, não interferindo com os seus horários e tarefas laborais. Cada módulo teve uma duração de 30 minutos, com tempo extra destinado à discussão dos temas abordados e/ou esclarecimento de dúvidas.

As sessões visavam transmitir conhecimentos básicos de higiene e saúde oral, assim como demonstrações práticas em modelos, das técnicas de escovagem.

A discente recorreu à utilização de *PowerPoint*, folheto informativo e do material necessário para o *hands-on* - escovas, fio dentário, raspador de língua, macro-modelos, próteses exemplo, etc.

No término da formação, foram entregues à enfermeira chefe pastas de dentes e *kits* para próteses - escova e pasta adesivas - para higiene da cavidade oral dos idosos incluídos no estudo, atendendo às necessidades de cada um.

Aos cuidadores, foram oferecidas pastas de dentes para incentivar à higiene oral.

8.3 Terceira Fase

Avaliação do estado de saúde oral dos idosos institucionalizados 1 mês após a formação e entrega dos instrumentos para a higiene. Repetição do questionário e do exame oral aplicado inicialmente.

9. Material Utilizado

A recolha de dados para o estado de saúde e higiene oral ocorreu por intermédio de observações da cavidade oral dos idosos pertencentes à amostra. Para este fim, foram utilizados os seguintes materiais: *kits* básicos descartáveis compostos por sonda exploratória e periodontal, espelho e pinça, máscaras, luvas, babetes, correntes, óculos de proteção, compressas e lanterna (figura 6).

Para a formação dos cuidadores, o material necessário foi o computador com projetor para apresentação de *PowerPoint* (conforme em anexo), panfleto informativo (conforme em anexo), exemplares de próteses, um macro-modelo da cavidade oral, bem como escova de dentes, fio dentário, pasta dentífrica, elixir, escovilhões e raspador de língua, (figura 7). Estes objetos auxiliares tornaram a apresentação bastante didática, ajudando na concentração e motivação do público alvo.

Para posterior higiene oral recomendada, a ser realizada pelos cuidadores, contactaram-se várias casas comerciais de produtos dentários para uniformizar os

instrumentos (pastas dentárias, escova para higiene da prótese e pasta adesiva) usados para a higiene oral dos residentes.



Figura 6 Exames clínicos aos residentes, material utilizado



Figura 7 Formação aos cuidadores da Residência Sênior Egas Moniz, posto de formação

10. Conteúdo Programático Da Formação

A formação foi repartida em dois módulos e os temas abordados foram divididos equitativamente, atendendo a um raciocínio contínuo da informação, e também a uma gestão de tempo favorável a este propósito. Foi utilizada uma linguagem corrente, simples para uma compreensão clara e concisa dos conceitos e técnicas do programa apresentado.

10.1 Módulo I

- Saúde Oral;
- Viver com Saúde Oral;
- Estrutura do Dente;

- Doenças Mais Comuns;
- Debate sobre as aprendizagens transmitidas e esclarecimento de dúvidas.

10.2 Módulo II

- Higiene Oral;
- Protocolo Geral de Higiene Oral;
- Reabilitação oral (tipos de próteses, higienização e desinfecção);
- Debate sobre as aprendizagens transmitidas e esclarecimento de dúvidas.

11. Questionário Utilizado

Questionário a ser preenchido pela observadora:

- ❖ Idade (em faixas etárias): 60-69/ 70-79/ 80-89/ ≥90
- ❖ Gênero: M/F
- ❖ Tempo de permanência na instituição: 0-1/ 1-2/ >2 anos
- ❖ Quantas vezes por dia é auxiliado na higiene oral: 0/ 1/ 2/ 3 vezes por dia
- ❖ Índice placa (IP): O índice utilizado foi proposto por Ainamo e Bay (1975) e permite avaliar a eficácia da higiene oral do participante. Neste índice o critério é binominal e mede com uma sonda a presença ou ausência de placa bacteriana em 4 localizações (mesio-vestibular, centro-vestibular, disto-vestibular, lingual/palatino) de cada dente presente na cavidade oral. A ausência de placa é classificada como 0 e a presença de placa visível como 1.

$$\text{Índice de Placa}(\%) = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de superfícies com placa}}{\text{N}^{\circ} \text{ de superfícies avaliadas}} \times 100\%$$

- ❖ Índice gengival (IG): O índice selecionado, tal como no IP é o de Ainamo e Bay (1975) que permite igualmente medir a eficácia da higiene oral. Este parâmetro avalia o grau de inflamação da gengiva atribuindo a presença ou ausência de hemorragia gengival, com 0 e 1 respetivamente.

$$\text{Índice Gengival}(\%) = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de superfícies com hemorragia}}{\text{N}^{\circ} \text{ de superfícies avaliadas}} \times 100\%$$

- ❖ Avaliação da mucosa quanto ao grau de inflamação: A escala utilizada foi baseada nos estudo de (Isaksson et al., 2000; Portella et al., 2015). A mucosa normal foi definida como uma mucosa sem sinais de inflamação, eritema, edema ou atrofia, sem presença de lesões ou ulceração.

- 1- Sem inflamação/aparência normal
- 2- Inflamação ligeira
- 3- Inflamação moderada
- 4- Inflamação severa

- ❖ Uso de prótese removível superior: Não/ Sim, se Sim: Parcial/ Total, Qual o material;

- ❖ Uso de prótese removível inferior: Sim/ Não, se Sim: Parcial/ Total, Qual o material;

- ❖ Avaliação do nível de higiene da prótese quanto à percentagem de placa microbiana: A escala utilizada foi baseada nos estudo de (Frenkel, Harvey & Newcombe, 2001; Portella et al., 2015).

- 0- ausência de placa
- 1- até 25% da superfície coberta de placa microbiana
- 2- de 26% a 50% da superfície coberta de placa microbiana
- 3- de 51% a 75% da superfície coberta de placa microbiana
- 4- de 76% a 100% da superfície coberta de placa microbiana

12. Protocolo de Higiene Oral

- Higienização da cavidade oral após pequeno-almoço e à noite, a seguir ao jantar;
- O procedimento deverá ser cuidadosamente explicado aos pacientes previamente à sua execução;
- Os residentes deverão ser posicionados sentados ou semi-deitados, se acamados;
- Escovagem dentária durante 2 minutos - segundo a técnica demonstrada na formação - e através do uso de uma escova + pasta fluoretada ou pasta não fluoretada (para idosos que engulam a pasta) + escovagem da superfície da língua (com um raspador lingual ou escova de dentes) + fio dentário;
- Nos pacientes edêntulos a higiene deverá ser igualmente providenciada com recurso a um líquido antisséptico ou gel de clorohexidina (1%), e gaze ou escova de dentes com cerda macia + raspagem ou escovagem da superfície da língua;
- As próteses deverão ser higienizadas após refeições com água, sabão neutro/ pasta não abrasiva e eventualmente com recurso a algum agente bactericida/desinfetante e escova, posteriormente podem ser imersas em água com produto bactericida/desinfetante;
- Mediante o tipo de prótese e mediante recomendações do médico dentista, a prótese pode ou não ficar na boca durante a noite, no entanto, nos residentes que demonstrem sinais de inflamação, a prótese deve ser retirada;
- No caso de residentes não cooperantes ou com dificuldade em abrir a boca, utilizar abre bocas com espátula de madeira e gaze;
- O protocolo deverá ser adaptado consoante o tipo de materiais que o idoso tenha disponível e mediante capacidades motoras e/ou cognitivas do idoso, e tipo de cavidade oral - como explicado na formação.

13. Variáveis

Na investigação em questão foram relacionados e quantificados dois tipos de variáveis distintas – dependentes e independentes:

13.1 Variáveis Dependentes

No estudo em questão, o estado de saúde oral dos idosos institucionalizados da amostra, constituem-se como variável dependente sendo que as medições utilizadas para tal foram o índice de placa, índice gengival, avaliação da mucosa quanto ao grau de inflamação, avaliação do nível de higiene da prótese. Estas variáveis foram medidas no tempo zero e no *follow-up*.

13.2 Variáveis Independentes

As variáveis inseridas nesta categoria são variáveis sociais – idade, género, tempo de permanência na instituição, frequência de lavagem, tipo de prótese que utilizam e edêntulismo, tanto na primeira fase de avaliações da cavidade oral dos idosos como no *follow-up*.

14. Análise Estatística

Todos os dados recolhidos na investigação foram registados no MS Excel[®] e posteriormente submetidos a análise estatística descritiva e inferencial através do *software IBM SPSS Statistics v.24*.

Esta análise visa a caracterização dos idosos institucionalizados - quanto à distribuição de género, idade, número de vezes que realiza a higiene - e do seu estado de saúde oral, bem como da comparação pré e após formação dos parâmetros avaliados e do significado estatístico das variáveis.

A análise descritiva englobou o estudo de valores como a frequência, as medidas de tendência central (média e mediana), o desvio padrão, a amplitude interquartil e metodologias de estatística inferencial. Relativamente à análise inferencial, esta debruçou-se sobre métodos aplicáveis às variáveis em estudo para amostras

emparelhadas, nomeadamente o Teste T de *Student* (para comparação de médias) e o teste *Wilcoxon* (para comparação de medianas). Foi considerado um nível de significância de 5% em todas as análises inferenciais.

III. RESULTADOS

1. Análise Descritiva dos Doentes Institucionalizados

O questionário utilizado foi aplicado em 43 idosos. Nas tabelas abaixo é possível identificar e caracterizar a amostra pela idade, género, tempo de estadia na residência, frequência de higienização, tipo de desdentado (grau de edêntulismo), quanto há existência de reabilitação oral nas arcadas superior e inferior, tipo de reabilitação oral utilizada e materiais das mesmas.

1.1 Análise Descritiva das Variáveis Sociodemográficas

No que concerne à idade, os indivíduos encontram-se descritos em faixas etárias com idades superiores ou iguais a 60 anos. A percentagem de idosos no grupo etário dos 60-69 é uma minoria com 2,3% da amostra. Dos 70-79 corresponde a 9,3% e dos 80-89 é de 72,1% sendo esta a faixa etária mais prevalente da amostra. O grupo com idade ≥ 90 anos corresponde a 16,3% do total dos participantes (tabela 3).

Tabela 3 Distribuição de frequência da amostra por faixa etária

	<i>Frequência (n)</i>	<i>Percentagem (%)</i>
<i>60-69</i>	1	2,3
<i>70-79</i>	4	9,3
<i>80-89</i>	31	72,1
<i>≥ 90</i>	7	16,3
<i>Total</i>	43	100

No que respeita ao género, existem diferenças consideráveis. A amostra total corresponde a um número de participantes igual a 43, sendo que 35 correspondem ao sexo feminino (81,4%) e os restantes 8 ao sexo masculino (18,6%) (tabela 4).

Tabela 4 Distribuição de frequência da amostra por género

	Frequência (n)	Percentagem (%)
<i>Feminino</i>	35	81,4
<i>Masculino</i>	8	18,6
Total	43	100

Em relação ao tempo de estadia na residência, quase metade dos idosos, isto é, 21 residentes (48,8%) vive na residência há mais de 2 anos. Dez dos idosos (23,3%) vivem entre 1-2 anos e os restantes 12 (27,9%) reside na instituição há menos de 1 ano (tabela 5).

Tabela 5 Distribuição de frequência da amostra por tempo de estadia na residência – variável em anos

	Frequência (n)	Percentagem (%)
<i>0 - 1 ano</i>	12	27,9
<i>1 - 2 anos</i>	10	23,3
<i>> 2 anos</i>	21	48,8
Total	43	100

1.2 Análise Descritiva das Condições Subjetivas da Cavidade Oral

No que diz respeito à higiene oral, os auxiliares da instituição referem que os residentes são auxiliados 2 vezes (90,7%) ou 3 vezes (9,3%) por dia - ao levantar e ao deitar, sendo a terceira efetuada após almoço (tabela 6).

Tabela 6 Distribuição de frequência da amostra por higiene oral

	Frequência (n)	Percentagem (%)
<i>2 vezes</i>	39	90,7
<i>3 vezes</i>	4	9,3
Total	43	100

1.3 Análise Descritiva do Tipo de Desdentado e quanto à utilização de Próteses Dentárias

A caracterização dos participantes também envolveu a avaliação do tipo de desdentado que cada um representava e do tipo de prótese de que era portador tanto ao nível da arcada superior como da arcada inferior.

Relativamente ao grau de edêntulismo, os participantes foram divididos em desdentados totais e em participantes com dentição (1 ou mais dentes), 27,9% e 72,1%, respetivamente (tabela 7).

Tabela 7 Distribuição de frequência da amostra por edêntulismo

	Frequência (n)	Percentagem (%)
<i>Desdentados totais</i>	12	27,9
<i>Com 1 ou + dentes</i>	31	72,1
Total	43	100

Na distribuição de frequência referente ao uso de prótese dentária é possível constatar que 21 indivíduos utilizam prótese, o que equivale a 48,8% da amostra total. Os restantes 22 indivíduos, isto é 51,2%, não utiliza prótese (tabela 8).

Tabela 8 Distribuição de frequência da amostra por uso de prótese dentária

	Frequência (n)	Percentagem (%)
<i>Sim (a)</i>	21	48,8
<i>Não</i>	22	51,2
Total	43	100

Na sequência da distribuição supramencionada, dos 21 indivíduos em que se verificou o uso de prótese dentária todos eles, ou seja, 100% utilizam prótese na arcada superior (100%), no entanto, apenas 15 utilizam prótese na arcada inferior (71,4%) (tabela9).

Tabela 9 Distribuição de frequência da amostra para utilizadores de prótese (a) por arcada

	Frequência (n)	Percentagem (%)
<i>Arcada Superior</i>	21	100
<i>Arcada Inferior</i>	15	34,9

1.4 Análise Descritiva do Tipo de Reabilitação Oral para a Arcada Superior

Dos 21 participantes que utilizam prótese na arcada superior, apenas 3 utilizam implanto-suportada, os restantes 18 participantes utilizam prótese removível. Isto equivale a uma percentagem de 14,3% e de 85,7% da amostra total, respetivamente (tabela 10).

Tabela 10 Distribuição de frequência da amostra por tipo de prótese na arcada superior

	Frequência (n)	Percentagem (%)
<i>Implanto-suportada</i>	3	14,3
<i>Removível</i>	18	85,7
<i>Total</i>	21	100

A respeito do edêntulismo, na arcada superior a maioria dos indivíduos reabilitados oralmente utiliza prótese total, com uma percentagem de 71,4%. Os restantes utilizam uma opção protética parcial com um valor calculado de 28,6% (tabela 11).

Tabela 11 Distribuição de frequência da amostra por tipo de prótese face ao edêntulismo, na arcada superior

	<i>Frequência (n)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Prótese parcial</i>	6	28,6
<i>Prótese total</i>	15	71,4
<i>Total</i>	21	100

Em relação ao material escolhido, na arcada superior, para as diferentes opções protéticas, a prótese acrílica (66,7%) é a hipótese mais escolhida pelos indivíduos. Para além destas, existem também 4 próteses esqueléticas (19,0%), 1 opção protética em metalocerâmica (4,8%) e 2 híbridas (9,5%) (tabela 12).

Tabela 12 Distribuição de frequência da amostra por tipo de material da prótese, na arcada superior

	<i>Frequência (n)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Acrílica</i>	14	66,7
<i>Esquelética</i>	4	19,0
<i>Metalocerâmica</i>	1	4,8
<i>Híbrida</i>	2	9,5
<i>Total</i>	21	100

Em suma, na arcada superior, dos 21 participantes reabilitados oralmente, uma maioria opta por prótese removível (85,7%), sendo que a prótese acrílica total é a mais usada (61,9%) neste grupo. Quanto à reabilitação fixa, apesar do número reduzido de participantes (14,3%), a opção total é a mais prevalente (9,5%) e a opção parcial em metalocerâmica é tomada por apenas 1 participante, que assume 4,8% da percentagem total de participantes reabilitados na arcada superior (figura 8).

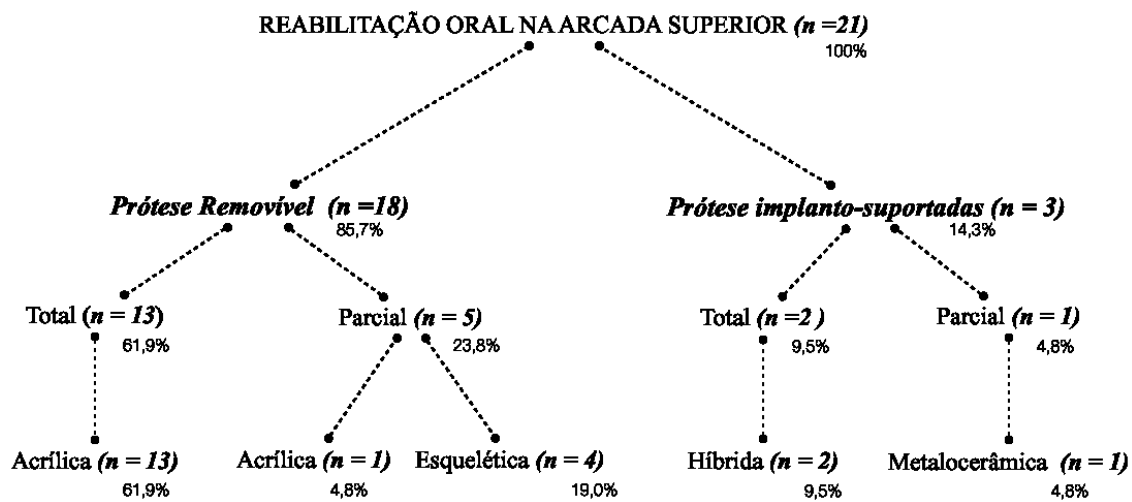


Figura 8 Fluxograma de reabilitação oral na arcada superior

1.5 Análise Descritiva do Tipo de Reabilitação Oral para a Arcada Inferior

Dos 15 participantes que utilizam prótese na arcada inferior, 13 utilizam prótese removível e apenas 2 utilizam implanto-suportada. Isto equivale a uma percentagem de 86,7% e de 13,3% da amostra total, respetivamente (tabela 13).

Tabela 13 Distribuição de frequência da amostra por tipo de prótese na arcada inferior

	<i>Frequência (n)</i>	<i>Percentagem (%)</i>
<i>Implanto-suportada</i>	2	13,3
<i>Removível</i>	13	86,7
<i>Total</i>	43	100

Quanto ao edêntulismo, na arcada inferior a maioria dos indivíduos reabilitados oralmente utiliza prótese total, o correspondente a uma percentagem de 53,3%. Os restantes utilizam uma opção protética parcial com um valor calculado de 46,7% (tabela 14).

Tabela 14 Distribuição de frequência da amostra por tipo de prótese face ao edêntulismo, na arcada inferior

	<i>Frequência (n)</i>	<i>Percentagem (%)</i>
<i>Prótese parcial</i>	7	46,7
<i>Prótese total</i>	8	53,3
<i>Total</i>	15	100

Relativamente ao material escolhido para as diferentes opções protéticas, a prótese acrílica é a mais escolhida, sendo 8 o número de indivíduos a utilizá-la (53,3%). Para além desta, existem também 5 indivíduos a utilizar prótese esquelética (33,3%), 1 a utilizar uma opção protética em metalocerâmica (6,7%) e 1 a utilizar prótese híbrida (6,7%) (tabela 15).

Tabela 15 Distribuição de frequência da amostra por tipo de material da prótese, na arcada inferior

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<i>Acrílica</i>	8	53,3
<i>Esquelética</i>	5	33,3
<i>Metalocerâmica</i>	1	6,7
<i>Híbrida</i>	1	6,7
Total	15	100

Em síntese, relativamente à reabilitação da arcada inferior, uma maioria de 13 participantes opta por prótese removível (86,7%), sendo que a prótese acrílica total é a mais usada (46,6%), neste grupo. Quanto à reabilitação protética implantado-suportada, apesar da percentagem reduzida de participantes (13,3%), a opção total híbrida e a opção parcial metalocerâmica são utilizadas por apenas 1 participante, assumindo uma percentagem de 6,7% do total de participantes reabilitados na arcada inferior (figura 9).

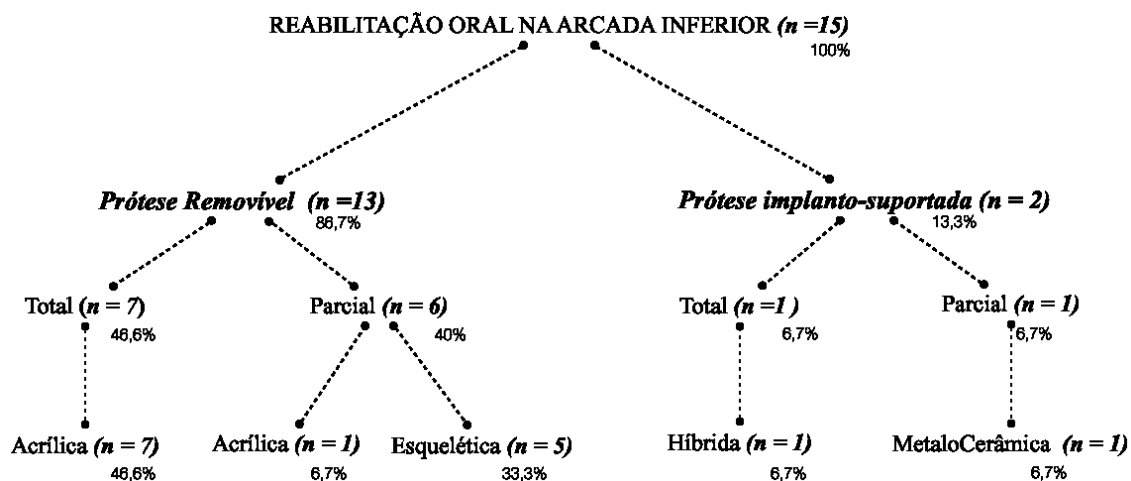


Figura 9 Fluxograma de reabilitação na arcada inferior

2. Caracterização e Análise Estatística das Variáveis Dependentes

Neste ponto iremos fazer uma análise dos dados *before and after comparison* num tempo inicial (t = 0) e passados 30 dias (t=30). Procura-se com esta análise perceber

se após 1 mês da formação existem melhorias no estado de saúde oral dos participantes. Para tal, nas tabelas abaixo é possível comparar as seguintes variáveis dependentes: IP; IG; avaliação do nível de inflamação da mucosa; avaliação do nível de higiene da prótese quanto à percentagem de placa na arcada superior e avaliação do nível de higiene da prótese quanto à percentagem de placa da arcada inferior. Detalhes acerca do inquérito utilizado encontram-se descritos nos métodos e materiais.

2.1 Caracterização e Análise Estatística do IP e do IG

Para avaliação destes dois índices, foram selecionados e observados todos os idosos dentados, ou seja, com 1 ou mais dentes e com prótese implanto-suportada parcial (coroas ou pilares de pontes). Assim, foram incluídos nesta amostragem 31 participantes, $n = 31$. Este índice foi quantificado com recurso a uma sonda periodontal.

O IP avalia a presença ou ausência de placa bacteriana. O IG atribui a presença ou ausência de hemorragia e caracteriza a condição gengival quanto ao grau de inflamação. Os índices utilizados, propostos por Ainamo e Bay (1975), permitem avaliar a eficácia da higiene oral do participante. Foram medidas 4 localizações (mesio-vestibular, centro-vestibular, disto-vestibular, lingual/palatino) na área gengival de cada dente presente na cavidade oral. A escolha dos mesmos foi baseada na facilidade da sua aplicação.

É possível conferir através das médias de IP que não existiram diferenças significativas no antes e depois ($p = 0,053$, teste *t-student*). O índice de placa em $t = 0$ tem média de 72,8 e o índice de placa em $t = 30$ uma média de 65,8. Apesar da estatística não demonstrar uma diferença significativa, é possível constatar que houve uma diminuição da quantidade de placa passados 30 dias ($p > 0,05$) (tabela 16).

Tabela 16 Médias de índice de placa a $t=0$ e $t=30$. *Teste *t-student*

	Frequência (<i>n</i>)	Média (%)	Desvio padrão (σ)	p = 0,053
Índice de placa ($t=0$)	31	72,8	$\pm 24,1$	
Índice de placa ($t = 30$)	31	65,8	$\pm 25,8$	

Através das médias de IG é possível concluir que existiram diferenças significativas entre a avaliação inicial e passados 30 dias ($p = 0,003$, teste *t-student*). O índice gengival em $t = 0$ tem média de 41,7 e em $t = 30$ tem uma média de 32,2. A estatística demonstra existir uma diferença significativa sendo possível constatar que houve uma diminuição da hemorragia passados 30 dias ($p < 0,05$) (tabela 17).

Tabela 17 Médias de índice gengival a $t=0$ e $t=30$. *Teste *t-student*

	Frequência (<i>n</i>)	Média (%)	Desvio padrão (σ)	p = 0,003
Índice gengival ($t=0$)	31	41,7	$\pm 33,0$	
Índice gengival ($t = 30$)	31	32,2	$\pm 31,2$	

2.2 Caracterização e Análise Estatística da Mucosa Quanto ao Grau de Inflamação

A mucosa foi avaliada relativamente ao seu grau de inflamação. Todos os idosos pertencentes ao estudo ($n = 43$) foram selecionados e observados, visto ser uma variável global à amostra.

Para avaliação da mucosa quanto ao grau de inflamação usou-se uma escala ordinal de *Likert* que varia entre 1 e 4 em que 1 representa uma mucosa sem inflamação e 4 uma mucosa com inflamação severa. Valores maiores representam uma maior inflamação da mucosa. A preferência destes índices foi tomada pela sua facilidade de aplicabilidade, para este tipo de estudos, dado que, se pretendia categorizar o grau de inflamação num tempo inicial ($t = 0$) e *follow-up* ($t = 30$). Esta avaliação foi adaptada de estudos realizados por Portella *et al.*, (2013) e Iasaksson *et al.*, (2000) (tabela 18).

Na tabela 19 é possível verificar o impacto da formação no grau de inflamação da mucosa dos indivíduos de $t = 0$ para $t = 30$. Foram descritos os diferentes valores da escala - representada na tabela 18 - e respetiva percentagem, para cada participante.

Tabela 18 Escala utilizada para avaliar grau de inflamação (adaptado de Portella et al., 2013 & Isaksson et al., 2000)

<i>ESCALA</i>	<i>Representação</i>
1	Sem inflamação/ aparência normal
2	Inflamação ligeira
3	Inflamação moderada
4	Inflamação severa

Tabela 19 Nível de inflamação da mucosa, expressa em valores médios de percentagem de inflamação para $t=0$ e $t=30$

<i>ESCALA</i>	$t=0$		$t=30$	
	Frequência (n)	Média (%)	Frequência (n)	Média (%)
1	12	27,9	17	39,5
2	20	46,5	19	44,2
3	7	16,2	5	11,6
4	4	9,3	2	4,6

Tendo por base as medianas referentes à inflamação da mucosa, comprovou-se existir diferenças significativas de $t=0$ para $t=30$ ($p=0,043$, teste *de Wilcoxon*). O grau de inflamação em $t=0$ tem mediana de 2,00 e em $t=30$ uma mediana de 2,00. A estatística demonstra que existe uma diferença ligeira, mas significativa ($p<0,05$). Constatou-se uma diminuição do grau de inflamação da mucosa dos participantes, passados 30 dias (tabela 20).

Tabela 20 Medianas do nível de inflamação da mucosa a $t = 0$ e $t = 30$ *Teste de Wilcoxon

	Frequência (n)	Mediana	Amplitude interquartil	p = 0,043
Avaliação da mucosa ($t=0$)	43	2,00	± 2	
Avaliação da mucosa ($t = 30$)	43	2,00	± 1	

2.3 Caracterização e Análise Estatística do Nível de Higiene da Prótese na Arcada Superior e na Arcada Inferior

As próteses removíveis que os idosos usavam e tinham colocadas aquando da observação foram avaliadas relativamente à sua higiene tendo em conta a percentagem de placa bacteriana. Nesta avaliação selecionaram-se apenas idosos portadores de próteses removíveis (totais e/ou parciais) na arcada superior e inferior.

Sobre o nível de higiene da prótese pode dizer-se que foi utilizada uma escala ordinal de *Likert* que variava entre 0 e 4 sendo que 0 correspondia a “ausência de placa” e 4 a um intervalo de 76% - 100%, referente a “superfície coberta de placa microbiana”. Valores maiores indicam uma maior quantidade de placa (tabela 21). Esta avaliação foi utilizada e preferida devido à sua acessibilidade aquando da observação clínica. Assim, vão ser comparadas as observações do nível de higiene da prótese para um $t = 0$ e $t = 30$. Estes valores foram analisados separadamente, tanto para as próteses da arcada superior, como para as próteses da arcada inferior. Esta escala foi adaptada dos estudo de Frenkel et al., (2001) e de Portella et al., (2015).

É possível verificar o impacto da formação na higiene das próteses tanto da arcada superior (tabela 22) como para a arcada inferior (tabela 23) de $t = 0$ para $t = 30$. Foram descritos os diferentes valores da escala - representada na tabela 21 - e respetiva percentagem, para cada participante.

Tabela 21 Escala utilizada para avaliar o nível de higiene da prótese quanto à percentagem de placa bacteriana (adaptado de Frenkel et al. 2001; Portella et al., 2015)

ESCALA	Representação
0	Ausência de placa
1	Até 25% da superfície coberta de placa microbiana
2	De 26% a 50% da superfície coberta de placa microbiana
3	De 51% a 75% da superfície coberta de placa microbiana
4	De 76% a 100% da superfície coberta de placa microbiana

Tabela 22 Nível de higiene da prótese, expressa em valores médios de percentagem de recobrimento por placa bacteriana na arcada superior para $t=0$ e $t=30$

ESCALA	$t=0$		$t=30$	
	Frequência (n)	Média (%)	Frequência (n)	Média (%)
0	0	0	0	0
1	3	16,7	5	27,8
2	7	38,8	5	27,8
3	5	27,8	3	16,6
4	3	16,6	5	27,8

Tabela 23 Nível de higiene da prótese, expressa em valores médios de percentagem de recobrimento por placa bacteriana na arcada inferior para $t=0$ e $t=30$

ESCALA	$t=0$		$t=30$	
	Frequência (n)	Média (%)	Frequência (n)	Média (%)
0	0	0	1	7,6
1	2	15,4	4	30,8
2	4	30,8	4	30,8
3	5	38,4	4	30,8
4	2	15,4	0	0

Em função do cálculo das medianas referentes ao nível de higiene da prótese na arcada superior, comprovou-se que não existem diferenças significativas de $t = 0$ para $t=30$ ($p = 1,000$, teste de *Wilcoxon*). O nível de higiene da prótese em $t = 0$ tem um valor mediano de 2,50 e em $t = 30$ o valor é de 2,50. Consegue-se então concluir que não existem diferenças significativas na higiene da prótese entre a observação inicial e a observação após 30 dias, tendo por base um nível de significância de 5%, não se rejeitando a hipótese nula ($p>0,05$) (tabela 24).

*Tabela 24 Medianas do nível de higiene da prótese quanto à percentagem de placa bacteriana na arcada superior a $t=0$ e $t =30$ *Teste de Wilcoxon*

	<i>Frequência (n)</i>	<i>Mediana</i>	<i>Amplitude interquartil</i>	
<i>Avaliação do nível de higiene da prótese (t=0)</i>	18	2,50	± 1	$p = 1,000$
<i>Avaliação do nível de higiene da prótese (t =30)</i>	18	2,50	± 3	

Relativamente ao cálculo das medianas quanto ao nível de higiene da prótese na arcada inferior, comprovou-se que não existem diferenças significativas de $t = 0$ para $t = 30$ ($p = 0,059$, teste de *Wilcoxon*). O nível de higiene da prótese em $t = 0$ tem um valor mediano de 2,50 e em $t = 30$ o valor é de 2,50. Conclui-se que não existem diferenças significativas na higiene da prótese entre a observação inicial e a observação após 30 dias, tendo por base um nível de significância de 5%, não se rejeitando a hipótese nula no que toca a este índice (tabela 25).

Tabela 25 Medianas do nível de higiene da prótese quanto à percentagem de placa bacteriana na arcada inferior a $t=0$ e $t=30$ *Teste de Wilcoxon

	Frequência (n)	Mediana	Amplitude interquartil	
Avaliação do nível de higiene da prótese ($t=0$)	13	2,50	± 1	p = 0,059
Avaliação do nível de higiene da prótese ($t=30$)	13	2,00	± 2	

IV. DISCUSSÃO

Portugal tem um grande número de idosos e por isso é considerado como um país envelhecido. A debilidade associada ao envelhecimento e o aparecimento de doenças crónicas faz com que o idoso necessite de cuidados especializados na área da saúde para obtenção de uma melhor qualidade de vida. Os profissionais de auxílio - a idosos institucionalizados - tomam um papel preponderante para este efeito (INE, 2016; Portella et al., 2015; Shedlin et al., 2018).

A autoperceção do indivíduo sobre o seu estado de saúde, no caso do idoso, pode ser um reflexo da idade, experiências prévias, crenças, contextos sociais culturais ou mesmo históricos. No entanto, pode ainda estar alterada por incapacidades – visão, motoras, destreza manual – ou mesmo dores, estado emocional ou motivação. O edêntulismo, embora considerado como um fenómeno natural associado ao envelhecimento, é também um reflexo da falta de orientação e perceção de cuidados de saúde orais (Rocha et al., 2013; Shedlin et al., 2018).

O profissional que opte por dar auxílio a idosos, para além de uma formação técnico-científica, é-lhe requerido uma sensibilidade social, ética e humana. No entanto, a sua autoperceção sobre saúde oral pode ter influência no auxílio prestado ao idoso. Um cuidador que negligencie a sua própria saúde oral – ou mais concretamente a sua higiene oral - independentemente das razões inerentes a isso, pode refletir os seus atos, no auxílio ao idoso. Estes pontos tocam na importância da sensibilização para os cuidados de saúde oral a pessoas em faixas etárias de meia idade – maioria dos cuidadores, e são eles que vão cuidar/ sensibilizar os seus pais (idosos) ou mesmo dos seus filhos (crianças) para o assunto (Nemre, Adas, Moimaz, Antônio, & Marques, 2007; Wårdh et al., 2012). Uma das barreiras que se procurou combater neste estudo, foi exatamente a autoperceção do cuidador sobre cuidados de saúde oral. Procurámos, através de uma formação didática e adequada a esta população salientar a importância da higiene oral e de cuidados preventivos.

Os estudos epidemiológicos para avaliar a prevalência de doenças orais, tal como sugere a OMS, devem ser levados a cabo a cada 5 anos, contribuindo assim para uma maior compreensão das necessidades da população, das patologias existentes e

associações das mesmas. A OMS sugere ainda a importância de criar uma saúde sustentável com profissionais adequadamente treinadas. Esses sistemas exigem que os profissionais de saúde tenham habilitações gerontológicas e geriátricas básicas. Recomenda a criação de sistemas adaptados que monitorizem o desempenho, que recompensem os profissionais, de modo a incentivar ao cuidado e otimizar as capacidades intrínsecas ao serviço prestado. Estas medidas devem ser aplicadas em prol de um futuro envelhecimento saudável (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Este trabalho de investigação foi desenvolvido numa amostra de 43 indivíduos da terceira idade, institucionalizados na Residência Sénior Egas Moniz. O interesse por esta população, em parte, justifica-se pela parceria que existe entre o Instituto Universitário Egas Moniz e a Residência, com uma vontade inerente de melhorar os cuidados prestados aos utentes institucionalizados.

O estudo procurou perceber o efeito de uma formação (sobre higiene e saúde oral) a cuidadores que prestam auxílio aos idosos institucionalizados à semelhança de outros estudos (Frenkel et al., 2001; R. Isaksson et al., 2000; Jablonski et al., 2018; Portella et al., 2015; Wårdh et al., 2012). Para o efeito, através de um estudo *before and after comparison*, avaliou-se a cavidade oral dos idosos antes e 1 mês depois da formação. Foram descritas as variáveis independentes - idade, género, tempo de estadia na residência, frequência de higiene, grau de edêntulismo, uso de prótese, tipo de reabilitação por arcada - predisponentes à análise. Na análise, foram comparadas as variáveis dependentes - IP, IG, estado da mucosa quanto ao grau de inflamação, nível de higiene da prótese na arcada superior e na arcada inferior – com o intuito de perceber o impacto que a formação teve no estado de saúde oral dos idosos.

Os 43 participantes no estudo, apresentam idade mínima de 60 anos. Apesar de em Portugal se considerar uma pessoa idosa, homem ou mulher, quando apresente idade superior ou igual a 65 anos - idade associada ao início da reforma - (Direção-Geral da Saúde, 2018a) neste estudo os participantes foram divididos em faixas etárias a partir dos 60 anos de idade (WHO, 2002). Os resultados demonstraram que 72,1% - uma maioria - dos 43 participantes encontram-se na faixa etária dos 80-89 anos, tal como aconteceu num estudo de (Portella et al., 2015) onde os participantes foram igualmente divididos em grupos etários.

A distribuição por gêneros com predominância do gênero feminino, foi encontrada numa avaliação à população idosa Portuguesa, em que foram registadas idades, estimadas para a terceira idade, de 83,23 anos para o gênero feminino e 77,36 anos para o gênero masculino (INE, 2018), esta longevidade atribuída ao gênero feminino poderá explicar o fato de existirem mais mulheres (81,4%) do que homens (18,6%), na população em estudo. Outros estudos, (Jablonski et al., 2018; Maramaldi et al., 2018; Portella et al., 2015) atribuem também, uma percentagem superior referente ao gênero feminino.

Em relação ao tempo de estadia na residência, a amostra foi dividida em 3 intervalos de tempo – [0-1] ano, [1-2] anos e >2 anos - sendo que praticamente metade (48,8%) dos residentes vive na instituição há mais de 2 anos, 23,3% vive entre 1-2 anos e os restantes (27,9%) num intervalo de tempo de 0-1 anos. Outros autores (Jablonski et al., 2018; Portella et al., 2015) também caracterizaram a amostra quanto ao tempo de estadia na instituição. Portella et al., (2015) apesar de ter caracterizado a população quanto ao tempo de estadia em apenas 2 intervalos de tempo – [0-5] anos e >5 anos - constatou que uma maioria (53,8%) vivia [0-5] anos e os restantes (46,2%) à >5 anos. Tendo por base este estudo, optou-se por caracterizar os residentes quando ao tempo de estadia em intervalos mais pequenos para conseguir pormenorizar e discriminar o tempo de estadia correspondente ao intervalo de [0-5] anos, referido pelo autor.

Fez-se um levantamento acerca da frequência de higienização oral dos idosos participantes no estudo e concluiu-se que a quase totalidade dos participantes (90,7%) executava a higiene 2 vezes por dia – ao levantar e ao deitar – e que apenas 9,3% higienizava 3 vezes. Na verdade, o número de higienizações diárias, nem sempre corresponde a uma boa higiene (Gaszynska, Szatko, Godala, & Gaszynski, 2014; Limeback, 2013). E o fato é que não tendo havido alteração no número de higienizações diárias, houve algumas melhorias nos resultados dos parâmetros estudados - diminuição significativa do IG e do nível de inflamação da mucosa. Estes resultados sustentam a importância de uma higienização eficiente e idealmente 2 a 3 vezes por dia. Mas mais do que aumentar a frequência de higienizações de 2 para 3 vezes é importante manter a eficiência do ato (Limeback, 2013).

Wårdh et al., (2012) realizaram um estudo sobre atitude e conhecimento acerca de cuidados de saúde oral e comprovaram que a escovagem dentária foi considerada por 60% dos cuidadores como problemática e que quase 80% referiram que um dos maiores obstáculos era a falta de cooperação dos residentes. Neste estudo não foram avaliadas variáveis que mediam o grau de destreza/musculatura nem de dependência, como acontece em alguns estudos (Jablonski et al., 2018; Kato et al., 2018; Portella et al., 2015; Zenthöfer et al., 2017). No entanto, tendo em conta que se observaram algumas melhorias na higiene oral dos idosos poderemos relacionar esta melhoria com uma maior eficiência do trabalho dos cuidadores e numa aquisição de conhecimentos e técnicas que permitiram melhorar a higienização da cavidade oral dos idosos.

A saúde oral toma um papel importante no que diz respeito ao bem-estar de um indivíduo. O edêntulismo é um dos fatores que contribui para uma má condição oral e tem influência na qualidade de vida e dia-a-dia da pessoa. Apesar da perda dentária ter vindo a diminuir ao longo das últimas duas/ três décadas, continua a ser um obstáculo em alguns países e particularmente entre a população idosa (WHO, 2002). Deste modo, a avaliação da magnitude da perda dentária – prevalência de desdentados e tipo de reabilitação oral - revelou-se como um importante fator para caracterização das condições orais, da população em estudo.

Quanto ao grau de edêntulismo constatou-se que 27,9% eram desdentados totais e 72,1% eram dentados (1 ou mais dentes). No estudo realizado por Isaksson et al., (2000) 49% dos participantes eram dentados e tinham 1 ou mais dentes. Consideramos que, em futuros estudos talvez fosse benéfico esta caracterização de dentados quanto ao número de dentes. Uma das hipóteses poderia ter sido acrescentar uma variável para desdentados parciais, discriminando o número de dentes que os indivíduos tinham, como acontece noutros estudos (Frenkel et al., 2001; Gaszynska et al., 2014; Isaksson R. et al., 2000; Kato et al., 2018).

Na distribuição de frequência referente ao uso de prótese dentária, dos 43 participantes, constatou-se que 21, aproximadamente metade indivíduos, utilizavam prótese dentária, o que equivale a 48,8% da amostra total. Frenkel et al., (2001), no seu estudo inferiram que 80,6% da amostra utilizava prótese. A disparidade deste valor é inconclusiva. No entanto, pode estar relacionada com a localização demográfica da

residência uma vez que o estudo de Frenkel et al, (2001) foi realizado em Inglaterra e o nível de vida ou mesmo a percepção sobre cuidados de higiene oral podem ser diferentes de Portugal.

Numa perspetiva de se compreender o tipo de desdentados do estudo, optou-se por descrever a reabilitação que os desdentados apresentavam, fossem eles desdentados totais (próteses totais) ou desdentados parciais (próteses parciais). A amostra foi também dividida quanto ao tipo de reabilitação (removível ou implanto-suportada) e quanto ao tipo de material das opções protéticas (acrílica, esquelética, metalocerâmica ou híbrida).

Dos 21 utilizadores de prótese, 21 (100%) tinham prótese na arcada superior e apenas 15 (34,9%) tinham prótese na arcada inferior. Consegue-se comprovar que a utilização de prótese na arcada inferior está abaixo do valor para a arcada superior. Estes valores podem ser sustentados pelo facto de alguns dos portadores de prótese não terem capacidade de manter a prótese na arcada inferior uma vez que existe uma maior taxa de reabsorção óssea na mandíbula, comparada com a maxila e uma conseqüente diminuição da superfície de contacto das próteses removíveis mandibulares. Outro dos fatores que pode causar esta falta de retenção e deslocamentos da prótese são a musculatura da língua e pavimento da boca (Hummel, Wilson, Marker, 2002).

Relativamente aos utilizadores de prótese removível, na arcada superior, dos 21 participantes, uma maioria (61,9%) utilizavam prótese total acrílica e 23,8% utilizavam prótese parcial. Dos participantes reabilitados parcialmente na arcada superior, 4,8% utilizava prótese parcial acrílica e 19% utilizava prótese parcial esquelética. Relativamente à reabilitação oral na arcada inferior, dos 15 participantes, 13 (86,7%) utilizavam prótese removível sendo a prótese total acrílica a opção mais utilizada (46,6%). Apenas uma pessoa utiliza prótese acrílica parcial (6,7%) e os restantes 5 (33,3%) utilizam prótese parcial esquelética. Todas estas próteses removíveis foram incluídas na avaliação do estado de higiene da prótese quanto à percentagem de placa bacteriana e no caso dos participantes dentados parciais foram incluídos para a medição do IP e IG. A maioria das investigações opta por estudar este tipo de reabilitação protética, uma vez que a opção removível é a mais utilizada pelos idosos e assim sendo é um bom parâmetro para medir a higiene oral desta população (Frenkel et al., 2001; Isaksson et al., 2000; Portella et al., 2015).

A maioria dos estudos não inclui na sua amostra idosos portadores de próteses fixas. Uma das hipóteses que pode sustentar esta afirmação é o facto de a população idosa que recorre a opções protéticas definitivas ser ainda escassa. Zitzmann et al., (2007) referem que apesar das próteses fixas serem definitivas, estas são mais prevalentes em grupos etários mais jovens, enquanto que as opções removíveis são o tipo de reabilitação mais utilizado nas faixas etárias mais avançadas. Esta tendência poderá estar relacionada com questões financeiras, educação, conhecimento sobre diferentes tipos de reabilitações e motivação para a saúde oral (Rocha et al., 2013; Zitzmann et al., 2007).

Em Portugal, o idoso não usufrui de muitas regalias sociais, inclusive na saúde. Apesar da esperança média de vida ter aumentado, apenas metade dos indivíduos entre os 55 e 64 anos estão empregados, enquanto a maioria dos pensionistas de velhice da Segurança Social (77,9%) recebe pensões inferiores ao salário mínimo nacional (€580,00). Os idosos portugueses são ainda considerados como uns dos que mais vivem sozinhos e abaixo do limiar da pobreza, estando colocados em 7º lugar, um valor acima da média na União Europeia (23,6%) (PORDATA, 2018c).

No entanto, ao albergue do Complemento Solidário para Idosos existe um apoio com o nome de “Benefícios Adicionais de Saúde” que reduzem as despesas dos beneficiários. Este apoio, ao nível da saúde oral, inclui o cheque-dentista que permite aderir às consultas de medicina dentária/ estomatologia de forma gratuita e ainda à aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis em 75% das despesas, até ao limite de € 250,00, por cada período de 3 anos (“Segurança-social”, 2018). É importante salientar o facto de uma reabilitação fixa não estar incluída. Assim, poderá então, fazer-se uma associação à inviabilidade da escolha deste tipo de próteses quando não existe poder económico, por parte do indivíduo, para realizar este tipo de tratamentos.

No estudo decorrente, optou-se por incluir os portadores de reabilitações protéticas definitivas, que neste caso eram portadores de próteses implanto-suportadas. A Residência Sénior Egas Moniz é uma instituição privada e os honorários inerentes à estadia são acima da média. Dos 21 utilizadores de prótese, 3 (14,3%) tinham prótese implanto-suportada na arcada superior. Na arcada inferior, dos 15 participantes reabilitados, 2 (13,3%) tinham prótese implanto-suportada. Um estudo idêntico (Isaksson et al., 2000) realizado numa residência para idosos na Suécia encontrou valores muito

semelhantes para portadores de opções protéticas fixas. Segundo os autores, 12% utilizam reabilitação fixa na arcada superior e 15% utiliza na arcada inferior.

Ainda relativamente à reabilitação fixa, neste estudo, para a arcada inferior, 2 das próteses eram híbridas (9,5%) e 1 era parcial metalocerâmica (4,8%). Em relação à arcada inferior, das apenas 2 prótese implanto-suportadas, 1 delas era híbrida (6,7%) e a outra era parcial metalocerâmica (6,7%). Importante referir que os participantes portadores de próteses implanto-suportadas não foram analisados no parâmetro quanto à higiene da prótese uma vez que as próteses não eram removíveis. No entanto, os que tinham prótese suportada parcial foram incluídos na análise de IP e IG.

Os resultados dos parâmetros que permitiram medir a higiene oral foram expostos de maneira diferente para idosos dentados e idosos portadores de próteses. Para dentados utilizou-se o IP, IG, inflamação da mucosa e higiene da prótese (caso existisse e fosse removível). Em relação aos desdentados totais mediu-se, exclusivamente, a inflamação da mucosa e higiene da prótese (caso existisse e fosse removível).

No presente estudo, os resultados comprovam algumas melhorias na higiene oral dos idosos, o que é encorajador tendo em conta uma extensão limitada da intervenção – formação com 2 módulos de aproximadamente 30 minutos cada.

Zenthöfer et al., (2017), procuraram perceber a associação entre demência e uma higiene oral/ higiene da prótese pobre e se esta associação poderia levar a um risco acrescido de doença periodontal, em idosos institucionalizados. Para isso analisou diversas variáveis, nomeadamente, a capacidade cognitiva, índice de placa e gengival. Os resultados foram controversos. Os autores concluíram que a demência no idoso aumentava o risco de sofrer de doença periodontal severa. No entanto, não encontrou relação entre a demência e o estado de higiene da cavidade oral ou prótese dentária. Esta falta de associação, no que respeita à higiene oral e das próteses pode acontecer por variadas razões, no entanto uma das possíveis hipóteses é facto da higiene ser auxiliada pelos cuidadores, algo que acontece quando o idoso está incapacitado para o fazer.

A variedade de índices existentes para medir a presença de placa bacteriana e a gengivite, embora vantajoso para fins científicos, nem sempre é prática do ponto de vista da saúde oral pública. Para ser capaz de conduzir programas preventivos, o médico

dentista precisa de um sistema de registos simples e bem definido para higiene oral e inflamação gengival. O sistema de índices deve ser fácil e acessível de utilizar (Ainamo & Bay, 1975; Lindhe, Lang, & Karring, 2013). O IP e IG são variáveis que nos permitem avaliar e/ou quantificar a eficácia da higiene oral. Os índices utilizados neste trabalho foram os propostos por Ainamo & Bay, (1975). Onde a ausência de placa, ou hemorragia no caso do IG, é classificada como 0 e a presença de placa/ hemorragia visível como 1. No caso do IG é possível avaliar o grau de inflação no sulco gengival (Ainamo & Bay, 1975).

Constatámos neste estudo, em relação ao IP que apesar da variação não ter sido estatisticamente significativa ($p=0,053$), foram observadas melhorias após os 30 dias. Inicialmente o valor da média era de 72,8% e após a formação os valores médios indicavam uma percentagem de 65,8. Importante referir que apesar de se ter verificado percentagens mais baixas, não deixam de ser valores de IP altos. Frenkel et al., (2001) numa segunda visita, após formação dos cuidadores e entrega de materiais para higiene oral dos idosos encontrou melhorias estatisticamente significativas ($p < 0,001$). No entanto, o autor refere que apesar das melhorias consideráveis os valores de placa nas superfícies dos dentes, tal como aconteceu no presente estudo eram superiores a 50%. Valores altos para o espectado.

Relativamente ao IG, a abordagem estatística revelou melhorias significativas ($p=0,003$) após a formação aos cuidadores sobre métodos de escovagem mais eficazes e entrega de utensílios para a higiene dos idosos. O que poderá ter atenuado o estado de inflamação da gengiva após 30 dias da formação. Frenkel et al., (2001) no seu estudo, encontrou igualmente melhorias estatisticamente significativas ($<0,001$), aquando da avaliação do mesmo índice e mediante as mesmas condições. Apesar das melhorias serem significativas, os valores médios encontrados após a formação (32,2%) estão ainda aquém dos ideais.

O estudo revelou alguns resultados controversos, uma vez que houve uma melhoria estatisticamente significativa no IG e o mesmo não aconteceu com o IP. A calibragem da hora da avaliação pode ter influenciado os valores registados de IP (Lindhe et al., 2013). O facto de ter sido difícil observar todos os idosos na mesma altura do dia tanto para $t=0$ como para $t=30$, pode ter influenciado os valores de IP e IG. Para além

disso, a utilização de um revelador de placa como o utilizado do estudo de Zenthöfer et al., (2017) traria uma maior precisão às medições da placa bacteriana. No entanto, a melhoria da condição gengival, revelada pelos valores de IG poderão revelar uma melhoria no estado de higiene oral a longo prazo, neste caso após 1 mês.

A utilização de uma escala de *Likert* de 0-4 ou 1- 4 é comum à maioria dos estudos que procuram quantificar a higiene oral de um indivíduo (Isaksson et al., 2000; Nicol et al., 2005; Portella et al., 2015).

A melhoria dos resultados, nos parâmetros que medem a higiene oral de idosos através da formação de cuidadores, não é singular a este estudo. Vários estudos que têm por base a mesma investigação (Portella et al., 2015). Um estudo realizado por Longhurst, (1998) concluiu que após a introdução de *guidelines* de higienização de próteses e cavidade oral com um *follow-up* de 3 meses, houve uma redução da colonização de *Candida* e encontrou inclusive níveis de higiene mais prósperos, quando utilizava os mesmos parâmetros que o presente estudo - inflamação da mucosa e higiene da prótese quanto à percentagem de placa bacteriana. Esta redução manteve-se após um *follow-up* de 6 anos.

O nível de inflamação da mucosa foi descrito e expresso em valores médios de percentagem de inflamação baseado no estudo desenvolvido por (Isaksson et al., 2000; Portella et al., 2015). Tanto no estudo realizado por Portella et al., (2015) como no presente estudo, foi possível verificar uma melhoria do nível de inflamação da mucosa após formação dos cuidadores, especialmente no que diz respeito ao número de participantes com nível 1 – correspondente a “sem inflamação/ aparência normal”. Com recurso à análise das medianas do nível de inflamação da mucosa, de (t =0) para (t=30) foram identificadas melhorias significativas ($p = 0,043$, teste de *Wilcoxon*), tal como acontece no estudo realizado por Isaksson et al., (2000) onde $p < 0,001$ (teste de *Wilcoxon*).

Portella et al., (2015) no seu estudo avaliaram o estado de dependência e força muscular dos idosos, parâmetros que podem influenciar a capacidade pessoal de realizar a higiene. O autor encontrou melhorias na higiene oral após um ano, no entanto, quando os participantes eram divididos de acordo com o seu estado de dependência e/ou força muscular concluiu que essa melhoria era evidente apenas nos participantes independentes

e/ou naqueles que tinham uma força muscular normal. Estas duas variáveis poderiam ter sido analisadas no presente estudo acrescentando valor científico. No entanto, à semelhança do presente estudo, Nicol et al., (2005) também avaliaram idosos dependentes numa residência igualmente pequena e encontraram evidências de melhorias na inflamação da mucosa dos idosos estudados, após a formação aos cuidadores.

A quantidade de placa bacteriana é um indicador importante e muito utilizado para a avaliação do grau da higiene oral e protética (Frenkel et al., 2001; Jablonski et al., 2018; Paranhos et al., 2013; Portella et al., 2015; Villarosa et al., 2018). A literatura descreve uma diversidade de métodos clínicos capazes de quantificar o nível de placa bacteriana na prótese. Um dos métodos mais comuns é a associação de revelador de placa bacteriana com ou sem registo fotográfico (Paranhos, & Lovato da Silva, 2004).

A higiene das próteses da arcada superior e inferior estiveram dependentes da aquisição de conhecimentos por parte dos cuidadores e consequente execução prática dos conteúdos ensinados. Baseado em estudos realizados por Frenkel et al., (2001) e Portella et al., (2015), o nível de higiene das próteses foi descrito e expresso em valores médios de percentagem de recobrimento por placa bacteriana na arcada superior e na arcada inferior para $t=0$ e $t=30$ com o intuito de medir o impacto da formação. No presente estudo, tanto na arcada superior como na arcada inferior foram encontradas percentagens superiores para os níveis de higiene mais aceitáveis 0, 1 e 2 – “ausência de placa”, “até 25% da superfície coberta de placa microbiana” e “de 26% a 50% da superfície coberta de placa bacteriana”, respetivamente. No entanto encontraram-se igualmente, valores altos para o nível 3 e 4 - “de 51% a 75% da superfície coberta de placa bacteriana” e “de 76% a 100% da superfície coberta de placa bacteriana”, respetivamente.

Ou seja, não se verificaram melhorias na higiene das próteses da arcada superior nem inferior. A quantidade de placa bacteriana na arcada superior na segunda avaliação era praticamente a mesma que na primeira observação – $2,50 \pm 1$ em ($t=0$) e $2,50 \pm 3$ em ($t=30$). No caso da arcada inferior a quantidade de placa bacteriana diminuiu, mas sem significado estatístico – $2,5 \pm 1$ em ($t=0$) e $2,00 \pm 2$ em ($t=30$). Não se comprova uma melhoria relevante na higienização das próteses. Assim, em função do valor das medianas e do facto de não ter existido uma diminuição estatisticamente significativa para a arcada superior ($p=1,000$ teste de *Wilcoxon*) e para a arcada inferior ($p=0,059$ teste de *Wilcoxon*),

de $t=0$ para $t=30$ pode, tal como aconteceu no IP, estar relacionado com a calibragem da amostra em relação à altura do dia que os idosos foram observados/ avaliados. Portella et al., (2015) no seu estudo encontraram melhorias significativas ($p = 0,001$) aquando da análise da mesma variável.

Acreditamos que, um dos procedimentos que traria mais valor ao estudo seria a utilização de um revelador de placa, calibrando melhor as observações das próteses e, eventualmente, poderia ter contribuído para que os cuidadores tivessem a perceção das zonas mal higienizadas e melhorassem a higiene. No entanto, em termos de logística, dificilmente se conseguiria mostrar a todos os cuidadores as zonas que se encontravam mal higienizadas, aquando da avaliação das próteses dos idosos. Paranhos, Silva, Cherubini, Macedo & Souza, 2007 concluíram nos seus estudos que a utilização de revelador de placa, diariamente, é vantajosa para manter a prótese limpa e a mucosa saudável.

Este estudo, aqui delineado, integrou uma fase inicial de um possível projeto que cremos ter potencial para crescer e se desenvolver. A investigação foi baseada em estudos igualmente, desenvolvidos em instituições para idosos e com a mesma intenção de aprofundar o estado de saúde oral e qualidade de vida do idoso, através de comparações de variáveis antes e após formação de cuidadores (Frenkel et al., 2001; Isaksson et al., 2000; Jablonski et al., 2018; Portella et al., 2015; Wårdh et al., 2012). Serão explanadas algumas dessas possibilidades de futuro desenvolvimento:

Inclusão de mais de 1 residência - Seria evidente o benefício que a inclusão de mais que uma residência podia trazer à robustez do estudo pois aumentaria significativamente a amostra e permitiria a extração de novas conclusões.

Introdução de residências controlo - A inclusão de várias residências podendo dividi-las em grupo estudo e grupo controlo. As avaliações do estado oral dos idosos seriam feitas simultaneamente nos dois grupos sendo posteriormente o grupo de estudo o único a receber a ação de formação aos cuidadores. Numa segunda fase analisar-se-ia de novo os índices nas duas residências podendo assim atribuir às eventuais melhorias no estado de saúde oral do grupo de estudo comparativamente controlo à formação dada. No final do estudo as residências controlo receberiam também a ação de formação.

Avaliação a longo prazo do impacto da formação - Seria interessante reavaliar o impacto da ação de formação aos cuidadores numa segunda abordagem que poder-se-ia realizar 3, 6 meses ou até 1 ano após a formação inicial.

Os resultados, em parte, reforçam a eficácia da formação e a importância dos métodos ensinados. No entanto, é de ressaltar que formações contínuas e com apoio de especialistas nomeadamente médico dentista, higienista oral ou mesmo estudantes de medicina dentária com bases sobre higiene oral, seriam benéficos para a saúde oral dos idosos e conseqüentemente para uma melhoria da qualidade de vida, com eventual prevenção de algumas doenças. Para além disso, trariam mais capacitações e um incentivo redobrado aos cuidadores.

V. CONCLUSÃO

Neste estudo - *before and after comparition* - após 1 mês verificaram-se melhorias no estado de saúde oral dos idosos. As melhorias podem estar associadas à ação de formação dada aos cuidadores.

No índice de placa apesar da variação não ter sido estatisticamente significativa, foram, ainda assim, observadas ligeiras melhorias.

No índice gengival, os valores sofreram alterações estatisticamente significativas.

Para o grau de inflamação da mucosa, os resultados indicaram uma melhoria estatisticamente significativa.

O nível de higiene das próteses removíveis quanto à percentagem de placa bacteriana tanto para a arcada superior, como para a arcada inferior, não evidenciaram melhorias estatisticamente significativas.

Nota final

Este estudo ofereceu-me uma maturidade inesperada, tanto a nível profissional como pessoal. É de dignificar o trabalho de auxiliares, enfermeiros e direção da instituição em prol de um interesse comum, o bem-estar do idoso. Apesar de ter consciência que muito mais poderia ter sido feito neste estudo, e que eventualmente outras variáveis e procedimentos trariam melhores resultados para o estudo, estou convicta que, o que foi desenvolvido nutriu conhecimento, consciência cívica, sentido de solidariedade, desprendimento e felicidade. Este estudo, não refletiu, unicamente, um trabalho uni-direcional de formador/cuidador para idoso. O idoso é irredutivelmente um ser sábio. A sua inigualável experiência de vida jamais deverá ser ignorada. Resta-nos a nós sociedade, e em especial profissionais de saúde, oferecer qualidade de vida àqueles que um dia tiveram a nossa idade e capacitação motora/cognitiva. Para lá caminhamos...

VI. BIBLIOGRAFIA

Acevedo, R. A., Batista, L. H. C., Trentin, M. S., & Shibli, J. A. (2001). Tratamento periodontal no paciente idoso. *Revista Faculdade Odontologia Univiversidade Passo Fundo*, 6(2), 57–62.

Ainamo, J., & Bay, I. (1975). Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *International Dental Journal*.
https://doi.org/10.2337/DIACARE.28.SUPPL_1.S37

Ali, Z., Baker, S. R., Shahrabaf, S., Martin, N., & Vettore, M. V. (2018). Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Prosthetic Dentistry*.
<https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2018.03.003>

American Cancer Society. (2017). Cancer Facts and Figures 2017. *Genes and Development*, 21(20), 2525–2538. <https://doi.org/10.1101/gad.1593107>

Andersson, K., & Nordenram, G. (2004). Attitudes to and perceptions of oral health and oral care among community-dwelling elderly residents of Stockholm, Sweden: an interview study. *International Journal of Dental Hygiene*, 2(1), 8–18.
<https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2004.00059.x>

Bagan, J., Sarrion, G., & Jimenez, Y. (2010). Oral cancer: Clinical features. *Oral Oncology*, 46(6), 414–417. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2010.03.009>

Bilder, L., Yavnai, N., & Zini, A. (2014). Oral health status among long-term hospitalized adults: a cross sectional study. *PeerJ*. <https://doi.org/10.7717/peerj.423>

Brener, S., Jeunon, F. A., Barbosa, A. A., & Grandinetti, H. de A. M. (2007). Carcinoma de células escamosas bucal : uma revisão de literatura entre o perfil do paciente , estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(1), 63–69.

Brunetti-Montenegro, F., & Marchini, L. (2013). *Odontogeriatria - Uma Visão Gerontológica* (1st ed., pp. 257-264). Elsevier Editora Ltda.

Budtz-Jørgensen, E. (1996). Restoration of the partially edentulous mouth - A comparison of overdentures, removable partial dentures, fixed partial dentures and implant treatment. *Journal of Dentistry*, 24(4), 237–244.
[https://doi.org/10.1016/0300-5712\(95\)00075-5](https://doi.org/10.1016/0300-5712(95)00075-5)

Cano-Gutiérrez, C., Borda, M. G., Arciniegas, A. J., & Borda, C. X. (2015). Edentulism and dental prostheses in the elderly: impact on quality of life measured with EuroQol--visual analog scale (EQ-VAS). *Acta Odontologica Latinoamericana : AOL*, 28(2), 149–155. <https://doi.org/10.1590/S1852-48342015000200009>

Carli, J. P. De, Giaretta, B. M., Vieira, R. da R., Linden, M. S. S., Ghizoni, J. S., & Pereira, J. R. (2013). Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis, 32, 103–115.

Carta social (2018). Carta social, web site acedido em Setembro 2, 2018 disponível em <http://www.cartasocial.pt>

Choo, A., Delac, D. M., & Messer, L. B. (2001). Oral hygiene measures and promotion: Review and considerations. *Australian Dental Journal*, 46(3), 166–173. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2001.tb00277.x>

Cooke, C., Ahmedzai, S., & Mayberry, J. (1996). Xerostomia--a review [see comments]. *Palliat Med*. <https://doi.org/10.1177/026921639601000403>

Cornejo-Ovalle, M., Costa-de-Lima, K., Pérez, G., Borrell, C., & Casals-Pedro, E. (2013). Oral health care activities performed by caregivers for institutionalized elderly in Barcelona-Spain. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 18(4). <https://doi.org/10.4317/medoral.18767>

Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H., & Reis Campos, J. C. (2011). As doenças orais no idoso - Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 52(3), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2011.05.002>

Day, J. (1998). Efficacy of a sonic toothbrush for plaque removal by caregivers in a special needs population. *Special Care in Dentistry*, 18(5), 202–206. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.1998.tb01740.x>

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2005). Saúde Oral das Pessoas Idosas.

Direção Geral de Saúde (2018a). Complemento solidário para idosos, web site acedido Julho 20, 2018 disponível em <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=8e00381f-52ce-45fb-b5a0-35fe84fa926a#saude-de-a-a-z/cheque-dentista>

Direção Geral de Saúde (2018b) Escovilhão Dentário, web site acessado Setembro 12, 2018 disponível em <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=8e00381f-52ce-45fb-b5a0-35fe84fa926a#saude-de-a-a-z/a33>

Drake, C. W., & Beck, J. D. (1993). The oral status of elderly removable partial denture wearers. *J Oral Rehabil*, 20(7450), 53–60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin-post/Entrez/query?db=m&form=6&dopt=r&uid=0008429423>

Ekelund, R. (1989). National survey of oral health care in Finnish private old people's homes. *Community Dent Oral Epidemiol*, 17(3), 158–161. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1989.tb00013.x>

ERS. (2014). Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

Feio, M., & Sapeta, P. (2005). Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Medica Portuguesa*, 18(6), 459–466. <https://doi.org/16684486>

Felton, D. (2016). Complete-Edentulism-and-Comorbid-Diseases-An-Update-2016.pdf. *American College of Prosthodontists*.

Felton, D., Cooper, L., Duqum, I., Minsley, G., Guckes, A., Haug, S., ... Deal Chandler, N. (2011). Evidence-Based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures: A Publication of the American College of Prosthodontists. *Journal of Prosthodontics*, 20(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2010.00683.x>

Fialová, D., & Desplenter, F. (2016). Aging of the Population, Clinical Pharmacy Services, and Interdisciplinary Cooperation in the Optimization of Pharmacotherapy in Older Patients. *Drugs and Aging*, 33(3), 163–167. <https://doi.org/10.1007/s40266-016-0361-6>

Frenkel, H., Harvey, I., & Newcombe, R. G. (2001). Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: A randomised controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29(4), 289–297. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2001.290408.x>

Gaszynska, E., Szatko, F., Godala, M., & Gaszynski, T. (2014). Oral health status, dental treatment needs, and barriers to dental care of elderly care home residents in

Lodz, Poland. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1637–1644. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed13&NEWS=N&AN=25284997>

Gil-Montoya, J. A., de 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*, 10, 461–467. <https://doi.org/10.2147/CIA.S54630>

Gonçalves, L. F. F., Neto, D. R. da S., Bonan, R. F., Carlo, H. L., Ulisses, A., Batista, D., & Batista, A. U. D. (2011). Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis. *Revista Brasileira de Ciências Da Saúde*, 15(1), 87–94. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.01.13>

Gonsalves, W. C., Wrightson, A. S., & Henry, R. G. (2008). Common oral conditions in older persons. *American Family Physician*.

Guimaraes, M. B., Pereira, D. D., Bueno, R. S., & Guimaraes Blaya, M. B. (2014). Comparative Analysis of Different Chemical Methods for Removing Biofilm from Complete Dentures. *J Dent Oral Disord Ther*, 2(2), 5.

Holmén, A., Strömberg, E., Hagman-Gustafsson, M. L., Wårdh, I., & Gabre, P. (2012). Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: Prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology*, 29(2), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00507.x>

Hummel S, Wilson M, Marker V, N. M. (2002). Quality of removable partial dentures worn by the adult U.S. population. *Journal of Prosthetic Dentistry* 2002;88:37–43(technique)., 37–43.

Imazato, S., Ikebe, K., Nokubi, T., Ebisu, S., & Walls, A. W. G. (2006). Prevalence of root caries in a selected population of older adults in Japan. *Journal of Oral Rehabilitation*, 33(2), 137–143. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2006.01547.x>

INE (2016). Esperança de vida mais elevada à nascença no Centro e aos 65 anos no Algarve, 1–10, web site acedido em Agosto 15, 2018 disponível em ww.ine.pt

INE (2018). Esperança média de vida, web site acedido em Setembro 30, 2018 disponível

[emhttps://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=250156902&DESTAQUESTema=55466&DESTAQUESmodo=2&lang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=250156902&DESTAQUESTema=55466&DESTAQUESmodo=2&lang=pt)

Isaksson, K., & Johansson, G. (2000). Adaptation to continued work and early retirement following downsizing: Long-term effects and gender differences. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73(2), 241–256. <https://doi.org/10.1348/096317900167001>

Isaksson, R., Paulsson, G., Fridlund, B., & Nederfors, T. (2000). Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. Part II: Clinical aspects. *Special Care in Dentistry: Official Publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*, 20(3), 109–113. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=11203883>

Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., Azuero, A., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Geisinger, M. L. (2018). Randomised clinical trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. *Gerodontology*, (June), 1–11. <https://doi.org/10.1111/ger.12357>

Jansson, H., Wahlin, Å., Johansson, V., Åkerman, S., Lundegren, N., Isberg, P.-E., & Norderyd, O. (2014). Impact of Periodontal Disease Experience on Oral Health-Related Quality of Life. *Journal of Periodontology*, 85(3), 438–445. <https://doi.org/10.1902/jop.2013.130188>

Kandelman, D., Petersen, P. E., & Ueda, H. (2008). Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care in Dentistry*, 28(6), 224–236. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2008.00045.x>

Kato, T., Abrahamsson, I., Wide, U., & Hakeberg, M. (2018). Periodontal disease among older people and its impact on oral health-related quality of life. *Gerodontology*, (June), 1–9. <https://doi.org/10.1111/ger.12363>

Kelsey, J. L., & Lamster, I. B. (2008). Influence of musculoskeletal conditions on oral health among older adults. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1177–1183. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.129429>

- Limeback, H. (2013). *Comprehensive Preventive Dentistry*. *Comprehensive Preventive Dentistry*. <https://doi.org/10.1002/9781118703762>
- Lindhe, J., Lang, N. P., & Karring, T. (2013). *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. WILEY Blackwell. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Longhurst, R. H. (1998). A cross-sectional study of the oral healthcare instruction given to nurses during their basic training. *British Dental Journal*, 184(9), 453–457. doi:10.1038/sj.bdj.4809656
- Maramaldi, P., Cadet, T., Burke, S. L., LeCloux, M., White, E., Kalenderian, E., & Kinnunen, T. (2018). Oral health and cancer screening in long-term care nursing facilities: Motivation and opportunity as intervention targets. *Gerodontology*, (August 2017), 1–10. <https://doi.org/10.1111/ger.12365>
- Merelie, D. L., & Heyman, B. (1992). Dental needs of the elderly in residential care in Newcastle-upon-Tyne and the role of formal carers. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1992.tb00688.x>
- Milgrom, P. (1998). Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 26(1 Suppl), 32–44. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9671198
- Monteiro, O., & Baston, S. (n.d.). No Title.
- Nemre, A. S., Adas, S., Moimaz, S., Antônio, J., & Marques, M. (2007). Elderly caregivers profile and oral health perception, 3, 1–15. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100005>
- Nicol, R., Sweeney, M. P., McHugh, S., & Bagg, J. (2005). Effectiveness of health care worker training on the oral health of elderly residents of nursing homes. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(2), 115–124. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00212.x>
- Ordem dos Médicos Dentistas (2018a) 10 anos da Ordem dos Médicos Dentistas, web site acessado Setembro, 2018 disponível em <https://www.omd.pt/info/historia/10anos/>
- Ordem dos Médicos Dentistas (2018b). Saúde oral nos seniores, web site acessado Agosto 10, 2018 disponível em <https://www.omd.pt/publico/seniores/>

Ordem dos Médicos Dentistas (2018c). Cancro oral, web site acessado Setembro 2, 2018 disponível em <https://www.omd.pt/publico/cancro-oral/>

Organização Mundial da Saúde. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. *Organização Mundial de Saúde, 1*, 1–29. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Paranhos, H. & Lovato da Silva, C. (2004). Comparative study of methods for the quantification of biofilm on complete dentures. *Brazilian Oral Research, 18*(3), pp. 218-222

Paranhos, H., Silva, H., Cherubini, V., Macedo, L. & Souza, R. (2007). Distribution of biofilm on internal and external surfaces of upper complete dentures: the effect of hygiene instruction. *Gerodontology, 24*(3), pp. 162

Paranhos, H. de F. O., Davi, L. R., Peracini, A., Soares, R. B., Lovato, C. H. da S., & de Souza, R. F. (2009). Comparison of physical and mechanical properties of microwave-polymerized acrylic resin after disinfection in sodium hypochlorite solutions. *Brazilian Dental Journal, 20*(4), 331–335. <https://doi.org/S0103-64402009000400012> [pii]

Paranhos, H. de F. O., Salles, A. E. S., Macedo, L. D. de, Silva-Lovato, C. H. da, Pagnano, V. O., & Watanabe, E. (2013). Complete denture biofilm after brushing with specific denture paste, neutral soap and artificial saliva. *Brazilian Dental Journal, 24*(1), 47–52. <https://doi.org/10.1590/0103-6440201301946>

Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x>

Pinto, T. M. S., Neves, A. C. C., Leão, M. V. P., & Jorge, A. O. C. (2008). Vinegar as an antimicrobial agent for control of *Candida* spp. in complete denture wearers. *Journal of Applied Oral Science: Revista FOB, 16*(6), 385–390. <https://doi.org/10.1590/S1678-77572008000600006>

PORDATA (2018a). Indicadores de envelhecimento segundo censos, web site acessado Julho 28, 2018 disponível em

<https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-525-3739>

PORDATA (2018b). População residente total e por grupo etário, web site Setembro 5, 2018 disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente+total+e+por+grupo+etário-358-1844>

PORDATA (2018c). Pensionistas de velhice no total da população residente com 65 e mais anos (%), web site outubro 3, 2018 disponível em [https://www.pordata.pt/Europa/Pensionistas+de+velhice+no+total+da+população+residente+com+65+e+mais+anos+\(percentagem\)-2431](https://www.pordata.pt/Europa/Pensionistas+de+velhice+no+total+da+população+residente+com+65+e+mais+anos+(percentagem)-2431)

Portella, F. F., Rocha, A. W., Haddad, D. C., Fortes, C. B. B., Hugo, F. N., Padilha, D. M. P., & Samuel, S. M. W. (2015). Oral hygiene caregivers' educational programme improves oral health conditions in institutionalised independent and functional elderly. *Gerodontology*, 32(1), 28–34. <https://doi.org/10.1111/ger.12049>

Reflex, U. M. A., & Oral, D. E. (2012). O Futuro Da Saúde Oral. *Revista da Ordem dos Médicos Dentistas*, 1-26

Regezi, J., Sciubba, J. J., & Richard C.K, J. (2003). *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations 4th edition*. *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlation*.

Ribeiro, M. T. de F., Ferreira, R. C., Magalhães, C. S. de, Moreira, A. N., & Ferreira, E. F. e. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 870–875. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600011>

Rocha, D. M. de S., Nihi, M. Y. M., & Pizi, E. C. G. (2013). Análise da autopercepção e saúde bucal de idosos em diferentes grupos populacionais. *Revista Brasileira de Odontologia*, 70(2), 125–129.

Ruiz-Millo, O., Climente-Martí, M., & Navarro-Sanz, J. R. (2018). Improvement on prescribing appropriateness after implementing an interdisciplinary pharmacotherapy quality programme in a long-term care hospital. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 7, 1–7. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2017-001411>

Rydholm, M., & Strang, P. (2002). Physical and psychosocial impact of xerostomia in palliative cancer care: a qualitative interview study. *International Journal of*

- Palliative Nursing*, 8(7), 318–323. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.7.10671>
- Scully Crispian, & Bagan, J. (2009). Oral squamous cell carcinoma overview. *Oral Oncology*, 45(4–5), 301–308. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2009.01.004>
- Segurança Social (2018). Complemento solidário para idosos, web site acessado Julho 20, 2018 disponível em <http://www.seg-social.pt/complemento-solidario-para-idosos>
- Selwitz, R. H., Ismail, A. I., & Pitts, N. B. (2007). Dental caries. *The Lancet*, 369(9555), 51–59. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60031-2](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60031-2)
- Sesma, N., & Morimoto, S. (2011). Estomatite protética : etiologia , tratamento e aspectos clínicos. *Journal of Bi dentistry and Biomaterials*, 24–29.
- Shedlin, M. G., Birdsall, S. B., & Northridge, M. E. (2018). Knowledge and behaviours related to oral health among underserved older adults. *Gerodontology*, (July), 1–11. <https://doi.org/10.1111/ger.12367>
- Simons, D., Baker, P., Jones, B., Kidd, E. A., & Beighton, D. (2000). An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes. *British Dental Journal*, 188(4), 206–210. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800432>
- Simons, D., Kidd, E. a, & Beighton, D. (1999). Oral health of elderly occupants in residential homes. *Lancet*, 353(9166), 1761. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16163283>
- Steele, J. G., Sheiham, A., Marcenes, W., Fay, N., & Walls, A. W. G. (2001). Clinical and behavioural risk indicators for root caries in older people. *Gerodontology*, 18(2), 95–101. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2001.00095.x>
- Steele JG, Sheiham A, Marcenes W, W. A. N. (1998). National Diet and Nutrition Survey : People aged 65 years and over. The diet and nutrition survey. *Report of the Oral Health Survey London: The Stationery Office*.
- United Nations, & Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2017). *World Population Ageing 2017 - Highlights*. <https://doi.org/ST/ESA/SER.A/348>
- Vieira, J. C., Freitas, C. H. S. D. M., Marinho, F. B., & Costa, C. H. M. Da. (2011). Um olhar sobre os cuidadores de idosos de instituições geriátricas de João pessoa, Paraíba: perfil e cuidados com a saúde bucal dos idosos. *Rev. Baiana Saúde Pública*, 35(3), 604–618. Retrieved from <http://files.bvs.br/upload/S/0100->

0233/2011/v35n3/a2639.pdf

Villarosa, A. R., Clark, S., Villarosa, A. C., Patterson Norrie, T., Macdonald, S., Anlezark, J., ... George, A. (2018). Promoting oral health care among people living in residential aged care facilities: Perceptions of care staff. *Gerodontology*, (March), 1–8. <https://doi.org/10.1111/ger.12336>

Wårdh, I., Andersson, L., & Sörensen, S. (1997). Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Gerodontology*, 14(1), 28–32.

Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikström, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel - An area in need of improvement. *Gerodontology*, 29(2), 1–6. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x>

Wee, A. (2015). Need for Primary Care Providers to Carry out Annual Oral Cancer Examinations. *Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy*, 2(2). <https://doi.org/10.15406/jdhodt.2015.02.00041>

WHO. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. *The Aging Male*, 5(1), 1–37. <https://doi.org/10.1080/713604647>

World Health Organization. (2014). Constitution of the world health organization. *Basic Documents*, (Forty-eighth edition), 1–19. <https://doi.org/12571729>

World Health Organization (2018). Key facts, web site acedido Agosto 15, 2018 disponível em http://www.who.int/oral_health/publications/factsheet/en/

Wright, P. S., Hellyer, P. H., Beighton, D., Heath, R., & Lynch, E. (1992). Relationship of removable partial denture use to root caries in an older population. *The International Journal of Prosthodontics*.

Zenthöfer, A., Baumgart, D., Cabrera, T., Rammelsberg, P., Schröder, J., Corcodel, N., & Hassel, A. J. (2017). Poor dental hygiene and periodontal health in nursing home residents with dementia: an observational study. *Odontology*, 105(2), 208–213. <https://doi.org/10.1007/s10266-016-0246-5>

Zitzmann, N. U., Hagmann, E., & Weiger, R. (2007). What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe? *Clinical Oral Implants Research*, 18(SUPPL. 3), 20–33. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2007.01435.x>

ANEXOS



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Monte de Caparica, 6 de abril de 2018

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de “Trabalho de Projeto Final” do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Maria Alzira Cavacas, solicita-se autorização para a participação no “Impacto da formação dos cuidadores para a higiene oral no estado de saúde de idosos institucionalizados” a residentes da Residência Sénior que tem como principal objetivo melhorar a saúde oral dos idosos institucionalizados através da formação dos cuidadores.

Para a realização deste estudo será necessário, primeiro, realizar-se um questionário e uma observação clínica, não invasiva, na cavidade oral.

De seguida será feita uma formação sobre higiene oral, pela formadora Alexandra Vicente Coelho, sob a supervisão da Professora Dra. Mr^a Alzira Cavacas.

Um mês após essa formação serão repetidos o questionário e o exame oral aplicados anteriormente.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo. Este estudo pode trazer benefícios tais como aumentar o conhecimento sobre os níveis de saúde oral da população idosa institucionalizada, melhorar os níveis de saúde oral e aumentar o conhecimento que os cuidadores relativamente aos cuidados de higiene oral.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pela orientadora e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(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)

Comissão de Ética



Proc. Interno nº 617

Ex.ma Senhora
Alexandra Isabel Vicente Coelho

Monte de Caparica, 16 de abril de 2018.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado “**Impacto da formação dos cuidadores para a higiene oral no estado de saúde oral de idosos institucionalizados**” foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof.ª Doutora Maria Fernanda de Mesquita

Eu, Sandra Isabel Simões Martins dos Santos (Nome),
representante da Direção da Residência Sénior Egas Moniz, aceito colaborar no estudo
intitulado "Impacto da formação dos cuidadores para a higiene oral no estado de
saúde oral de idosos institucionalizados".

A colaboração neste estudo tem como principal intuito ajudar a melhorar a saúde oral
dos nossos utentes através da formação dos cuidadores.

A participação dos utentes viabiliza ainda a conclusão do projeto de final de curso de
Mestrado Integrado em Medicina Dentária da aluna Alexandra Isabel Vicente Coelho e
é orientado pela Professora Doutora Maria Alzira Cavacas.

Sesimbra, 21 de Dezembro de 2017.

Ass: _____



CUIDADOS DE SAÚDE ORAL

FORMAÇÃO A CUIDADORES




Trabalho realizado por: Alexandra Coelho
Orientado por: Prof. Dra Mª Alzira Cavacas

Cárie Dentária

- Doença que afecta quase 90% da população
- Provocada pela acção de bactérias específicas que destroem o dente
- A presença destas bactérias associada a uma **alimentação inadequada** e **escovagem deficiente** propicia o aparecimento de cárie



Módulo 1

- Saúde Oral
- Viver com Saúde Oral
- Estrutura do Dente
- Doenças Mais Comuns

Desgastes Dentária

Efeito cumulativo de vários fatores relacionados com a idade, tais como:

- Perda de várias peças dentárias
- Hábitos de morder objetos,
- Refluxo gástrico,
- Incorreto hábito de escovagem,
- Dieta rica em componentes ácidos.

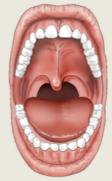
Sensibilidade Dentária



SAÚDE ORAL

A saúde oral é mais do que apenas a saúde dentária, inclui a saúde:

- Das gengívas
- Do palato mole e duro ("céu da boca")
- Da língua
- Dos lábios
- Das glândulas salivares
- Dos músculos mastigatórios
- Do maxilar inferior e superior



Cárie Radicular

As cáries de raiz são prevalentes nos idosos e são resultado da frequente recessão gengival, que se observa nesta faixa etária.




VIVER COM SAÚDE ORAL

Alimentação cuidada é um fator importante para saúde oral



Doença Periodontal



Uma boa higiene diminui a progressão da Doença



Dente

Estruturas



Cancro Oral

- O Cancro Oral é o 11º mais comum a nível mundial
- Consumo de álcool e tabaco, radiação ultravioleta e vírus HPV são fatores que podem estar na origem deste cancro

Examinar regularmente a cavidade oral!

Atenção a lesões brancas salientes e/ou duras que não cicatrizam



Xerostomia

Sensação de boca seca

- **Xerostomia** - Presente em até 45% dos doentes idosos
- Muitas vezes associado a outras doenças, à toma de certos medicamentos e a patologias da cavidade oral
- A **saliva** protege a cavidade oral e previne o aparecimento de outros problemas como aparecimento de Cárie e perda de paladar



Candidíase Oral

- Lesões brancas, branco-amareladas, cremosas, destacáveis ou avermelhadas
- Pode haver sensação de ardor;
- Muitas vezes associados à toma de certos medicamentos e sistema imunitário "baixo";
- Higiene oral contínua e correta da cavidade oral;
- Visitar o Médico Dentista.



Higiene Oral

A higiene consiste em todos os processos para manter a boca limpa e saudável. A higiene oral é necessária para a prevenção de cáries, gengivite, doença periodontal e halitose.

Meios auxiliares de limpeza:

- Escovas dentárias
- Fio ou fita dentária
- Escovilhões interdentários
- Colutórios
- Raspadores linguais
- Dentífricos fluoretados



Protocolo Geral de Higiene Oral



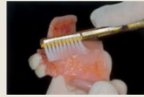
- Escovar 2/3x ao dia durante 2mint.
- Em espaços maiores entre os dentes, utilizar escovilhão
- Utilizar gel clorhexidina em casos selecionados
- Residentes sem dentes, escovagem suave da mucosa e língua

Estomatite Protética

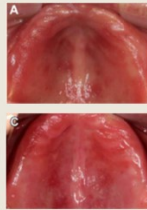
A prevalência de lesões orais encontra-se associada a pacientes portadores de próteses

A Estomatite protética está associada:

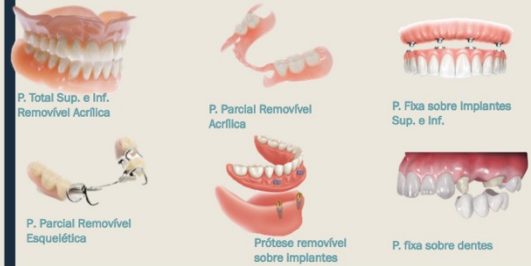
- Tempo de uso da prótese,
- Desgaste da prótese,
- Uso noturno de prótese;
- Higiênização deficiente da prótese



Não deve manter a prótese em boca durante a noite!



Reabilitação Oral Tipos de Próteses



Diabetes Mellitus

Repercussões na cavidade oral

Uma das doenças mais comuns nos idosos é a diabetes

Cuidados a ter:

- Beber muita água
- Alimentação cuidada
- Atenção especial às feridas
- É comum o aparecimento de doenças na cavidade oral e portanto estar sempre atento a alguma anormalidade

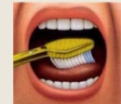


Prótese removível

Total . Parcial . Acrílica . Esquelética

COMO HIGIENIZAR?

- 1º: Encher lavatório com água ou cobrir com toalha diminui risco de fractura
- 2º: colocar a prótese numa solução própria de limpeza enquanto higieniza a cavidade oral
- 3º: Escovar a prótese com sabão neutro ou pasta não abrasiva
- 4º: Escovar a prótese na face interna e externa
- 5º: Passe a prótese abundantemente por água antes de colocar na boca



⚠ NÃO DORMIR COM A PRÓTESE (colocar no copo com água)

Atenção: Não esquecer escovagem dos dentes em boca e da língua!

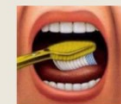
Módulo 2

- Higiene Oral
- Protocolo Geral de Higiene Oral
- Reabilitação oral (tipos de próteses e higienização)

Prótese Removível Sobre Implantes

COMO HIGIENIZAR?

- 1º: Encher lavatório com água ou cobrir com toalha diminui risco de fractura
- 2º: colocar a prótese numa solução própria de limpeza enquanto higieniza a cavidade oral
- 3º: Escovar a prótese com sabão neutro ou pasta não abrasiva
- 4º: Escovar a prótese na face interna e externa



Não deve manter a prótese em boca durante a noite!

Atenção: Não esquecer escovagem dos dentes em boca e da língua!

Prótese Fixa/ Prótese Fixa sobre Implantes



COMO HIGIENIZAR?

! ESTAS PRÓTESES SÓ SÃO REMOVIDAS EM GABINETE DENTÁRIO PELO MÉDICO DENTISTA

1°

Fazer escovagem da prótese como se faz nos dentes naturais; Não esquecer a higiene da língua.

2°

Entre a prótese e a mucosa é importante usar escovilhões

3°

Entre a prótese a mucosa é importante usar jatos de água



Sabia que...

Visitas de 6 em 6 meses
+ exames da cavidade
oral regular

Previne doenças
na boca, perda
óssea e gengival

Pode chegar
aos 80/90
com **TODOS**
OS DENTES
e sem doenças

"Quanto fazas, supremamente fazes. 'Mais vale, se a memória é quanto temos, 'Lembrar muito que pouco."

Ricardo Reis, in "Odes"

DICAS PARA VIVER COM SAÚDE



SABIA QUE...

Visitas de 6 em 6 meses + exame da cavidade oral regular

PREVINE doenças na boca, perda óssea e gengival.



Pode chegar aos 80/90 anos com TODOS OS DENTIS e sem doenças

DICAS PARA VIVER COM SAÚDE



SABIA QUE...

Visitas de 6 em 6 meses + exame da cavidade oral regular

PREVINE doenças na boca, perda óssea e gengival.



Pode chegar aos 80/90 anos com TODOS OS DENTIS e sem doenças

PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO

Técnica de Escovagem + Fio



1 ESCOVAR 2/3 VEZES AO DIA DURANTE 2 MIN.

- Não esfregar de abalar em áreas sensíveis como: escovadas.
- Utilizar fio, em caso de espaços maiores entre dentes utilizar escovado.
- Em caso de falta de dentes usar Fio ou Fita.

I

II

III

RESIDENTES PRÓTESE REMOVÍVEL

COMO HIGIENIZAR?



1 - De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.

- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.
- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.
- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.

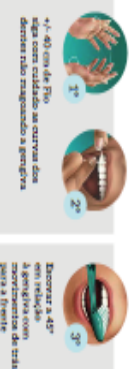
I

II

III

PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO

Técnica de Escovagem + Fio



1 ESCOVAR 2/3 VEZES AO DIA DURANTE 2 MIN.

- Não esfregar de abalar em áreas sensíveis como: escovadas.
- Utilizar fio, em caso de espaços maiores entre dentes utilizar escovado.
- Em caso de falta de dentes usar Fio ou Fita.

RESIDENTES PRÓTESE REMOVÍVEL

COMO HIGIENIZAR?



1 - De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.

- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.
- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.
- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.

PRÓTESE FIXA/FIXA SOBRE IMPLANTES

COMO HIGIENIZAR?



1 - De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.

- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.
- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.
- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.

PRÓTESE FIXA/FIXA SOBRE IMPLANTES

COMO HIGIENIZAR?



1 - De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.

- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.
- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.
- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.

ESTAS PRÓTESES SÓ SÃO REMOVIDAS EM CABINETE DENTÁRIO PELO MÉDICO DENTISTA



1 - De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.

- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.
- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.
- De tirar dentura fora no passo do cuidado 1.