

Filipa Andreia Reis Alves

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE ORAL DOS IDOSOS
ABRANGIDOS PELO PROJETO “SORRISOS DE PORTA EM PORTA”**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Filipa Andreia Reis Alves

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE ORAL DOS IDOSOS
ABRANGIDOS PELO PROJETO “SORRISOS DE PORTA EM PORTA”**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Filipa Andreia Reis Alves

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE ORAL DOS IDOSOS
ABRANGIDOS PELO PROJETO “SORRISOS DE PORTA EM PORTA”**

Trabalho apresentado à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção
do grau de Mestre em Medicina Dentária

RESUMO

A esperança média de vida tem vindo a aumentar, resultando no envelhecimento da população mundial e, conseqüentemente, num aumento das populações com idades mais avançadas. Torna-se, por isso, importante estudar as especificidades do envelhecimento para que possamos trazer bem-estar e qualidade de vida a esta população que é cada vez mais numerosa, já que o envelhecimento traz mudanças a nível do corpo humano que se vão repercutir na saúde geral e na saúde oral. Os idosos apresentam, normalmente, pobres condições de saúde oral, sendo as doenças orais que mais acometem a esta população a perda dentária, a experiência de cárie, as altas taxas de prevalência de doença periodontal, a xerostomia e o pré-cancro/cancro oral. Além do envelhecimento populacional, têm sido notadas, ao longo do tempo, mudanças na estrutura familiar. Tudo isto leva a que o número de idosos institucionalizados aumente.

Neste estudo foram utilizados dados, ainda não publicados, recolhidos no âmbito do projeto Sorrisos de Porta em Porta, que pertence à Mundo a Sorrir – Associação de Médicos Dentistas Portugueses. Este projeto visa a promoção de hábitos de saúde oral na população idosa e atua através da realização de ações de sensibilização subordinadas à temática da saúde oral no idoso e realização de rastreios de saúde oral aos idosos que se encontrem no âmbito de uma reposta social. Foram observados um total de 3586 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, onde 70,3% eram do género masculino. A idade média (desvio padrão) encontrada foi 81,9 ($\pm 7,5$) e a maioria referiu ser autónoma nos cuidados de higiene oral, no entanto, observou-se que grande parte dos idosos não realizava a escovagem diária e mais de metade destes disse não sentir necessidade de o fazer. Observou-se também, que apenas 13,7% tinham tido a sua última consulta de Medicina Dentária nos últimos 6 meses e a maioria disse visitar o Médico Dentista por razões de dor dentária. A média (desvio padrão) obtida para o Índice CPOd foi 26,3 ($\pm 8,4$), sendo a componente “Perdidos” a mais significativa. Relativamente ao Índice de Placa, a maioria apresentava um acúmulo de placa bacteriana maior de 1/3 mas menor de 2/3. Quanto ao tipo de desdentação a maior percentagem era a de idosos desdentados parciais sem prótese.

Foi também realizada uma pesquisa bibliográfica.

Com este estudo concluiu-se que o estado de saúde oral dos idosos é bastante pobre consequência de uma pobre higiene oral e de falta de cuidados de saúde oral. Há uma grande necessidade de se instruir as pessoas relativamente à importância da Medicina Dentária e dos problemas que uma má saúde oral pode trazer para a saúde em geral.

ABSTRACT

Average life expectancy has increased, resulting in the ageing of the world population and, consequently, an increase of populations with more advanced ages. It becomes, therefore, important to study the specifics of ageing so that we can bring well-being and quality of life to this population that is increasingly numerous, since the ageing brings changes at the level of the human body that will have an impact on general health and oral health. The elderly, usually have poor oral health conditions, being oral diseases that most affect this population dental loss, dental caries experience, high rates of prevalence of periodontal disease, xerostomia and the oral pre-cancer / oral cancer. In addition to population ageing, it has been noticed, over time, changes in family structure. All this means that the number of institutionalized elderly increases.

Unpublished data was collected under the project “Sorrisos de Porta em Porta”, which belongs to the Mundo a Sorrir – Associação de Médicos Dentistas Portugueses. This project aims at the promotion of oral health habits in the elderly population and operates by conducting awareness-raising actions to subject of oral health in the elderly and conducting oral health screening for the elderly who find themselves within the framework of a social response. A total of 3586 elderly aged 65 years or more, where 70.3% were males. The middle ages (standard deviation) found were 81.9 (\pm 7.5) and most said to be autonomous in oral hygiene care, however, it was observed that many of the elderly was not brushing daily and more than half of these said don't feel the need to. Only 13,7% had their last dental appointment in the last 6 months and most told visiting the Dentist was for tooth pain reasons. The average (standard deviation) obtained for the DMFt Index was 26.3 (\pm 8.4), being the "Missing" the most significant. Regarding the Plaque Index, most presented a plaque buildup larger than 1/3 but smaller 2/3. Regarding the type of edentulous the highest percentage was of elderly partial edentulous without denture.

A bibliographical research was carried out.

With this study it was concluded that the oral health status of the elderly is rather poor as a result of a poor oral hygiene and poor oral health care. There is a great need to

educate people regarding the importance of the Dentistry and of the problems that a bad oral health can bring to health in General.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha mãe, Patrícia, por ser um exemplo de luta e humildade e por todas as oportunidades que me tem dado ao longo da vida.

À minha irmã, Ana Rita, pelo apoio e pelas alegrias e companheirismo.

“A utopia está lá no horizonte. Aproximo-me dois passos e ela afasta-se dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso mesmo: para que eu não deixe de caminhar.”

Eduardo Galeano,
citando
Fernando Birri

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que me proporcionou esta oportunidade fantástica de poder ingressar no curso de Medicina Dentária. Sem ela nada disto seria possível.

Ao Professor José Frias Bulhosa por todos os conhecimentos e ensinamentos que partilhou e que foram essenciais para a realização deste trabalho, assim como pela sua disponibilidade e prontidão para ajudar. O meu muito obrigado.

À Professora Helena Neves, minha orientadora, pela sua orientação e simpatia.

Ao Dr. Vítor Neves, coordenador do projeto “Sorrisos de Porta em Porta”, pela sua “coorientação”, e por toda a sua ajuda na resolução dos problemas que foram surgindo, procurando sempre facilitar o meu trabalho. Obrigada também por ter dispensado parte do seu precioso tempo.

À Dra. Ana Simões, membro da coordenação do Centro de Estudos Mundo a Sorrir, por também ela ter contribuído com o seu tempo e ter-se sempre mostrado pronta a ajudar nos assuntos relacionados com o projeto.

À Catarina e à Sara, as minhas amigas de faculdade, mas que tenho a certeza que serão para a vida. Obrigada por estarem sempre lá e por terem sido um apoio enorme nestes cinco anos.

À Mary, por ser um grande pilar na minha vida. Obrigada pela força, coragem, amizade e cumplicidade.

A todos os Professores que passaram pela minha vida académica, todos eles deram o seu contributo para a realização deste trabalho.

À Universidade Fernando Pessoa e a todos os funcionários por me terem acolhido tão bem nestes cinco anos.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA.....	ix
AGRADECIMENTOS	ix
ÍNDICE GERAL	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
ÍNDICE DE TABELAS	xiv
ABREVIATURAS E SIGLAS	xv
I. INTRODUÇÃO	1
1. O projeto “Sorrisos de Porta em Porta”	1
2. O processo de envelhecimento	1
i. Envelhecimento demográfico	1
ii. Envelhecimento individual.....	3
3. Qualidade de vida no envelhecimento.....	6
4. Institucionalização do idoso	8
5. Saúde oral do idoso	10
i. Perda dentária	10
ii. Cárie	11
iii. Doença periodontal	12
iv. Xerostomia	14
v. Cancro oral	15
6. Objetivos.....	16
II. DESENVOLVIMENTO	18
1. Materiais e Métodos	18
2. Resultados.....	19
i. Género	19
ii. Idade	20
iii. Região	20

iv. Grau de escolaridade	21
v. Grau de dependência	22
vi. Hábitos de higiene oral.....	23
vii. Cuidados de saúde oral.....	25
viii. Índice CPOd	28
ix. Índice de Placa.....	31
x. Tipo de desdentação	34
3. Discussão.....	36
i. Características da amostra	36
ii. Higiene oral	38
iii. Cuidados de saúde oral.....	41
iv. Índice CPOd	42
v. Índice de Placa.....	43
vi. Tipo de desdentação	43
III. CONCLUSÕES	45
IV. BIBLIOGRAFIA.....	47
ANEXOS	54
Anexo 1: Carta da Mundo a Sorrir – Associação de Médicos Dentistas Portugueses a conceder a autorização para a utilização dos dados recolhidos no âmbito do projeto “Sorrisos de Porta em Porta”	54
Anexo 2: Declaração de consentimento utilizada para a recolha de dados.	55
Anexo 3: Questionário/ficha de rastreio oral.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide etária em 1995 e 2025 (World Health Organization, 2001).....	2
Figura 2: Taxa média anual de crescimento da população por grandes grupos etários, Portugal 1960/2005 e 2005/2050 (Gonçalves, C. e Carrilho, M. J., 2007).	3
Figura 3: Famílias unipessoais por grupo etário e sexo, 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2013).	9
Figura 4: As 6 regiões da OMS (Petersen, P.E. <i>et al</i> , 2010).....	12
Figura 5: Distribuição da amostra por grupos etários.	20
Figura 6: Distribuição da amostra por regiões.	21
Figura 7: Distribuição da amostra por grau de escolaridade.....	22
Figura 8: Distribuição da amostra por grau de dependência nos cuidados de higiene oral.....	23
Figura 9: Diferença entre os indivíduos que efetuam e não efetuam escovagem diária.	23
Figura 10: Distribuição entre as pessoas que usam e não usam dentífrico, fio dentário, escovilhões interdentários e que fazem e não fazem bochechos.	25
Figura 11: Razões apontadas para a visita ao Médico Dentista.	27
Figura 12: Razões pelas quais os indivíduos não visitam regularmente o Médico Dentista.....	28
Figura 13: Índice CPOd	29
Figura 14: Dentes cariados.....	29
Figura 15: Dentes perdidos.	30
Figura 16: Dentes obturados.	30

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra por regiões de acordo com o grau de escolaridade.	22
Tabela 2: Razões para não se efetuar a escovagem diária.	24
Tabela 3: Última consulta de Medicina Dentária distribuída por regiões.	26
Tabela 4: Respostas às questões “Nos últimos 3 meses teve ou tem dor de origem dentária?”, “Sente dificuldade em falar?” e “Sente dificuldade em mastigar?”	28
Tabela 5: Média (desvio padrão) do Índice CPO e suas componentes distribuídos por regiões.	31
Tabela 6: Caracterização do Índice de Placa por dente na arcada superior.	32
Tabela 7: Caracterização do Índice de Placa por dente na arcada inferior.	32
Tabela 8: IP relacionado com a escovagem no dente 1.6.	32
Tabela 9: IP relacionado com a escovagem no dente 2.1.	33
Tabela 10: IP relacionado com a escovagem no dente 2.4.	33
Tabela 11: IP relacionado com a escovagem no dente 4.4.	33
Tabela 12: IP relacionado com a escovagem no dente 4.1.	33
Tabela 13: IP relacionado com a escovagem no dente 3.6.	34
Tabela 14: Tipos de desdentação distribuídas por géneros.	34
Tabela 15: Presença e uso de prótese na arcada superior.	35
Tabela 16: Presença e uso de prótese na arcada inferior.	35
Tabela 17: Relação entre o tipo de desdentação e o número de escovagens diárias na arcada superior.	36
Tabela 18: Relação entre o tipo de desdentação e o número de escovagens diárias na arcada inferior.	36

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVDs - Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVDs - Actividades de Vida Diária

CPOd - Dentes Cariados Perdidos e Obturados

HCHS/SOL - Hispanic Community Health Study/Study of Latinos

HHANES - Hispanic Health and Nutrition Examination Survey

INE - Instituto Nacional de Estatística

IP - Índice de Placa

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

NHANES - National Health and Nutrition Examination Survey

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONGD- Organização Não Governamental para o Desenvolvimento

PB - Placa Bacteriana

PIPCO - Projeto de Intervenção Precoce do Cancro Oral

PS - Profundidade de Sondagem

UE - União Europeia

REAF - Região Africana

REAM - Região Americana

REEU - Região Europeia

REMO - Região do Mediterrâneo Oriental

REPO - Região do Pacífico Ocidental

RESO - Região do Sudoeste Asiático

I. INTRODUÇÃO

1. O projeto “Sorrisos de Porta em Porta”

A Mundo a Sorrir – Associação de Médicos Dentistas Portugueses, é uma Organização sem Fins lucrativos que nasceu em 2005 para trabalhar no campo da saúde, nomeadamente na área da Saúde Oral e estilos de vida saudáveis e desempenha a sua ação a nível nacional e a nível internacional, através de programas de saúde, educação, cooperação e apoio ao desenvolvimento sustentado. Esta Organização desenvolveu vários projetos, entre os quais o projeto Sorrisos de Porta em Porta que visa a promoção de hábitos de saúde oral na população idosa e cuja sua atuação se traduz ao nível da capacitação dos profissionais geriátricos/cuidadores, através da realização de ações de sensibilização subordinadas à temática da saúde oral no idoso e realização de rastreios de saúde oral aos idosos que se encontrem no âmbito de uma reposta social, por forma a sensibilizá-los para os corretos hábitos de higiene e saúde oral. Estes rastreios são feitos em idosos com idade igual ou superior a 65 anos e os locais de intervenção são lares e centros de dia de Portugal Continental.

2. O processo de envelhecimento

É consensual que a população está a envelhecer, este fenómeno tem sido alvo de estudo por parte de muitos especialistas.

Etimologicamente, o termo envelhecer remete à condição de se tornar velho, com muito tempo de existência. Entretanto, o envelhecer não é apenas um processo biológico individual pelo qual os seres vivos passam naturalmente, ele também traz consigo mudanças de carácter social e demográfico (De Menezes, L. N. e Vicente, L. C. C., 2007).

i. Envelhecimento demográfico

Apresentando-se como um processo dinâmico, é comum definir-se o envelhecimento demográfico a partir do momento em que a proporção de população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambas (Gonçalves, C. e Carrilho, M. J., 2007). Estas tendências demográficas recentes são caracterizadas pelo aumento

continuado da esperança de vida, a redução da mortalidade infantil, o aumento da emigração, a queda acentuada da fecundidade e o conseqüente envelhecimento da população (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

Este fenómeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos mas, mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada (Lima-Costa, M. F. e Veras, R., 2003). Na verdade, projeções de envelhecimento populacional na Ásia e na América Latina para 2025 prevêem níveis muito semelhantes aos da Europa na década de 1970. No entanto, isso não significa que as populações idosas fora do mundo desenvolvido são insignificantes. De facto, desde 1980, mais pessoas idosas têm vivido em regiões em desenvolvimento do que desenvolvidas (Lloyd-Sherlock, P., 2000)

Mundialmente, a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos está a crescer mais rápido do que qualquer outro grupo etário (World Health Organization, 2002). Trata-se da população nascida sob o regime de *baby boom*, isto é, num período de fecundidade muito alta e de mortalidade infantil declinante. Esse é o grupo que está a entrar na coorte idosa: os *baby boomers* estão a transformar-se nos *elderly boomers* (Burlá, C. *et al*, 2013).

Entre 1970 e 2025, é esperado um crescimento, no número de pessoas mais velhas, de cerca de 223%, ou à volta de 694 milhões. Em 2025 existirá um total de aproximadamente 1,2 mil milhões de pessoas com idade superior a 60 anos. Em 2050 haverá 2 biliões, sendo que 80% desses a viver em países em desenvolvimento (World Health Organization, 2002).

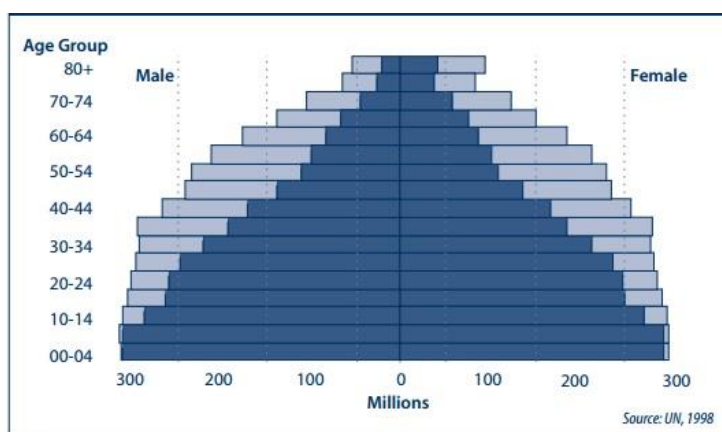


Figura 1: Pirâmide etária em 1995 e 2025 (World Health Organization, 2001)

Já no caso de Portugal, a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou de 9,2% em 1990 para 11,7% em 2013, e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21,1% em 2050 (Instituto Nacional de Estatística, 2015). Em paralelo, a população jovem diminuiu de 29% para 16% do total da população entre 1960 e 2005 e irá atingir os 13% em 2050. O ritmo de crescimento da população idosa e da população muito idosa é bastante superior ao da população total, quer no período retrospectivo, quer no período de projecção (Gonçalves, C. e Carrilho, M. J., 2007).

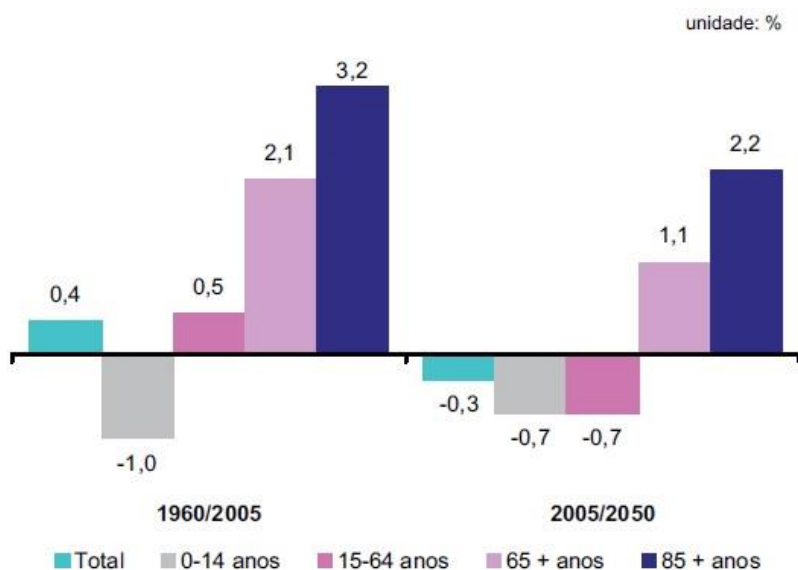


Figura 2: Taxa média anual de crescimento da população por grandes grupos etários, Portugal 1960/2005 e 2005/2050 (Gonçalves, C. e Carrilho, M. J., 2007).

As alterações na composição etária da população residente em Portugal e para o conjunto da União Europeia (UE) 28 são reveladoras do envelhecimento demográfico da última década. Neste contexto, Portugal apresenta no conjunto dos 28 Estados Membros:

- O 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento;
- O 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa;
- O 3º maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013 (INE, 2015).

ii. Envelhecimento individual

O envelhecimento é um fenómeno que atinge todos os seres humanos, independentemente. Sendo caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligado intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (Brito e Litvoc, 2004 *cit. in* Fecine, B. e Trompieri, N., 2012).

De acordo com Adams, J. e White, M. (2004), existem dois tipos distintos de envelhecimento individual - envelhecimento cronológico e envelhecimento biológico. Envelhecimento cronológico é uma medida em anos de idade e ocorre a uma velocidade constante em todos os indivíduos. É a chamada “idade avançada”. Em contraste, o envelhecimento biológico é universal e progressivo e representa a diminuição constante da capacidade fisiológica de atender às demandas que ocorrem com o aumento de idade cronológica (Adams, J. e White, M., 2004). Jonas, M. e col. (2015) completam esta definição dizendo que o envelhecimento biológico é caracterizado pela progressiva deterioração da função de todos os órgãos, que conduz à perda da capacidade para restaurar a homeostase sob condições de *stress* e, conseqüentemente, ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças relacionadas com o envelhecimento (Jonas, M., Kuryłowicz, A. e Puzianowska-Kuźnicka, M., 2015).

No entanto, o envelhecimento não se manifesta de igual forma em todos os indivíduos. Enquanto alguns idosos de 70 anos podem desfrutar de bom funcionamento físico e mental, outros podem ser frágeis ou exigir um apoio significativo para satisfazer as suas necessidades básicas. Em parte, isso ocorre porque muitos dos mecanismos do envelhecimento são aleatórios. Mas também é porque essas mudanças são fortemente influenciadas pelo ambiente e comportamentos do indivíduo (WHO, 2015).

Com a chegada da velhice, as alterações anatómicas são as mais visíveis e manifestam-se em primeiro lugar. A pele resseca, tornando-se mais quebradiça e pálida. Os cabelos embranquecem e caem com maior frequência. O enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea leva a mudanças na postura do tronco e das pernas, acentuando ainda mais as curvaturas da coluna torácica e lombar. As articulações tornam-se mais rígidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha (Netto, F., 2006).

Além disso, envelhecimento está associado à perda de “conformidade” na aorta e nos principais condutos arteriais. Esta perda de conformidade é um poderoso determinante de risco cardiovascular. No entanto, esta perda de conformidade não foi sentida como sendo um alvo apropriado para manipulação farmacológica até recentemente. As mudanças estruturais nas grandes artérias de indivíduos mais velhos responsáveis pela

perda de conformidade foram consideradas, em grande parte, irreversíveis (Moore, A. *et al*, 2003).

O envelhecimento também tem as suas repercussões no sistema respiratório. É provável que o pulmão envelhecido tenha experimentado frequentemente exposições a toxinas ambientais, particularmente o fumo do tabaco e infecções respiratórias, bem como substanciais reduções da capacidade fisiológica, particularmente a capacidade respiratória mecânica (por exemplo, pelo aumento da rigidez da parede torácica e diminuição da capacidade de retração elástica do pulmão). Devido aos efeitos cumulativos, as pessoas mais idosas têm um risco aumentado de desenvolvimento de insuficiência respiratória (Fragoso, C. e Gill, T., 2012).

Também no trato gastrointestinal parece haver um aumento das desordens de função e motilidade durante o envelhecimento. A maioria dos problemas gastrointestinais encontrados pelo gastroenterologista no paciente mais velho incluem disfagia, dispepsia, anorexia e obstipação. Em alguns dos pacientes, atraso do esvaziamento gástrico e diminuição do peristaltismo com abrandamento do trânsito intestinal explicam os sintomas (Madsen, J. e Graff, J., 2004).

Este fenómeno do envelhecimento também afeta a função neuroendócrina do eixo hipotálamo-hipófise, assim como tem influências na estrutura e função dos órgãos endócrinos periféricos. O envelhecimento também é acompanhado por mudanças no número e na sensibilidade dos recetores que podem alterar a capacidade de resposta dos tecidos-alvo às hormonas e neurotransmissores (Jonas, M., Kuryłowicz, A. e Puzianowska-Kuźnicka, M., 2015).

Também as alterações do sistema imunológico relacionadas com a idade contribuem para o aumento da suscetibilidade dos idosos a doenças infecciosas, a falhas das vacinas e, possivelmente, a doenças autoimunes e cancro (Weiskopf, D., Weinberger, B. e Grubeck-Loebenstein, B., 2009). Infecções bacterianas e virais são uma das principais causas de doença e morte entre idosos, e uma vez estabelecida a infeção, os idosos têm também uma capacidade diminuída para evitar a sua propagação. A capacidade de lidar com patógenos, células cancerígenas, e outros agentes que ameaçam, não reside apenas em mecanismos imunes específicos, mas também na imunidade inata (Ginaldi, L. *et al*, 1999). A imunidade inata representa uma resposta rápida e estereotipada a um número

grande, mas limitado, de estímulos. É representada por barreiras físicas, químicas e biológicas, células especializadas e moléculas solúveis, presentes em todos os indivíduos, independentemente de contato prévio com imunógenos ou agentes agressores, e não se altera qualitativa ou quantitativamente após o contato (Cruvinel, W. *et al*, 2010).

Já o sistema nervoso de um adulto maduro baseia-se no bom funcionamento de muitos outros sistemas do corpo. Um decréscimo em qualquer um destes sistemas pode causar uma perda na função cerebral que pode resultar na disfunção cognitiva ou motora (Wolkow, C., Zou, S. e Mattson, M., 2009).

3. Qualidade de vida no envelhecimento

Sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações. O que era antes o privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Esta conquista maior do século XX transformase, no entanto, num grande desafio para o século que se inicia (Lima-Costa, M. F. e Veras, R., 2003), pois obrigada à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente (Braz, M., 2011).

Parece ser consensual entre os idosos, e aqueles que direta ou indiretamente estão relacionados com o seu acompanhamento e assistência que, o facto de viver somente mais tempo, não é suficiente. Interessa viver mais tempo mas viver bem, com capacidade para realizar as suas tarefas, mantendo o poder de decisão e autonomia (Gavinha, S., 2010). Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto-satisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em vários contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (Veras, R., 2009).

Para mensurar a capacidade do idoso em relação à autonomia e à independência, existe um conjunto de dados clínicos, testes e escalas denominadas Avaliação Funcional. Uma avaliação funcional simples deve conter avaliações: do equilíbrio e mobilidade, da função cognitiva, da capacidade para executar as Atividades de Vida Diária (AVD's) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) (Costa, E. F. A. *et al, cit. in* Costa, E., Nakatani, A. e Bachion, M., 2006).

As AVD's incluem atividades tais como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar a casa de banho, transferir-se da cama para uma cadeira e caminhar no mesmo piso de um edifício. As AIVD's compreendem outras atividades indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, incluindo realizar tarefas domésticas, fazer compras, administrar as próprias medicações e manusear dinheiro, entre outras (Lawton, M.P. e Brody, E.M. *cit. in César, C. et al, 2015*).

E o que fazer então para que os idosos se mantenham ativos? A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o termo “envelhecimento ativo”, que é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas (WHO, 2002). Para os governos, estar envolvido no envelhecimento activo engloba diferentes áreas políticas: não é exclusivamente sobre a promoção do emprego, mas também sobre a promoção da participação e compromisso social, aumentando a segurança financeira, a melhoria da saúde e bem-estar, incluindo infraestruturas amigas do idoso, e muito mais. Para estas estratégias terem sucesso, os blocos de construção do envelhecimento ativo precisam de ser cimentados no tecido social (Zaidi, A., 2015).

Portanto, viver mais não significa que os anos ganhos de vida sejam gastos com má saúde ou incapacidade. O envelhecimento da sociedade é frequentemente retratado como uma situação alarmante, mas uma sociedade envelhecida pode também oferecer perspectivas de um novo modelo de vida, de uma nova sociedade, onde mulheres e homens podem ter novos papéis e novos estilos de vida, onde desfrutam de uma melhor saúde; uma sociedade que envelhece “ativamente” (Eurostat, 2002).

4. Institucionalização do idoso

A população idosa está a aumentar e, deste modo, aumenta também o número de idosos em instituições.

O Instituto de Segurança Social (2015) apresenta um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas, que têm como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde. Essas respostas são de sete tipos:

- Serviço de apoio domiciliário
- Centro de convívio
- Centro de dia
- Centro de noite
- Acolhimento familiar
- Estruturas residênciais
- Centro de férias e lazer (Instituto de Segurança Social, 2015).

Em muitos casos a institucionalização do idoso acaba por ser um recurso cada vez mais aceite por diversas famílias e idosos. Facto que se torna mais claro quando analisamos outros fenómenos que estão intimamente ligados à institucionalização do idoso, nomeadamente a entrada da mulher no mercado de trabalho e conquista da sua independência tanto a nível económico como social. Estes factores tornam difícil a conjugação entre os cuidados a idosos e a vida familiar, pessoal e laboral, pois é a mulher a principal cuidadora (Castro, S., 2010). Antigamente, as filhas ou noras cuidavam dos idosos (mães ou sogras), já que as mulheres permaneciam em casa assumindo o papel de autênticas “fadas do lar”, cuidadoras também das gerações mais novas. Por este motivo, a prática da institucionalização de idosos não era usual há algumas décadas atrás (Mesquita, Z., 2013).

As mudanças que a estrutura familiar tem sofrido ao longo do tempo têm, também, sido apontadas como fatores para a institucionalização dos idosos.

Barreto, J. (2005) afirma que os cuidados informais (dispensados por parentes e vizinhos) estão também em grande transformação, para não dizer que estão em crise, derivada das modificações que tem sofrido a família (Barreto, J., 2005).

As famílias são significativamente mais pequenas, passando a dimensão média de 3,8 indivíduos em 1960 para 2,6 em 2011. Por seu lado, a percentagem de famílias com mais de cinco pessoas diminui expressivamente, representando, em 2011, somente 2% das famílias clássicas, por comparação com 17,1% em 1960 (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

Noutros casos, o mau ambiente criado na família conduz à rejeição do idoso, vítima de negligências propositadas ou mesmo maus-tratos e agressões (Barreto, J., 2005). Este autor diz ainda que estes casos são mais frequentes quando os familiares de sangue já faleceram e o idoso se encontra à guarda de parentes distantes ou “acidentais”. Por isso muitos idosos, na maioria mulheres, preferem viver sós enquanto podem (Barreto, J., 2005).

Relativamente aos idosos que preferem viver sós, o Instituto Nacional de Estatística (2013) afirma que a distribuição das pessoas que vivem em famílias unipessoais em Portugal é variável consoante o sexo, mas também de acordo com a estrutura etária. Perto de metade das pessoas neste tipo de famílias tem 65 e mais anos de idade (46,9%), distribuindo-se em proporções similares nas diferentes faixas etárias até aos 84 anos. Se a este valor for acrescida a proporção de quem tem idade compreendida entre os 50 e os 64 anos (21,6%), a percentagem de indivíduos em famílias unipessoais com 50 ou mais anos de idade aumenta para 68,5% (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

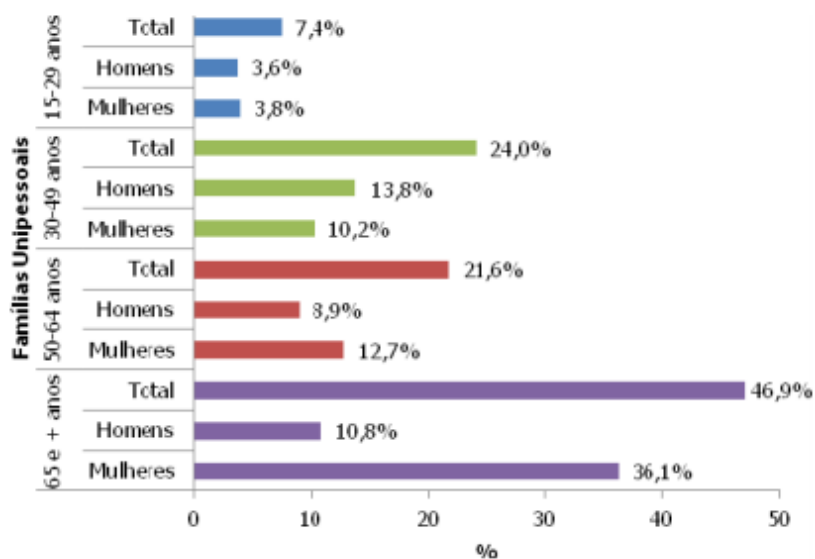


Figura 3: Famílias unipessoais por grupo etário e sexo, 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

5. Saúde oral do idoso

Um dos principais critérios de envelhecimento bem sucedido é a manutenção de uma dentição funcional natural, saudável ao longo da vida, incluindo todos os benefícios sociais e biológicos, tais como estética e conforto, bem como a capacidade de mastigar, saborear e falar. No entanto, a saúde oral dos idosos está longe de ser ideal (Nazliel, H. *et al*, 2011).

A saúde oral dos idosos afeta diretamente a sua qualidade de vida. A capacidade mastigatória está intimamente ligada à nutrição adequada e à saúde em geral. Com o envelhecimento, o declínio da capacidade motora, a baixa autoestima, a falta de estímulo ou incapacidade de realizar a higiene oral, a diminuição da visão, a perda de audição e a perda da capacidade cognitiva leva a que uma pessoa idosa tenha um alto risco de desenvolver doenças orais (Unfer, B. *et al*, 2011). Além disso, uma saúde oral deficiente pode limitar a capacidade de um indivíduo para funcionar e interagir socialmente e um aumento dos encargos inflamatórios por via oral pode resultar no aumento da severidade da doença cardiovascular, diabetes e demência (FDI, 2015a).

Globalmente, a má saúde oral entre os idosos tem sido vista, em particular, com o elevado nível de perda dentária, a experiência de cárie, as altas taxas de prevalência de doença periodontal, a xerostomia e o pré-câncer/câncer oral (Schou L., 1995 *cit. in* Petersern, P. e Yamamoto, T., 1995).

i. Perda dentária

Segundo Reich e Hiller (1993), Spalj *et al* (2004) e Richards *et al* (2005), citados por Müller, F., Naharro, M. e Carlsson, G. E. (2007), algumas razões têm sido associadas à extração dos dentes, como cáries, doença periodontal, por razões protéticas e ortodônticas, trauma, dor (endodontia e doença periapical), dentes do siso e pedidos dos pacientes (Müller, F., Naharro, M. e Carlsson, G. E., 2007). Por outro lado, a perda dentária também depende do nível socioeconômico e do estilo de vida (quer o idoso esteja a viver com a família, sozinho ou até em casa de outro idoso) do indivíduo. Além disso, existe uma correlação entre as características culturais e geográficas da comunidade (Nazliel, H. *et al*, 2011). A literatura sugere que há grandes diferenças entre os países, bem como entre as regiões dentro dos países e entre as áreas rurais e cidades (Müller, F., Naharro, M. e Carlsson, G. E., 2007).

Segundo Kiyak (2000), citado por Gavinha, S. (2010), A média de número de dentes perdidos aumenta com a idade e, até meados dos anos 20, a grande maioria dos idosos eram desdentados. No entanto nas últimas décadas, uma drástica redução na prevalência e incidência de dentes perdidos nos idosos, ocorreu em alguns países industrializados. Ainda existem idosos com poucos ou nenhuns dentes mas, o envelhecimento bem sucedido, é evidente no crescente número de idosos que vem mantendo a sua dentição natural em idade avançada (Gavinha, S., 2010).

Micheelis e Reich (1999) e Kerschbaum (2006), citados por Müller, F., Naharro, M. e Carlsson, G. E. (2007) afirmam que, de acordo com recentes pesquisas nacionais alemães na área da saúde oral, os dentes mais frequentemente perdidos são os molares, seguidos do pré-molar superior e dentes anteriores. Os caninos inferiores são os dentes que são mantidos mais tempo (Müller, F., Naharro, M. e Carlsson, G. E., 2007).

A perda total de dentes, ainda é aceite pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade e não como um reflexo de falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta para que mantenha a sua dentição até idades mais avançadas (Braz, M., 2011).

ii. Cárie

A cárie é uma doença infetocontagiosa, de caráter crónico, causada pelo processo de desmineralização da superfície dentária por ácidos orgânicos provenientes da fermentação dos carboidratos da dieta, pelas bactérias (Leites, A., Pinto, M. e Sousa, E., 2005). Estes autores afirmam também que fatores como higiene, hábitos alimentares, colonização bacteriana, composição da saliva, entre outros, influenciam o metabolismo das bactérias sobre os dentes, modulando a atividade da cárie (Leites, A., Pinto, M. e Sousa, E., 2005).

Num estudo levado a cabo por Petersen, P.E. *et al* (2010) em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, onde a população mundial estava dividida pelas 6 regiões da OMS (organização Mundial de Saúde) ilustradas na Figura 4, REAF (Região Africana), REAM (Região Americana), REMO (Região do Mediterrâneo Oriental), REEU (Região Europeia), RESO (Região do Sudoeste Asiático) e REPO (Região do Pacífico Ocidental), analisou-se o índice CPO (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) e

concluiu-se que a cárie dentária continua a ser um problema significativo em todo o mundo, principalmente para os países dentro da REAM, REMO e REEU. A componente P (Perdidos) do índice é surpreendentemente elevada em todas as regiões do mundo. Os países africanos relatam a média CPO como sendo relativamente baixa. No entanto, quando analisada a proporção P/CPO esta é extraordinariamente elevada, enquanto a relação O/CPO parece ser muito baixa (Petersen, P.E. *et al*, 2010).

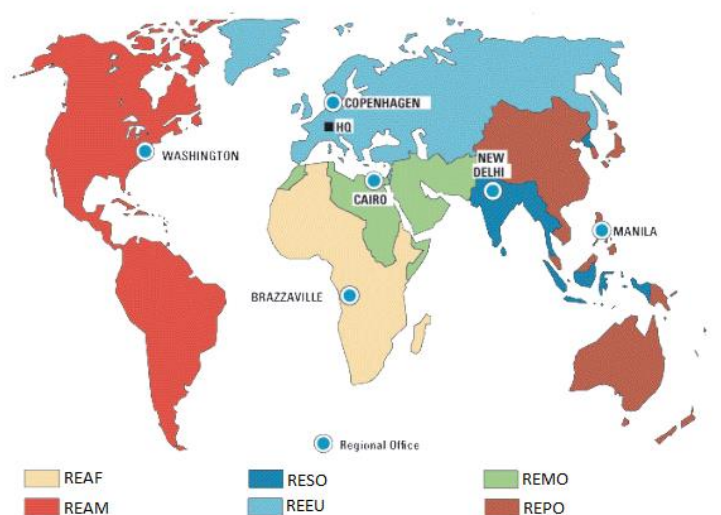


Figura 4: As 6 regiões da OMS (Petersen, P.E. *et al*, 2010).

Em Portugal, num estudo feito por Gavinha, S. (2010) em idosos institucionalizados, o índice CPO médio foi de 25,6. 50% dos idosos observados apresentavam um índice CPO até 28 e os restantes apresentavam um índice igual ou superior a 28. Além disso, foi possível ainda observar-se que 37,4% dos idosos apresentavam um índice CPO de 32 e que apenas 0,5% dos indivíduos apresentavam um índice CPO de zero (Gavinha, S., 2010).

iii. Doença periodontal

As doenças periodontais são uma das duas doenças orais mais importantes que contribuem para a carga global de doenças crónicas (Bratthall, D. *et al*, 2006 *cit. in* Petersen, P. E. e Ogawa, H., 2012). Além disso, afetam uma grande parte da população do mundo e são consideradas um importante problema de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Petersen, P. E. e Ogawa, H., 2012 e Contreras, A. *et al*, 2015).

Gengivite refere-se à inflamação da gengiva causada pelas bactérias que se acumulam ao longo da margem gengival. A periodontite é uma forma inflamatória mais avançada da doença periodontal, na qual ocorre uma degradação dos tecidos de suporte dos dentes. Os sinais clínicos da doença incluem o aprofundamento das bolsas periodontais e perda de inserção, levando progressivamente à mobilidade dentária e, finalmente, à perda do dente. A destruição periodontal pode ser causada por factores locais, tais como biofilme, ou pode refletir uma resposta imunitária inadequada (Petersen, P. E. e Ogawa, H., 2012).

Tanto quanto sabemos, não existem casos de periodontite em que um agente infeccioso não esteja envolvido no seu início. No entanto, a resposta inflamatória dos tecidos periodontais à infeção é influenciada por fatores ambientais, bem como por fatores genéticos (Stabholz, W. A., Soskolne, A. e Shapira, L., 2010).

A periodontite é considerada uma doença complexa. São características comuns das doenças humanas complexas (por exemplo, a doença de Alzheimer, a doença de Crohn e doenças cardiovasculares) o facto de apresentarem, principalmente, um fenótipo relativamente leve, serem lentamente progressivas e de natureza crónica (Laine, M. L., Crielaard, W. e Loos, B. G., 2010).

Deas D. E. e Mealey, B. L. (2010) afirmam que estabelecer um diagnóstico com base no tipo da doença, extensão, localização e gravidade é um primeiro passo essencial no tratamento (Deas D. E. e Mealey, B. L., 2010).

Há três décadas (1982-1984) um grupo de investigadores no âmbito do estudo *Hispanic Health and Nutrition Examination Survey* (HHANES) examinaram a saúde geral e oral de hispânicos e latinos em todo o território dos Estados Unidos. Em análises multivariáveis ajustáveis os porto-riquenhos deste estudo registaram a prevalência mais elevada de periodontite, comparativamente com americanos de origem mexicana e cubana (Ismail, A. I. e Szpunar, S. M., 1990 *cit. in* Jiménez, M. C. *et al*, 2014). Por outro lado, segundo os dados do *National Health and Nutrition Examination Survey* de 2009-2010 (NHANES) a prevalência mais elevada de periodontite foi encontrada entre mexicanos-americanos, comparativamente com aquela verificada em indivíduos não hispânicos de raça branca ou negra (Eke, P. I. *et al*, 2012 *cit. in* Jiménez, M. C. *et al*,

2014). O estudo de Jiménez, M. C. *et al* (2014), *Hispanic Community Health Study/Study of Latinos* (HCHS/SOL), ainda mais recente, foi o primeiro estudo em grande escala de hispânicos e latinos norte-americanos a recolher uma amostra de diferentes proveniências – cubana, dominicana, mexicana, porto-riquenha, centro-americana e sul-americana – com cenários socioeconômicos e aculturação diversos. Neste estudo encontrou-se um conjunto onde aproximadamente 65% dos adultos registaram um ou mais locais com Profundidade de Sondagem (PS) de 4mm ou mais e 16% de 6mm ou mais. As prevalências mais baixas de PS registaram-se entre os dominicanos e os cubanos. Em todas as idades, os mexicanos registaram a prevalência mais elevada de PS em todos os limiares de gravidade, com poucas exceções (Jiménez, M. C. *et al*, 2014).

iv. Xerostomia

A xerostomia é uma condição associada à diminuição da quantidade de saliva produzida e à alteração da sua composição química, causando, por isso, boca seca. Isto pode ter um efeito deletério sobre muitos aspetos da função oral e no bem-estar geral (Cassolato, S. e Turnbull, R., 2003).

A saliva desempenha um papel importante na manutenção da homeostase fisiológica da cavidade oral. Além da humidificação dos tecidos orais, as suas propriedades de lubrificação ajudam na deglutição e fala, e também evitam danos devido a agentes mecânicos. A saliva contém uma variedade de electrólitos, péptidos, glicoproteínas, enzimas, imunoglobulinas A, aminas e leucócitos; o efeito de tamponamento de saliva, em particular, é importante na prevenção da desmineralização do dente (Anil, S. *et al*, 2014).

Muitos estudos têm investigado a relação entre xerostomia e condições de saúde oral em idosos. As queixas mais comuns são desconforto e sensação de ardor causada pela secura da mucosa oral e dificuldade na ingestão de alimentos. A xerostomia também foi relatada por causar dificuldades na deglutição e fala, e diminuir a qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Além disso, a baixa taxa de fluxo salivar pode aumentar o risco de doença periodontal em idosos (Nasri C., *et al*, 2007 e Mizutani, S., 2015).

As mudanças na microbiota oral devido à xerostomia levam ao desenvolvimento de uma microflora acidogénica e, em particular, várias espécies *Candida* (Watanabe, S. e Dawes, C., 1988 e Watanabe, S. *et al*, 1995 *cit. in* Anil, S. *et al*, 2014).

Várias patologias locais ou sistémicas podem afetar a secreção salivar, produzindo a sensação de boca seca. Entre estas patologias estão a Síndrome de Sjögren, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistémico, esclerose sistémica, cirrose biliar primária, diabetes mellitus, SIDA e depressão. Um importante fator causal entre pacientes com cancro é a radioterapia de cabeça e pescoço. Além disso, o consumo de medicamentos diversos pode provocar sensação de boca seca (Morales-Bozo, I. *et al*, 2012).

Um estudo realizado por Nederfors *et al* (1997), citado por Cassolato, S. e Turnbull, R. (2003), onde se entrevistaram 3313 indivíduos aleatoriamente selecionados com idade entre 20 a 80 anos na Suécia, constatou que a prevalência de xerostomia foi de 21,3% para os homens e 27,3% para as mulheres. Essa diferença de género verificou-se ser estatisticamente significativa. Além disso, este estudo relatou que os indivíduos que estão a tomar um qualquer tipo de medicação relatam uma maior prevalência de xerostomia (32,5% para o sexo masculino e 28,4% para fêmeas) do que os indivíduos que não são medicados (18,8% para o sexo masculino e 14,6% para as mulheres).

v. Cancro oral

O cancro oral é um problema importante e crescente de saúde pública mundial, e continua a ser a principal causa de morte por doença oral em todo o mundo. Estes cancros são altamente letais, incapacitantes e desfigurantes (FDI, 2015b).

Estima-se que 300.000 a 700.000 novos casos ocorrem a cada ano, mas os dados de vigilância fiáveis não são muitos. O Sul e Sudeste da Ásia estão entre as regiões com as maiores taxas de novos casos, mas a Europa Oriental, França e partes da África e da América Latina também sofrem com a alta carga da doença (FDI, 2015c).

Do ponto de vista epidemiológico e clínico-patológico, "cancro oral" pode ser dividido em três categorias: carcinomas da cavidade oral, carcinomas do vermelho do lábio, e carcinomas que surgem na orofaringe (Neville, B. W. e Day, T. A., 2002).

A taxa média de sobrevivência a 5 anos dos pacientes com cancro oral é cerca de 50%. As taxas de sobrevivência estão a melhorar gradualmente em centros de tratamento com bons recursos, mas muitos dos casos em todo o mundo chegam tarde ao tratamento (FDI, 2015b e Silverman, S., 2003). A genética tem o seu papel no desenvolvimento da doença, assim como o estado socioeconómico, educação e acesso aos cuidados de saúde. No entanto, a explicação primária é baseada nas baixas taxas de sobrevivência de tumores avançados quando comparados com tumores detetados num estado pouco avançado. Se todos os tumores fossem detetados e tratados em estados iniciais, tumores localizados, cerca de 4 em 5 pacientes iriam sobreviver 5 anos (Silverman, S., 2003).

Os principais fatores de risco de cancro oral incluem o uso do tabaco em todas as suas formas, mastigar noz de areca, consumo de álcool, má alimentação, e infeções persistentes do trato aerodigestivo superior pelo vírus do papiloma humano. Uma vez que este vírus é a principal causa de cancros do colo do útero e trato genital em homens e mulheres. Por outro lado lesões como eritroleucoplasia e eritroplasia são lesões potencialmente malignas e podem aumentar, substancialmente, o risco de cancro oral (FDI, 2015b).

A doença apresenta-se tipicamente como uma úlcera que não cicatriza. Outros sintomas podem incluir dor, inchaço, sangramento e dificuldade na mastigação e deglutição (FDI, 2015c).

6.Objetivos

Face ao grande crescimento da população idosa este é um tema que se torna importante abordar. A saúde oral e os hábitos de higiene oral continuam a ser pobres apesar do grande avanço tecnológico e na saúde que permitiu aumentar significativamente a esperança média de vida. No entanto, a saúde oral é um campo da saúde onde ainda é necessário investir muito tempo e incentivar às boas práticas e, sobretudo, aos comportamentos preventivos.

A realização desta investigação tem como objetivo analisar os dados cedidos pela Organização Mundial da Saúde, através de protocolo específico com a UFP, dados esses que foram recolhidos no âmbito do Projeto Sorrisos de em Porta coordenado pelo Dr. Vítor Neves, e mediante os dados recolhidos caracterizar a população idosa abrangida,

em relação ao estado da sua saúde oral. Os dados, ainda não publicados, foram recolhidos em instituições de várias zonas de Portugal continental.

Numa segunda fase, é também objetivo comparar e discutir os resultados obtidos com outros estudos semelhantes, e por último, apresentar as principais conclusões.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo com dados ainda não publicados pertencentes ao projeto “Sorrisos de Porta em Porta” da Mundo a Sorrir – Associação de Médicos Dentistas Portugueses. Este projeto é coordenado pelo Dr. Vítor Neves. Este é um projeto de sensibilização para os cuidados de saúde oral.

Para realizar a recolha de dados, primeiramente contactaram-se as câmaras municipais pedindo a divulgação do projeto nas suas redes sociais. Desta forma, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) dos municípios contactavam a Mundo a Sorrir e após esse contacto aferia-se o número de idosos e colaboradores em cada instituição e procedia-se ao agendamento da ação. Cada ação tinha a duração de um dia.

Já na instituição a ação desenrolava-se da seguinte forma:

- Primeiramente eram feitas ações de sensibilização sobre saúde oral quer para os colaboradores, quer para os idosos;
- Posteriormente passava-se à realização do questionário/rastreio oral aos idosos que consentiam esse rastreio (Ficha de rastreio e Declaração de consentimento nos anexos);
- O rastreio era feito numa sala disponibilizada pela instituição e os materiais utilizados eram: espelho de observação nº4, sonda exploradora para a deteção de lesões de cárie, luvas e gaze.

No total, entre ações de sensibilização e rastreios, usufruíram do projeto 15.382 idosos, no entanto, rastreados foram 3586. Em casos de dor ou presença de lesões suspeitas, os idosos eram encaminhados para uma rede de clínicas parceiras ou era feito o contacto com médico de família para serem então reencaminhados para o Projeto de Intervenção Precoce do Cancro Oral (PIPCO).

A equipa era constituída por um coordenador nacional Médico Dentista, neste caso o Dr. Vítor Neves, que acumulava funções de operacionalizar o projeto, e quatro Médicas

Dentistas distribuídas pelas regiões do país. Fazia, também, parte da equipa uma técnica administrativa que tratava dos contactos com as câmaras e ISPSS e dos agendamentos.

Posteriormente, foi-me facultada parte da base de dados para poder utilizar neste estudo e fazer a caracterização dos idosos abrangidos por este projeto.

Foram utilizados o Índice CPOd e o Índice de Placa Bacteriana de Ramfjord modificado por Shick e Ash (WHO, 2013 ; Shick, R. A. e Ash, M. M., 1961). Para o Índice CPOd foi feita uma avaliação em todos os 32 dentes, pois como refere a WHO (2013), para indivíduos com mais de 30 anos, a base para os cálculos do índice CPO é de 32 dentes, ou seja, todos os dentes permanentes, incluindo dentes do siso.

O Índice de Placa Bacteriana de Ramfjord modificado por Shick e Ash avalia os dentes 1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1 e 4.4 e conforme a presença ou não de placa classifica-os da seguinte forma: 0 – Ausência de placa bacteriana; 1 – Placa bacteriana na área interproximal ou na margem gengival, ocupando menos de 1/3 da porção gengival das superfícies vestibulares e palatinas ou linguais; 2 – Placa bacteriana ocupando mais de 1/3 mas menos de 2/3 das porções gengivais das faces vestibulares e palatinas ou linguais; 3 – Placa bacteriana presente em 2/3 ou mais das porções gengivais das faces vestibulares e palatinas ou linguais (Shick, R. A. e Ash, M. M., 1961).

Foi realizada, também, uma pesquisa bibliográfica recorrendo a diversos motores de busca, principalmente Pubmed, ScienceDirect, Scielo, B-on, utilizando as seguintes palavras-chave: envelhecimento, saúde oral, idosos institucionalizados, qualidade de vida, Índice de Placa, Índice CPOd. Igualmente foram admitidos limites para a pesquisa com base na língua (Portuguê, Inglês e Espanhol), data de publicação (2004-junho2015), estudos com Humanos, Populações adultas e idosas.

2. Resultados

i. Género

Foram observados 3586 idosos, sendo que destes, 70,3% (n=2522) são do género feminino e 29,7% (n=1064) são do género masculino.

ii. Idade

Em relação à idade, dos 3586 idosos observados, foram excluídos 118 (3,3%) por não responderem a esta questão.

Os 3468 indivíduos que responderam a esta questão foram distribuídos por grupos etários: no grupo 65-74 anos constam 232 (6,7%) idosos do género masculino e 373 (10,8%) do género feminino; no grupo 75-84 anos estão 414 (11,9%) idosos do género masculino e 1056 (30,4%) do género feminino; no grupo 85-94 anos estão 360 (10,4%) idosos do género masculino e 936 (27,0%) do género feminino e do grupo 95 e mais anos fazem parte 26 (0,7%) idosos do género masculino e 71 (2,0%) idosos do género feminino. Esta distribuição encontra-se representada na Figura 6.

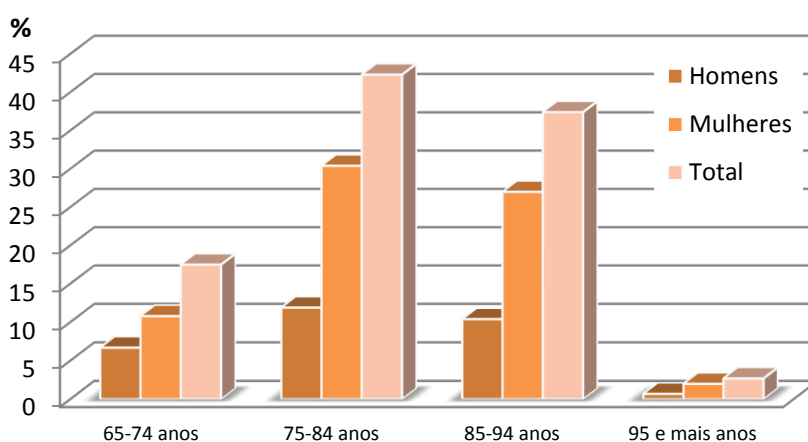


Figura 5: Distribuição da amostra por grupos etários.

A média (desvio padrão) das idades encontrada foi 81,9 ($\pm 7,5$), sendo que, a média (desvio padrão) encontrada para os homens foi 81,0 ($\pm 7,8$), enquanto que no caso do género feminino foi 82,3 ($\pm 7,3$). O indivíduo mais jovem tinha 65 anos de idade e o mais velho tinha 115 anos. Além disso, concluiu-se que 25% dos idosos tinham 77 anos ou menos, 50% dos idosos tinham 83 anos ou menos e 75% dos idosos tinham 87 anos ou menos.

iii. Região

Os idosos observados foram, também, agrupados por regiões: Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo e Algarve. No Norte estão incluídas 304 (8,5%) idosos do sexo masculino e 706 (19,7%) do sexo feminino; no Centro figuram 226 (6,3%) idosos do sexo masculino e 497 (13,9%) do sexo feminino; na Área Metropolitana de Lisboa constam 92 (2,6%) idosos do sexo masculino e 247 (6,9%) do

sexo feminino; no Alentejo estão 320 (8,9%) idosos do sexo feminino e 857 (23,9%) do sexo masculino e, por último, no Algarve estão 122 (3,4%) idosos do sexo masculino e 215 (6,0%) do sexo feminino. Esta distribuição está representada na Figura 7.

O Alentejo foi a região onde foi observado um maior número de idosos ao contrário da região do Algarve e de Área metropolitana de Lisboa onde o número de idosos observados foi menor.

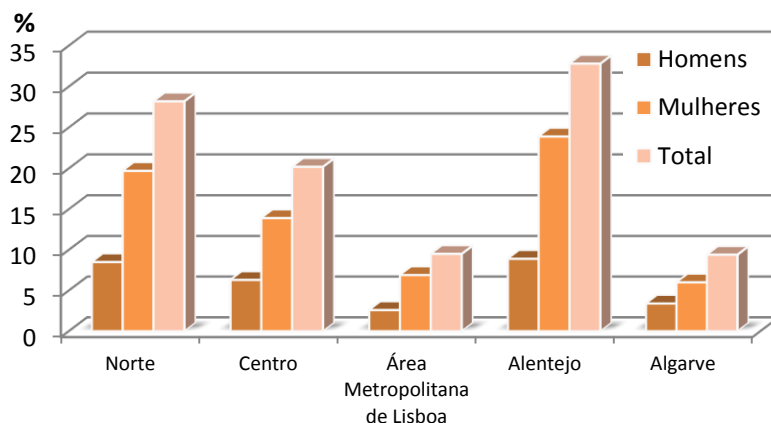


Figura 6: Distribuição da amostra por regiões.

iv. Grau de escolaridade

A amostra foi dividida por grau de escolaridade e, também aqui foi distribuída por grupos, como se encontra expresso na Figura 8. Da amostra total (3586 idosos) foram considerados ausentes 97 (2,7%). Os restantes 3489 registados foram distribuídos da seguinte forma: o 1º grupo intitulado “Não sabe ler nem escrever” contém 289 (8,3%) idosos do género masculino e 969 (27,8%) do género feminino; o segundo grupo, “Sabe ler e escrever sem grau de escolaridade” é constituído por 253 (7,3%) idosos do género masculino e 593 (17,0%) do género feminino; o terceiro grupo, “Ensino básico” tem 462 (13,2%) idosos do género masculino e 828 (23,7%) do género feminino; o quarto grupo, “Ensino secundário” tem 26 (0,7%) idosos do género masculino e 36 (1,0%) do género feminino; o quinto grupo, “Ensino superior” tem na sua constituição 12 (0,3%) de idosos do género masculino e 21 (0,6%) do género feminino.

Como podemos concluir, mais de metade da população (60,4%) estudada não tem qualquer grau de escolaridade e destes, 36,1% são analfabetos.

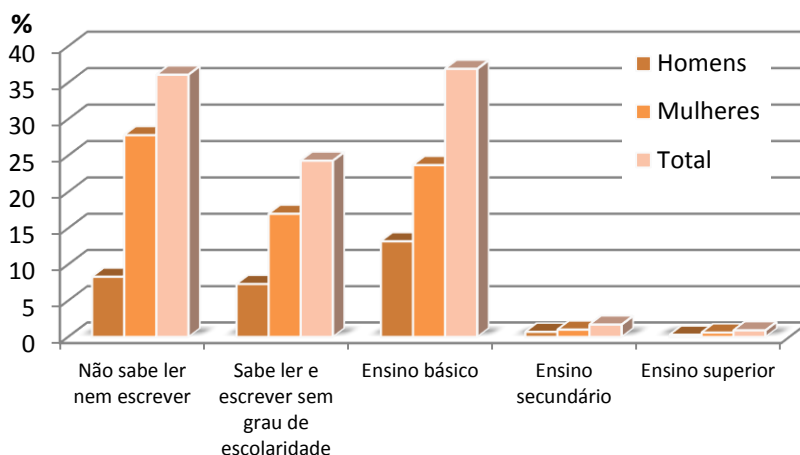


Figura 7: Distribuição da amostra por grau de escolaridade.

Também se distribuiu a amostra pelas regiões de acordo com o grau de escolaridade. Essa distribuição está expressa na Tabela 1.

	Norte		Centro		Área metropolitana de Lisboa		Alentejo		Algarve	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não sabe ler nem escrever	354	10,1	251	7,2	59	1,7	491	14,1	103	3,0
Sabe ler e escrever sem grau de escolaridade	238	6,8	244	7,0	62	1,8	260	7,5	42	1,2
Ensino básico	381	10,9	196	5,6	161	4,6	377	10,8	175	5,0
Ensino Secundário	11	0,3	7	0,2	19	0,5	16	0,5	9	0,3
Ensino Superior	7	0,2	3	0,1	9	0,3	9	0,3	5	0,1

Tabela 1: Distribuição da amostra por regiões de acordo com o grau de escolaridade.

v. Grau de dependência

Quanto ao grau de dependência foram registados 3489 (97,3%) idosos da amostra total. E foram classificados da seguinte forma: “Autónomo nos cuidados de higiene oral” e “Necessita de ajuda nos cuidados de higiene oral”; no primeiro grupo estão inseridos 805 (23,1%) idosos do género masculino e 1879 (53,9%) do género feminino e no segundo grupo estão 232 (6,6%) idosos do género masculino e 573 (16,4%) do género feminino. A representação gráfica desta distribuição pode ser observada na Figura 9.

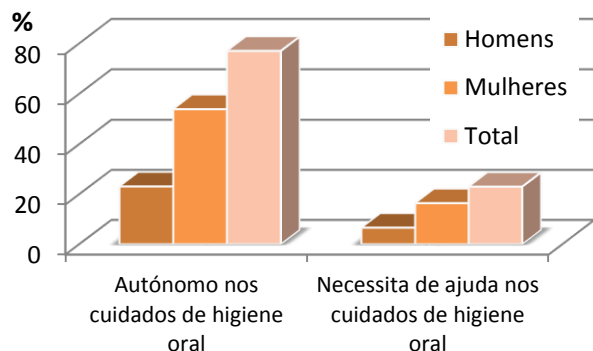


Figura 8: Distribuição da amostra por grau de dependência nos cuidados de higiene oral.

vi. Hábitos de higiene oral

Quanto ao número de escovagens diárias, obteve-se resposta por parte de 3141 (87,6%) indivíduos. O número mínimo de escovagens por dia observado foi 0 e o número máximo foi 4. Mais de metade dos idosos (52,6 %) admitiu não escovar os dentes diariamente, enquanto que 47,4% das pessoas escovam os dentes, pelo menos, uma vez por dia (Figura 10). Além disso, 75% dos indivíduos apenas escovavam os dentes uma vez ou menos por dia.

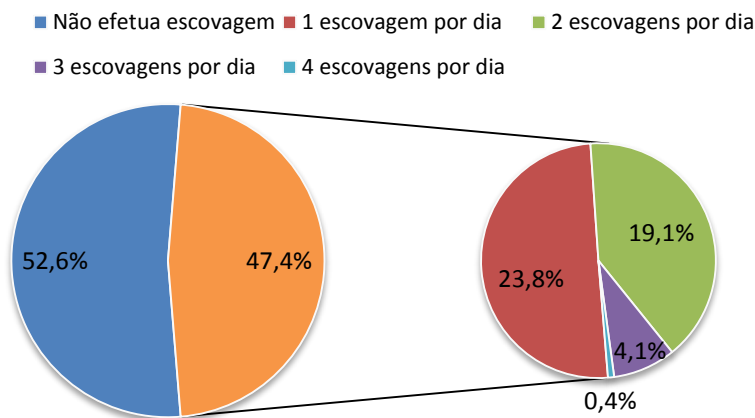


Figura 9: Diferença entre os indivíduos que efetuam e não efetuam escovagem diária.

Relativamente à distribuição do número de escovagens pelo género, constatou-se que 35,5% das mulheres e 17,1% dos homens não realizavam a sua escovagem diariamente, 8,4% dos homens e 15,4% das mulheres escovavam os dentes apenas uma vez por dia, 4,2% dos idosos do género masculino e 14,9% dos idosos do género feminino escovavam os dentes duas vezes por dia. Três escovagens diárias, eram efetuadas por 1,1% dos homens e 3,0% das mulheres. Por fim, somente 0,1% dos homens e 0,3% das mulheres realizava 4 vezes por dia a escovagem dentária.

Como relatado anteriormente, mais de metade dos idosos (52,6%) não realiza a escovagem diariamente. A este grupo perguntou-se a razão pela qual não escovavam os dentes e obteve-se resposta por parte de 800 (23,3%) indivíduos. A distribuição dos idosos pelas respostas “Pouca destreza manual”, “Falta de meios”, “Falta de apoio por parte dos familiares ou auxiliares” e “Não sente necessidade” está expressa na Tabela 2.

Como se pode observar, a grande maioria (59,4%) afirma que não sente necessidade de escovar os dentes.

	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pouca destreza manual	53	6,6	90	11,3	143	17,9
Falta de meios	31	3,9	52	6,5	83	10,4
Falta de apoio por parte dos familiares ou auxiliares	35	4,4	64	8,0	99	12,4
Não sente necessidade	217	27,1	258	32,3	475	59,4

Tabela 2: Razões para não se efetuar a escovagem diária.

Também se perguntou aos idosos se usavam dentífrico, fio dentário, escovilhões interdentários e se faziam bochechos.

No que diz respeito à questão “Usa dentífrico?”, obteve-se resposta por parte de 2098 (58,5%) indivíduos, tendo sido excluídos 1488 (41,5%) aos quais foi atribuído o código 8 ou 9 do questionário (“Não Aplicável” e “Não Registrado, respetivamente). Observou-se que 384 (18,3%) homens e 946 (45,1%) mulheres usavam dentífrico. Por outro lado, 315 (15,0%) homens e 453 (21,6%) mulheres responderam que não usavam dentífrico.

Relativamente à questão “Faz bochechos?” foram registados 2557 (71,3%) idosos, tendo sido excluídos os restantes 1029 (28,7%). Dos indivíduos que responderam, 211 (8,3%) homens e 588 (23,0%) mulheres afirmaram fazer bochechos, enquanto que 578 (22,6%) homens e 1180 (46,1%) mulheres responderam “Não” a esta questão.

No que concerne à questão “Usa fio dentário?”, foram excluídos 1589 (44,3%), tendo sido, por isso, registadas 1995 (55,7%) respostas. Em relação a estes últimos, responderam “Sim” 9 (0,5%) homens e 17 (0,9%) mulheres, e responderam “Não” 662 (33,1%) homens e 1309 (65,5%) mulheres.

Em relação à questão “Usa escovilhões interdentários?”, foram registadas 2005 (55,9%) respostas e foram excluídas 1581 (44,1%). Responderam afirmativamente apenas 3 (0,1%) pessoas do género masculino e 13 (0,6%) do género feminino, enquanto que 668 (33,3%) homens e 1321 (65,9%) mulheres negaram usar escovilhões.

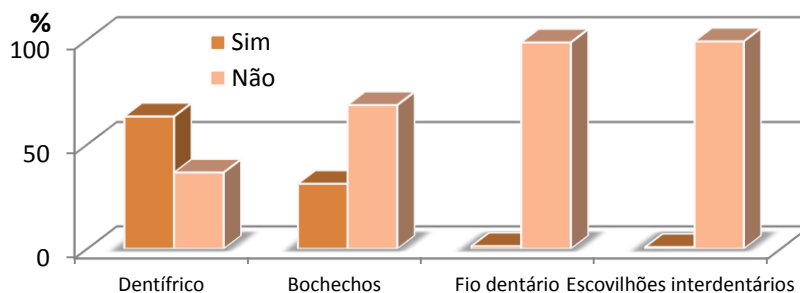


Figura 10: Distribuição entre as pessoas que usam e não usam dentífrico, fio dentário, escovilhões interdentários e que fazem e não fazem bochechos.

A maioria das pessoas não realiza a higiene oral diária e da percentagem que realiza, a maioria efetua apenas uma vez por dia, sendo que o dentífrico é o meio de higienização mais usado. Como se pode ver na Figura 11, em “Fio dentário” e “Escovilhões interdentários”, a barra correspondente à resposta “Sim” é praticamente inexistente.

vii. Cuidados de saúde oral

Relativamente à questão “Quando é que foi a última consulta de Medicina Dentária?”, obtiveram-se 2554 (71,2%) respostas, no entanto foram excluídas 737 (20,6%) por não saberem responder à questão e 295 (8,2%) por não responderem. As respostas foram distribuídas por intervalos de tempo:

- Nos últimos 6 meses: 111 (4,3%) homens disseram ter ido a uma consulta de Medicina Dentária nos últimos 6 meses assim como 240 (9,4%) mulheres;
- Entre 7 meses e 1 ano: 78 (3,1%) dos idosos do sexo masculino e 160 (6,3%) do sexo feminino inserem-se neste intervalo;
- Entre 2 e 5 anos: Inseridos neste intervalo estão 145 (5,7%) homens e 357 (14,0%) mulheres;
- Entre 6 e 10 anos: Neste intervalo constam 133 (5,2%) idosos do género masculino e 277 (10,8%) do género feminino;
- Entre 11 e 20 anos: Neste intervalo encontram-se 130 (5,1%) homens e 317 (12,4%) mulheres;

- Mais de 21 anos: 116 (4,5%) idosos do género masculino e 289 (11,3%) idosos do género feminino afirmam que a sua última visita ao Médico Dentista foi há mais de 21 anos;
- Nunca foi: 790 (3,0%) homens e 1764 (4,9%) mulheres afirmam que nunca foram a uma consulta de Medicina Dentária.

Pode-se concluir que 50% da população analisada teve a última consulta de Medicina Dentária no intervalo “Entre 6 e 10 anos” ou há menos tempo; e 75% dos idosos visitou o Médico dentista no intervalo “Entre 11 e 20 anos” ou há menos tempo.

Comparou-se, também, a última consulta de Medicina Dentária por região. Os resultados estão na Tabela 3.

	Norte		Centro		Área Metropolitana de Lisboa		Alentejo		Algarve	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Últimos 6 meses	100	3,9	63	2,5	58	2,3	85	3,3	45	1,8
Entre 7 meses e 1 ano	71	2,8	51	2,0	36	1,4	61	2,4	19	0,7
Entre 2 e 5 anos	174	6,8	114	4,5	66	2,6	132	5,2	16	0,6
Entre 6 e 10 anos	81	3,2	79	3,1	52	2,0	156	6,1	42	1,6
Entre 11 e 20 anos	101	4,0	61	2,4	24	0,9	197	7,7	64	2,5
Mais de 21 anos	66	2,6	69	2,7	17	0,7	196	7,7	57	2,2
Nunca foi	82	3,2	53	2,1	0	0	46	1,8	20	0,8

Tabela 3: Última consulta de Medicina Dentária distribuída por regiões.

Como se pode observar, a Área metropolitana de Lisboa foi a única região que, dos idosos que responderam à questão, teve 0% de indivíduos que nunca foram a uma consulta de Medicina Dentária.

No que diz respeito às razões que levam os idosos em estudo a visitar o Médico Dentista obtiveram-se 2930 (81,7%) respostas. As respostas dadas foram “Rotina”, “Devido a dor dentária” ou “Outras causas”. Rotina foi a razão apontada por 30 (1,0%) homens e 85 (2,9%) mulheres, já 521 (17,8%) idosos do género masculino e 1078 (36,8%) idosos do género feminino apontaram a dor dentária como causa para visitar o Médico Dentista e por último, 312 (10,6%) homens e 904 (30,9%) mulheres responderam “Outras causas” a esta questão (Figura 11).

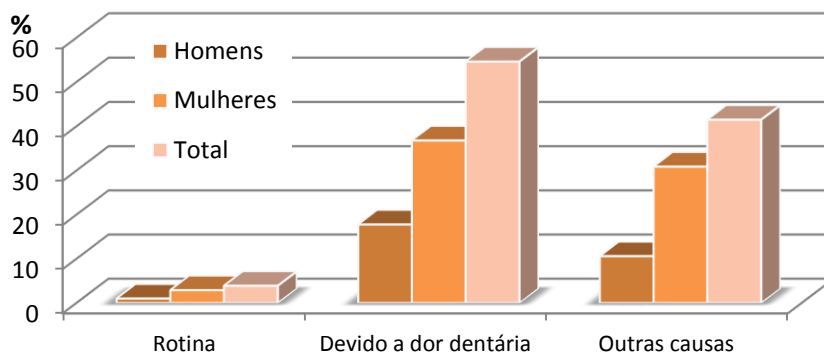


Figura 11: Razões apontadas para a visita ao Médico Dentista.

Como se pode verificar, a percentagem de pessoas que apontaram “Rotina” como razão para a visita ao Médico Dentista é muito pequena. Em contrapartida, a percentagem de idosos que apontaram a razão “Devido a dor dentária” é muito superior.

Também se perguntou aos idosos porque não visitavam regularmente o seu Médico Dentista. Obtiveram-se 2995 (83,%) respostas e foram excluídas 591 (16,5%). Essas respostas variaram entre “Não precisa”, “Não tem recursos económicos”, “Limitações para efetuar deslocações”, “Medo”, “Trauma/fobia” e “Outras causas”.

A razão “Não precisa” foi apontada por 1601 (53,5%) pessoas, sendo que 506 (16,9%) eram homens e 1095 (36,6%) eram mulheres. “Não tem recursos económicos” foi a resposta de 232 (7,7%) idosos do género masculino e 584 (19,5%) do género feminino, perfazendo um total de 816 (27,2%). A resposta “Limitações para efetuar deslocações”, foi dada por 266 (8,9%) indivíduos, dos quais 67 (2,2%) eram do género masculino e 199 (6,6%) do género feminino. A razão “Medo” foi apontada por 59 (2,0%) idosos, sendo que 15 (0,5%) eram homens e 44 (1,5%) eram mulheres. Relativamente à resposta “Trauma/fobia”, foi dada apenas por 14 (0,5%) pessoas, dos quais 5 (0,2%) eram homens e 9 (0,3%) eram mulheres. E por fim, a razão “Outras causas” foi apontada por 239 (8,0%) indivíduos, 75 (2,5%) homens e 164 (5,5%) mulheres. A distribuição gráfica desta questão pode ser observada na Figura 13.

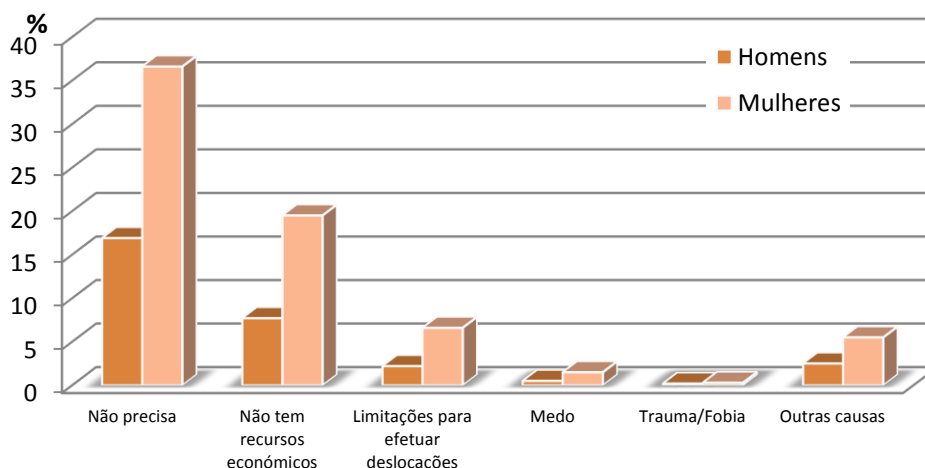


Figura 12: Razões pelas quais os indivíduos não visitam regularmente o Médico Dentista.

Também se perguntou aos idosos se nos últimos 3 meses tiveram dor de origem dentária, se sentiam dificuldade em falar e se sentiam dificuldade em mastigar. Os resultados relativos a essas questões constam na Tabela 4.

		Dor		Dificuldade em falar		Dificuldade em mastigar	
		n	%	n	%	n	%
Homens	Sim	161	5,7	145	4,3	309	9,1
	Não	754	26,6	867	25,5	703	20,7
Mulheres	Sim	365	12,9	405	11,9	800	23,5
	Não	1550	54,8	1983	58,3	1589	46,7
	Total	2830	100,0	3400	100,0	3401	100,0
	Ausente	756	21,1	186	5,2	185	5,2

Tabela 4: Respostas às questões “Nos últimos 3 meses teve ou tem dor de origem dentária?”, “Sente dificuldade em falar?” e “Sente dificuldade em mastigar?”.

viii. Índice CPOd

O Índice CPOd foi avaliado na totalidade da amostra (3586 indivíduos) e a média (desvio padrão) obtida foi 26,3 ($\pm 8,4$). Pode-se dizer ainda que a média para os 1064 (29,7%) idosos do género masculino em estudo foi 25,7 ($\pm 8,6$), enquanto que a média para as 2522 (70,3%) idosas em estudo foi 26,7 ($\pm 8,3$). Além do mais, observou-se que 54 (1,5%) possuem um CPOd de 0, enquanto que 1851 (51,6%) idosos têm um CPOd de 32. Pode-se afirmar ainda que 25% dos idosos tem um CPOd até 22 e que 50% dos idosos têm já um índice CPOd de 32 (Figura 13).

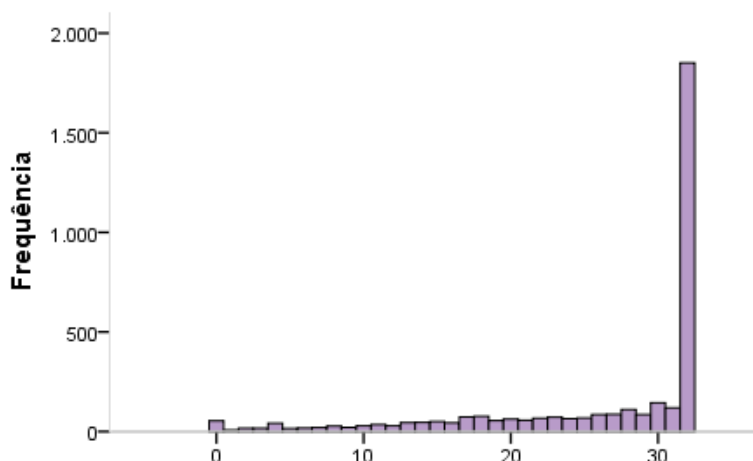


Figura 13: Índice CPOd

Quando analisamos as componentes do Índice CPOd separadamente, temos que na componente C de dentes Cariados a média (desvio padrão) obtida foi de 3,0 ($\pm 4,9$), sendo que a média (desvio padrão) para o género masculino foi de 4,7 ($\pm 6,1$) e 2,3 ($\pm 4,1$) para o género feminino. Além disso, 1812 (50,5%) indivíduos possuíam 0 dentes cariados e apenas 6 (0,2%) indivíduos tinham 32 dentes cariados, Pode-se ainda acrescentar que 75% dos idosos tinham até 4 dentes cariados (Figura 14).

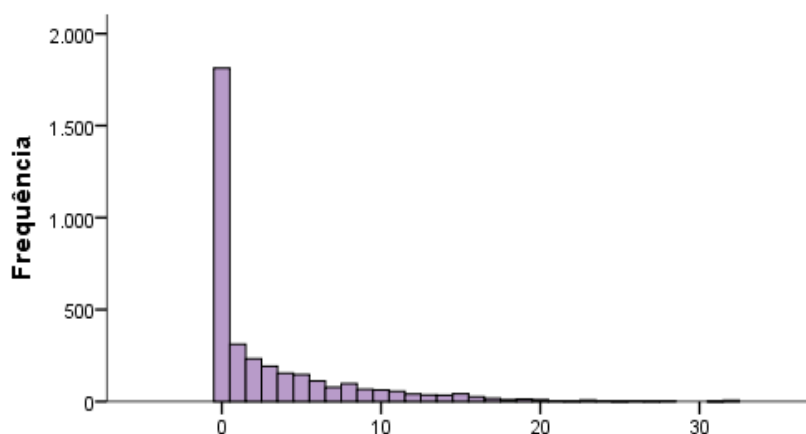


Figura 14: Dentes cariados

Quanto à componente P de dentes Perdidos, a média (desvio padrão) obtida foi 11,0 ($\pm 13,3$), sendo que para os homens foi 10,2 ($\pm 12,5$) e 11,5 ($\pm 13,6$) para as mulheres. Além do mais, 1849 (51,6%) pessoas não tinham perdido nenhum dente por cárie,

enquanto que 635 (17,7%) das pessoas tinham perdido todos os dentes. E 75% da população tinham perdido até 26 dentes por cárie (Figura 15).

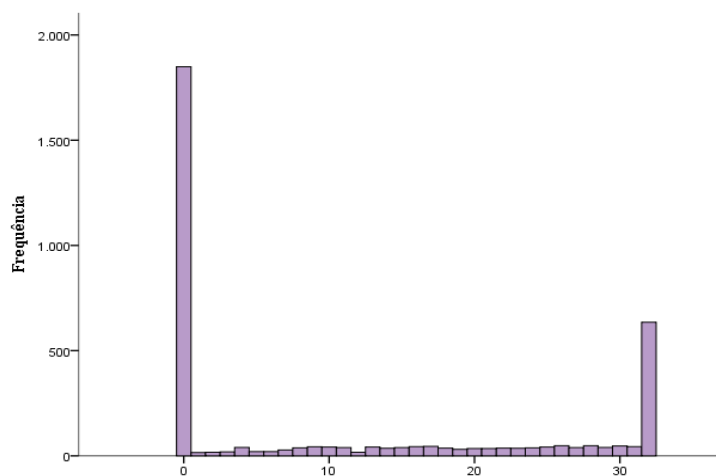


Figura 15: Dentes perdidos.

No que concerne à componente O de dentes Obturados, a média (desvio padrão) obtida foi 0,26 ($\pm 1,1$). A média (desvio padrão) obtida para os homens, no que toca a dentes perdidos, foi 0,33 ($\pm 1,4$) e 0,24 ($\pm 1,0$) para as mulheres. Pode-se ainda acrescentar que o número mínimo de dentes obturados foi 0, que se registou em 3254 (90,7%) e que o número máximo foi 17 registado em apenas um idoso (Figura 16).

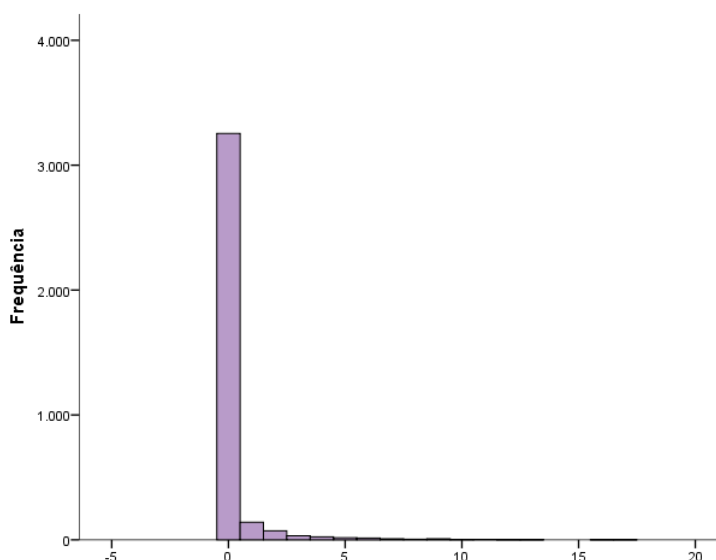


Figura 16: Dentes obturados.

Foi analisado, também, o Índice CPO e cada uma das suas componentes por regiões. Na Tabela 5 apresentam-se os resultados obtidos para a média (desvio padrão).

	Índice CPO	Dentes Cariados	Dentes Perdidos	Dentes Obturados
Norte	25,0 (±9,5)	3,6 (±5,4)	12,2 (±13,0)	0,2 (±0,9)
Centro	26,9 (±7,3)	3,7 (±5,2)	5,1 (±10,6)	0,3 (±1,2)
Área Metropolitana de Lisboa	24,3 (±9,2)	1,4 (±3,1)	20,6 (±11,7)	0,3 (±1,2)
Alentejo	27,8 (±7,3)	2,65 (±4,5)	10,8 (±13,6)	0,1 (±1,0)
Algarve	25,0 (±8,5)	3,0 (±4,8)	12,2 (±13,2)	0,4 (±1,7)

Tabela 5: Média (desvio padrão) do Índice CPO e suas componentes distribuídos por regiões.

Na região Norte, 41 (4,1% da população da região e 1,1% da população total) pessoas apresentavam-se livres de cárie (CPOd = 0), enquanto que 486 (48,1% da população da região e 13,6% da população total) pessoas apresentavam um CPOd de 32.

Na região Centro, apenas 2 (0,3% da população da região e 0,1% da população total) idosos apresentavam CPOd de 0, já 368 (50,9% da população da região e 10,3% da população total) pessoas apresentavam CPOd de 32.

Na região da Área Metropolitana de Lisboa, 5 (1,5% da população da região e 0,1% da população total) indivíduos tinham CPOd de 0 e 143 (42,2% da população da região e 4,0% da população total) tinham CPOd de 32.

Na região do Alentejo, o CPOd de 0 foi encontrado em 6 (0,5% da população da região e 0,2% da população total) idosos e 699 (59,4% da população da região e 19,5% da população total) tinham CPOd de 32.

Na região do Algarve, não foi encontrada nenhuma pessoa com CPOd de 0 e com CPOd de 32 foram encontradas 155 (46,0% da população da região e 4,3% da população total) pessoas.

ix. Índice de Placa

Pode-se dizer que 50% da amostra correspondente a cada dente tem um acúmulo de placa bacteriana (PB) entre 1/3 e 2/3 da superfície ou menos, enquanto que 75% tem um

acúmulo de PB superior a 2/3 ou menos. Nas Tabelas 6 e 7 apresenta-se a caracterização do Índice de Placa (IP) correspondente a cada dente.

	1.6			2.1			2.4		
	n	%	% válida	n	%	% válida	n	%	% válida
Ausência de placa	4	0,1	0,6	9	0,3	0,8	5	0,1	0,7
PB ocupa menos de 1/3 da face	85	2,4	13,3	215	6,0	18,8	105	2,9	14,4
PB ocupa mais de 1/3 mas menos de 2/3 da face	299	8,3	46,8	511	14,2	44,7	325	9,1	44,6
PB ocupa mais de 2/3 da face	251	7,0	39,3	408	11,4	35,7	293	8,2	40,2
Total	639	17,8	100,0	1143	31,9	100,0	728	20,3	100,0
Excluído	2947	82,2		2443	68,1		2858	79,7%	

Tabela 6: Caracterização do Índice de Placa por dente na arcada superior.

	4.4			4.1			3.6		
	n	%	% válida	n	%	% válida	n	%	% válida
Ausência de placa	5	0,1	0,5	9	0,3	0,7	3	0,1	0,7
PB ocupa menos de 1/3 da face	161	4,5	14,5	185	5,2	15,0	61	1,7	14,3
PB ocupa mais de 1/3 mas menos de 2/3 da face	506	14,1	45,6	523	14,6	42,3	180	5,0	42,2
PB ocupa mais de 2/3 da face	437	12,2	39,4	520	14,5	42,0	183	5,1	42,9
Total	1109	30,9	100,0	1237	34,5	100,0	427	11,9	100,0
Excluído	2477	69,1		2349	65,5		3159	88,1	

Tabela 7: Caracterização do Índice de Placa por dente na arcada inferior.

Também se relacionou o acúmulo de placa com o número de escovagens diárias, tendo-se mostrado essa relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$). As Tabelas 8, 9, 10, 11, 12 3 13 expressam esses resultados.

Escovagens por dia	Ausência de placa		PB ocupa menos de 1/3 da face		PB ocupa mais de 1/3 mas menos de 2/3 da face		PB ocupa mais de 2/3 da face	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	1	0,2%	5	0,8	77	12,5	118	19,1
1	2	0,3%	32	5,2	116	18,8	64	10,4
2	1	0,2	29	4,7	90	14,6	49	7,9
3	0	0	15	2,4	12	1,9	4	0,6
4	0	0	1	0,2	1	0,2	0	0

Tabela 8: IP relacionado com a escovagem no dente 1.6.

Escovagens por dia	Ausência de placa		PB ocupa menos de 1/3 da face		PB ocupa mais de 1/3 mas menos de 2/3 da face		PB ocupa mais de 2/3 da face	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	24	2,2	145	13,1	192	17,4
1	3	0,3	69	6,3	185	16,8	120	10,9
2	6	0,5	89	8,1	143	13,0	61	5,5
3	0	0	29	2,6	25	2,3	9	0,8
4	0	0	2	0,2	2	0,2	0	0

Tabela 9: IP relacionado com a escovagem no dente 2.1.

Escovagens por dia	Ausência de placa		PB ocupa menos de 1/3 da face		PB ocupa mais de 1/3 mas menos de 2/3 da face		PB ocupa mais de 2/3 da face	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	9	1,3	89	12,7	138	19,7
1	2	0,3	39	5,6	122	17,4	82	11,7
2	3	0,4	39	5,6	87	12,4	52	7,4
3	0	0	12	1,7	17	2,4	5	0,7
4	0	0	2	0,3	2	0,3	0	0

Tabela 10: IP relacionado com a escovagem no dente 2.4.

Escovagens por dia	Ausência de placa		PB ocupa menos de 1/3 da face		PB ocupa mais de 1/3 mas menos de 2/3 da face		PB ocupa mais de 2/3 da face	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	11	1,0	135	12,6	194	18,1
1	2	0,2	46	4,3	192	17,9	128	11,9
2	3	0,3	73	6,8	149	13,9	78	7,3
3	0	0	27	2,5	18	1,7	11	1,0
4	0	0	2	0,2	3	0,3	1	0,1

Tabela 11: IP relacionado com a escovagem no dente 4.4.

Escovagens por dia	Ausência de placa		PB ocupa menos de 1/3 da face		PB ocupa mais de 1/3 mas menos de 2/3 da face		mais de 2/3 da face	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	16	1,3	144	12,0	221	18,5
1	3	0,3	60	5,0	193	16,1	153	12,8
2	5	0,4	70	5,8	149	12,4	103	8,6
3	1	0,1	35	2,9	23	1,9	17	1,4
4	0	0	1	0,1	3	0,3	0	0

Tabela 12: IP relacionado com a escovagem no dente 4.1.

Escovagens por dia	Ausência de placa		PB ocupa menos de 1/3 da face		PB ocupa mais de 1/3 mas menos de 2/3 da face		PB ocupa mais de 2/3 da face	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	2	0,5	46	11,2	78	19,1
1	2	0,5	19	4,6	65	15,9	58	14,2
2	1	0,2	31	7,6	54	13,2	30	7,3
3	0	0	6	1,5	9	2,2	5	1,2
4	0	0	1	0,2	1	0,2	1	0,2

Tabela 13: IP relacionado com a escovagem no dente 3.6.

x. Tipo de desdentação

Dos idosos observados (3586), apenas 2,9% tinham todos os dentes, sendo que 2,0% eram mulheres e 0,9% eram homens. Por outro lado, 38,1% dos indivíduos eram desdentados totais (7,8% eram homens e 30,4% eram mulheres). E 59,0% tinham, pelo menos, um dente em boca (Tabela 14).

Foi, também, possível observar que 50% das pessoas tinham até 3 dentes perdidos, enquanto que 75% das pessoas tinham perdido 27 ou menos dentes.

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Todos os dentes	34	0,9	70	2,0	104	2,9
Desdentados parciais	752	91,3	1363	67,6	2115	59,0
Desdentados totais	278	7,8	1089	30,4	1367	38,1
Total	1064	29,7	2522	70,3	3586	100,0

Tabela 14: Tipos de desdentação distribuídas por géneros.

As pessoas foram também distribuídas quanto à presença e uso de prótese, quer na arcada superior, quer na arcada inferior. As classificações foram feitas de seguinte forma: “Todos os dentes presentes”, “Desdentado parcial sem prótese”, “Edêntulo sem prótese”, “Desdentado parcial com prótese e usa”, “Desdentado parcial com prótese e não usa”, “Edêntulo com prótese total e usa” e “Edêntulo com prótese total e não usa”.

Para a arcada superior, foram classificados 3538 (98,7%) indivíduos, tendo sido aplicado aos restantes 48 (1,3%) o código 8 ou 9 do questionário (“não aplicável” e “não registado”, respetivamente). O que se observou está expresso na tabela 15.

	n	%
Todos os dentes presentes	80	2,3
Desdentado parcial sem prótese	1356	38,3
Edêntulo sem prótese	373	10,5
Desdentado parcial com prótese e usa	318	9,0
Desdentado parcial com prótese e não usa	35	1,0
Edêntulo com prótese total e usa	1254	35,4
Edêntulo com prótese total e não usa	122	3,4
Total	3538	100,0

Tabela 15: Presença e uso de prótese na arcada superior.

Em relação à arcada inferior, foram registados 3541 idosos e o que se observou está resumido na Tabel 16.

	n	%
Todos os dentes presentes	74	2,1
Desdentado parcial sem prótese	1507	42,6
Edêntulo sem prótese	481	13,6
Desdentado parcial com prótese e usa	280	7,9
Desdentado parcial com prótese e não usa	60	1,7
Edêntulo com prótese total e usa	956	27,0
Edêntulo com prótese total e não usa	183	5,2
Total	3541	100,0

Tabela 16: Presença e uso de prótese na arcada inferior.

Nas Tabelas 17 e 18, relacionou-se o tipo de desdentação com o número de escovagens por dia, nas quais A significa “Todos os dentes presentes”, B significa “Desdentado parcial sem prótese”, C significa “Edêntulo sem prótese”, D significa “Desdentado parcial com prótese e usa”, E significa “Desdentado parcial com prótese e não usa”, F significa “Edêntulo com prótese total e usa” e G significa “Edêntulo com prótese total e não usa”.

Escovagens por dia	A		B		C		D		E		F		G	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	21	0,7	563	18,1	254	8,2	36	1,2	7	0,2	687	22,1	71	2,3
1	25	0,8	431	13,9	31	1,0	98	3,2	13	0,4	130	4,2	13	0,4
2	27	0,9	250	8,0	28	0,9	139	4,5	9	0,3	133	4,3	5	0,2
3	3	0,1	48	1,5	1	0	36	1,2	2	0,1	34	1,1	0	0
4	0	0	4	0,1	0	0	1	0	1	0	5	0,2	0	0

Tabela 17: Relação entre o tipo de desdentação e o número de escovagens diárias na arcada superior.

Escovagens por dia	A		B		C		D		E		F		G	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	18	0,6	595	19,1	308	9,9	25	0,8	14	0,5	577	18,6	103	3,3
1	28	0,9	475	15,3	52	1,7	91	2,9	20	0,6	63	2,0	13	0,4
2	18	0,6	305	9,8	43	1,4	126	4,1	21	0,7	67	2,2	11	0,4
3	6	0,2	59	1,9	1	0	29	0,9	2	0,1	26	0,8	1	0
4	0	0	3	0,1	1	0	3	0,1	1	0	3	0,1	0	0

Tabela 18: Relação entre o tipo de desdentação e o número de escovagens diárias na arcada inferior.

3. Discussão

i. Características da amostra

Para a realização deste estudo, utilizou-se uma base de dados cuja amostra foi obtida no âmbito do projeto “Sorrisos de Porta em Porta” pertencente à Mundo a Sorrir – Associação de Médicos Dentista Portugueses, e cuja coordenação está a cargo do Dr. Vítor Neves.

Da amostra total de 3586 indivíduos, 70,3% dos idosos são do género feminino. Também Gavinha, S. (2010), Braz, M. (2011), Antunes, S. (2013) e Graça, S. (2014) nos seus estudos, trabalharam com percentagens semelhantes em termos de género. Gavinha, S. (2010) analisou uma amostra de 372 indivíduos em que 69,9% eram mulheres e 30,1% eram homens. Braz, M. (2011), trabalhou uma amostra de 379 idosos onde 67% eram do género feminino e 33% eram do género masculino. O estudo de Antunes, S. (2013), era constituído por uma amostra de 283 indivíduos, dos quais 68,9% eram mulheres e os restantes 31,1% eram homens. E no estudo de Graça, S. (2014) foram observados 403 idosos em que 71,7% pertenciam ao género feminino e 28,3% pertenciam ao género masculino.

Nota-se uma clara predominância do género feminino. Segundo a OMS, onde quer que vivam no mundo, as mulheres vivem mais que os homens. A diferença entre a expectativa de vida feminina e masculina é maior em países desenvolvidos, onde as mulheres vivem cerca de seis anos mais que os homens. Em países em desenvolvimento, a diferença é de cerca de três anos (World Health Organization, 2014), o que pode explicar a maior proporção da população feminina em idades mais avançadas.

No que diz respeito à idade, a média (desvio padrão) encontrada foi 81,9 ($\pm 7,5$), sendo que a média (desvio padrão) encontrada para o género feminino foi 82,3 ($\pm 7,3$) e para o género masculino foi 81,0 ($\pm 7,8$). Graça, S. (2014) encontrou valores de idade média ligeiramente superiores, uma vez que idade média (desvio padrão) total foi 84,3 ($\pm 7,0$), sendo que 85,3 ($\pm 6,5$) foi a média encontrada para as mulheres e 81,8 ($\pm 7,7$) para os homens. Por outro lado, Gavinha, S. (2010) e Antunes, S. (2013) encontraram valores ligeiramente inferiores. No estudo de Gavinha, S. (2010) a idade média encontrada foi 78,8 ($\pm 9,1$), sendo que no caso do género feminino foi 79,3 ($\pm 8,8$) e no caso do género masculino foi 77,7 ($\pm 9,7$) e no estudo de Antunes, S. (2013) a idade média encontrada foi 76,2 ($\pm 15,6$).

Também aqui se pode constatar que, mais uma vez, o género feminino obteve valores superiores. E, além disso, a média das idades revela uma amostra envelhecida, que acaba por condizer com o cenário que se vive em Portugal e no mundo.

Relativamente ao grau de escolaridade dos idosos, temos que 36,1% dos idosos são analfabetos e 24,3%, apesar de nunca terem frequentado a escola, sabem ler e escrever, isto perfaz um total de 60,4% de idosos que não tem qualquer tipo de grau de escolaridade, ou seja, mais de metade da amostra. Em contrapartida, um total de 36,9% dos indivíduos estudados frequentou o ensino básico, sendo o maior grupo entre os que têm algum grau de escolaridade, já que os restantes 2,6% são repartidos entre os idosos que afirmam ter frequentado o ensino secundário e o ensino superior (1,7% e 0,9%, respetivamente).

Quando se dividiu a amostra por regiões conforme o seu grau de escolaridade, constatou-se que em todas as regiões à exceção do Centro e Alentejo, as percentagens

maiores estavam concentradas no grupo “Ensino básico”. No Centro e Alentejo, as percentagens maiores pertenciam ao grupo “Não sabe ler nem escrever”.

Em outros estudos estes valores mostraram-se diferentes. No estudo realizado por Gavinha, S. (2010), o grupo maior, 55,8%, era constituído pelos idosos que tinham frequentado o ensino básico, seguido dos idosos sem escolaridade, 30,4%. Também neste estudo, as percentagens que constituíam o grupo do ensino médio e ensino superior eram maiores, 8,9% e 4,9%, respetivamente. No estudo de Graça, S. (2014), também o grupo de idosos que frequentaram o ensino básico é o maior, contendo 50,5% da amostra. O segundo maior grupo, 44,8%, é constituído pelas pessoas que não sabem ler nem escrever, no entanto, quando comparada com o presente estudo esta percentagem mostra-se bastante superior, uma vez que, como já referido anteriormente, apesar de 60,4% nunca terem ido à escola, só 24,3% não sabem ler nem escrever.

Num outro estudo levado a cabo por Barreiro, C. (2013), os valores de pessoas que não frequentaram a escola são ainda maiores: 77,2%, sendo que 34,7% sabem ler e escrever e 42,5% dos idosos são analfabetos. Em contrapartida, a percentagem de pessoas que frequentaram o 1º ciclo é menor, 20,5%.

As diferenças nos resultados podem ser explicadas pelas diferentes regiões onde foram recolhidos os dados. No presente estudo, os dados foram recolhidos em cinco regiões diferentes: Norte, Centro, Área metropolitana de Lisboa, Alentejo e Algarve, os dados presentes no estudo de Gavinha, S. (2010) foram recolhidos no distrito do Porto, no estudo de Graça, S. (2014) os dados foram recolhidos em Vila Franca de Xira e os dados presentes no estudo de Barreto, C. (2013) foram recolhidos no Concelho Limiano. Apesar de todas estas regiões se situarem em Portugal Continental existem diferenças socioculturais que as tornam distintas.

ii. Higiene oral

Uma das características que pode influenciar nos cuidados de higiene oral e no estado de saúde oral de uma pessoa é o seu grau de dependência para realizar a sua higienização oral. Deste modo, dividiu-se a população estudada em dois grupos: “Autónomo nos cuidados de higiene oral” e “Necessita de ajuda nos cuidados de

higiene oral”. No primeiro grupo constam 77% dos indivíduos e no segundo grupo estão os restantes 23%.

Também Gavinha, S. (2010) avaliou o grau de dependência da população em estudo, onde 81,7% dos indivíduos foram considerados independentes e 18,3% foram considerados dependentes.

Os valores obtidos não fazem uma diferença muito acentuada e pode-se constatar que a percentagem de indivíduos Autonomos/Independentes é bastante superior em ambos os estudos.

No que concerne ao número de escovagens que cada pessoa efetuava por dia, concluiu-se que mais de metade (52,6%) da população em estudo não realizava a escovagem diariamente. Dos restantes 47,4%, 28,8% realizavam a escovagem uma vez por dia, 19,1% afirmaram escovar os dentes duas vezes por dia, 4,1% efetuavam a escovagem três vezes por dia e apenas 0,4% disse lavar quatro vezes por dia os dentes.

Já Cunha, J. (2013), no seu estudo, obteve também, valores bastante elevados da percentagem de idosos que não realizava escovagem (53,8%). Por outro lado, 27,7% efetuavam uma escovagem diária, 13,8% escovavam os dentes duas vezes por dia e 4,6% da população em estudo referiu que escovava os dentes três ou mais vezes por dia.

Nos seus estudos, Gavinha, S. (2000 e 2010), Antunes, S. (2013) e Magalhães, A. (2000), obtiveram valores mais baixos (mas ainda assim, elevados) no que toca à percentagem de pessoas que não realizavam higienização oral diária contrariamente a Graça, S. (2014) que obteve valores mais altos para este grupo.

Ao grupo de idosos que não realizava escovagem diariamente, perguntou-se a razão pela qual não o faziam. É de salientar que 59,4% da população em estudo afirmou não sentir necessidade de realizar a escovagem diária. Os restantes 40,6% foram distribuídos por “Pouca destreza manual” (17,9%), “Falta de meios” (10,4%) e “Falta de apoio por parte dos familiares e auxiliares (12,4%)”. Também Magalhães, A. (2000) encontrou percentagens similares relativamente à resposta “Não sente necessidade” (58,8%). Já no que concerne às restantes respostas as percentagens foram 13,2%, 7,4% e 2,9%

respetivamente para “Pouca destreza manual”, “Falta de meios” e “Falta de apoio por parte dos familiares e auxiliares”. Este autor acrescenta ainda que 17,6% dos indivíduos não souberam responder a esta questão.

Nesta questão, Gavinha, S. (2010) encontrou valores ainda mais elevados (71,1%) no que toca à resposta “Não sente necessidade”. Além disso, a resposta “Pouca destreza manual” foi dada por 2,4% dos idosos, 20,5% responderam “Falta de meios” e 6,0% referiram sentir falta de apoio por parte dos auxiliares e familiares.

Esta situação alerta-nos para a necessidade de promoção da saúde oral. Num contexto de abandono e de dificuldades, em relação aos idosos, uma das áreas que poderiam ser melhor exploradas é a das ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e na auto percepção, conscientizando a pessoa para a necessidade de cuidados com sua saúde oral (Silva, S. e Fernandes, R., 2001).

Aos idosos que realizavam escovagem diária pelo menos uma vez, perguntou-se se usavam dentífrico, fio dentário, escovilhão interdentário e se faziam bochechos. Destes meios auxiliares de higienização observou-se que o mais usado era o dentífrico, que obteve 63,4% de respostas positivas e 36,6% de respostas negativas. Seguido pelos bochechos, com 31,3% de pessoas que afirmaram que faziam bochechos e 68,7% que responderam que não faziam, seguido pelo fio dentário, com 1,4% de respostas afirmativas e 98,6% de respostas negativas e, por último os escovilhões interdentários com apenas 0,7% de respostas afirmativas e 99,2% de respostas negativas.

No estudo de Gavinha, S. (2000) também o dentífrico foi o meio auxiliar de higienização mais usado tendo, no entanto, tido uma percentagem mais baixa de respostas positivas, 41,7%. Esta percentagem (41,7%) foi também obtida relativamente à mesma resposta no estudo de Magalhães, A. (2000). Estes estudos foram feitos no mesmo ano.

Já num outro estudo também de Gavinha, S. (2010), a percentagem de respostas positivas relativamente ao uso de dentífrico é mais semelhante ao presente estudo, 67,4%, ainda que ligeiramente mais alta. Também neste estudo os bochechos são o segundo meio auxiliar de higienização mais usado com uma percentagem de respostas

positivas de 20,1%, seguido do fio dentário (0,8%) e, por último, os escovilhões interdentários.

iii. Cuidados de saúde oral

Relativamente à data da última consulta de Medicina Dentária, as respostas foram inseridas em intervalos de tempo: “Nos últimos 6 meses”, “Entre 7 meses e 1 ano”, “Entre 2 e 5 anos”, “Entre 6 e 10 anos”, “Entre 11 e 20 anos” e “Mais de 21 anos”. Em contrapartida, 7,9% da população em estudo refere que nunca foi a uma consulta de Medicina Dentária. A maior percentagem, 19,7%, está inserida no intervalo “Entre 2 e 5 anos” e a menor percentagem, 9,4%, diz que a última vez que visitou o Médico Dentista foi no período “Entre 7 meses e 1 ano”. Já 13,7% afirmam que a sua última consulta de Medicina Dentária foi nos últimos 6 meses. Nos intervalos “Entre 6 e 10 anos”, “Entre 11 e 20 anos” e “Mais de 21 anos” as percentagens obtidas foram, respetivamente, 16,0%, 17,5% e 15,8%. Como se pode observar apenas 23,1% dos idosos visitaram o Médico Dentista no último ano. Graça, S. (2014) encontrou uma percentagem ainda menor (9,1%).

Magalhães, A. (2000) no seu estudo observou que apenas 22,0% dos indivíduos esteve numa consulta de Medicina Dentária no último ano, um valor semelhante ao do presente estudo. Além disso, constatou que uma elevada percentagem, 51,0%, não visita o Médico Dentista há mais de 5 anos. Também este último valor é semelhante ao do presente estudo, uma vez que se somarmos as percentagens dos três últimos intervalos (“Entre 6 e 10 anos”, “Entre 11 e 20 anos” e “Mais de 21 anos”) obtemos a percentagem de 49,3%.

Braz, M. (2011) no seu estudo verificou que 52% dos idosos não recorria a uma consulta de Medicina Dentária há mais de 5 anos, 35% tinha feito uma visita há menos de 1 ano e 13% tinha ido a uma consulta no período entre 1 a 3 anos.

No que se refere aos motivos da visita, mais de metade (54,6%) dos idosos inquiridos apontou “Dor dentária” como motivo. Em contrapartida, a resposta “Rotina” foi escolha de apenas 3,9% dos indivíduos, o que nos leva a concluir que a Saúde Oral é vista, por grande parte dos idosos, como algo secundário, daí a importância das medidas de promoção da saúde oral e a necessidade de criar jovens instruídos e informados acerca

dos problemas que a saúde oral pode acarretar para a saúde em geral, pois os jovens de hoje serão os idosos de amanhã. Magalhães, A. (2000), encontrou um valor semelhante para a resposta “rotina”, 1,2%. No entanto, Braz, M. (2011) encontrou um valor mais elevado para a mesma resposta (24%), mas que não deixa de ser baixo no contexto em que se apresenta e dada a sua importância.

Quando se pergunta aos idosos a razão que os leva a não visitar o Médico Dentista regularmente fica, mais uma vez, em destaque uma resposta que faz ressaltar a importância da instrução da população acerca do papel da Medicina Dentária. A resposta “Não precisa” foi apontada por mais de metade (53,5%) dos indivíduos. Apesar da maior parte dos idosos terem dado esta resposta, 18,6% afirmam ter dor, 16,2% dizem ter dificuldade em falar e 32,6% dificuldade em mastigar.

iv. Índice CPOd

A média (desvio padrão) obtida foi 26,3 ($\pm 8,4$), um valor bastante elevado que nos dá uma perspetiva do estado de saúde oral da amostra. Para os homens verificou-se uma média de 25,7 ($\pm 8,6$) e 26,6 ($\pm 8,6$) para as mulheres. Como se pode observar, a média para o género feminino é ligeiramente superior, tal como acontece nos estudos de Antunes, S. (2013), Gavinha, S. (2000 e 2010), Braz, M. (2011) e Graça, S. (2014). Quando analisadas em separado as componentes C, P e O, temos que o valor médio de dentes cariados é 3,0 ($\pm 4,9$), o valor médio de dentes perdidos é 11,0 ($\pm 13,3$) e o valor médio de obturados é 0,26 ($\pm 1,1$). Como se pode observar o número de dentes perdidos é a componente que mais contribui para os valores elevados de CPO apresentados.

Num estudo de Ahluwalia, K. P. *et al* (2009) com pessoas de 65 ou mais anos, realizado em Nova Iorque, o valor médio de CPO foi relativamente baixo (19,9) quando comparado com o do presente estudo, no entanto, também a componente “Perdidos” é a mais expressiva com uma média de 14,5, no entanto a componente “Cariados” apresenta uma média de apenas 1,3 e a componente “Obturados” apresenta uma média de 7,1. Por outro lado, quando analisada a média de CPO para a percentagem da amostra com mais de 80 anos, esta aumenta para 22,5.

No estudo de Corchero, A. e Cepeda, J. (2008), em Espanha, obteve-se um valor médio de CPO de 27,0; Num estudo realizado na Austrália por Saub, R. e Evans, R. W. (2001),

o valor médio de CPO para as mulheres foi 25,1 e 24,3 para os homens, este autor afirma ainda que a Medicina Dentária preventiva era uma ciência desconhecida quando os sujeitos do seu estudo nasceram.

Quando observada a média (desvio padrão) CPO por regiões podemos concluir que a região do Alentejo apresenta a média mais elevada, 27,8 ($\pm 7,3$), e que a Área metropolitana de Lisboa apresenta a média (desvio padrão) mais baixa, 24,3 ($\pm 9,2$). No entanto, é também na região de Lisboa que se observa a maior média de dentes perdidos, 20,6 ($\pm 11,7$).

v. Índice de Placa

Como já foi referido anteriormente, em Materiais e Métodos, para quantificar o Índice de Placa (PB) usou-se o Índice de Ramfjord modificado por Sich and Ash. Neste índice os dentes avaliados são 1.4, 2.1, 2.4, 4.4, 4.1 e 3.6. O que se observou, foi que em todos os dentes a menor percentagem foi sempre atribuída a “Ausência de placa”, assim como a segunda menor percentagem foi sempre atribuída a “PB ocupa menos de 1/3 da face”, o que vem acentuar o cenário que tem sido observado até então, o de uma população com pobre higiene oral. As maiores percentagens foram quase sempre atribuídas a “PB ocupa mais de 1/3 mas menos de 2/3 da face”, exceto no dente 3.6 onde a maior percentagem foi atribuída a “PB ocupa mais de 2/3 da face”.

Relacionou-se, também, o número de escovagens diárias com o IP, numa relação que se mostrou estatisticamente significativa. Como era esperado, um menor número de escovagens traduziu-se num maior acúmulo de placa.

Também no estudo de Graça, S. (2014), os resultados obtidos demonstraram uma população com uma pobre higiene oral, tendo “Placa abundante” (Equivalente no presente estudo a “PB ocupa mais de 2/3 da face”) obtido uma percentagem de 68,9%. O mesmo cenário se observa no estudo de Gavinha, S. (2010) onde “Abundante acumulação de placa” obteve uma percentagem de 50,4%.

vi. Tipo de desdentação

Neste estudo observou-se que somente 2,9% dos idosos tinham todos os dentes, enquanto que 38,1% dos indivíduos eram desdentados totais e 59% tinham, pelo menos, um dente. Gavinha, S. (2010), no seu estudo, encontrou valores ligeiramente diferentes:

0,5% tinham todos os dentes, 30,9% eram desdentados totais e os restantes 68,6% eram desdentados parciais. No estudo de Graça, S. (2014), 55,8% eram desdentados parciais e 44,2% eram desdentados totais. Já a amostra do estudo de Braz, M. (2011) era constituída por 24% de desdentados totais, e quanto aos indivíduos dentados foram divididos em dois grupos, os que possuíam mais de 20 dentes presentes (considerada uma dentição funcional) e os que tinham menos de 20 dentes presentes, o primeiro grupo era constituído por 23% da amostra, enquanto que ao segundo grupo tocavam os restantes 53%.

A presença e uso de prótese foi classificada separadamente na arcada superior e inferior. Como se pode observar na Tabela 15, para a arcada superior, os desdentados parciais sem prótese estão em maior percentagem (38,3%), a amostra é constituída, também, por 10,5% de edêntulos sem prótese. Em contraste, 44,4% dos indivíduos estão reabilitados proteticamente (9,0% com prótese parcial e 35,4% com prótese total) e 4,4% dos indivíduos têm, também, prótese mas não a usam (1,0% prótese parcial e 3,4% prótese total).

Na arcada inferior (Tabela 16), o cenário é o semelhante, a maioria dos indivíduos (42,6%) são desdentados parciais sem prótese e 13,6% são edêntulos sem prótese, 34,9% têm prótese e usam (7,9% com prótese parcial e 27,0% com prótese total), enquanto que, 6,9% têm prótese mas não a usam (1,7% prótese parcial e 5,2% prótese total).

Também no estudo de Gavinha, S. (2010), a maior percentagem era a de idosos desdentados parciais sem prótese: 35,5% na arcada superior e 40,6% na arcada inferior. Edêntulos sem prótese foram contabilizados 7,5% no maxilar superior e 14,2% no maxilar inferior, valores ligeiramente diferentes dos do presente estudo. Com prótese parcial superior existiam 20,7% (sendo que, 1,1% não a usava), na arcada inferior existiam 20,2% portadores de prótese parcial, mas 2,2 não a usava. No seu estudo, Graça, S. (2014), obteve uma amostra de 44,2% desdentados totais (37% sem reabilitação protética, 54,5% com reabilitação protética bimaxilar e 8,4% tinham apenas um maxilar realibitado). Estes valores ostraram ser variáveis.

III. CONCLUSÕES

Com base nos dados analisados do *Projecto Sorrisos de Porta em Porta* será admissível concluir que:

- Um elevado número de 15.382 idosos usufruíram do projeto “Sorrisos de Porta em Porta”, mas apenas foi realizado questionário/rastreo oral a 3586 em que a maioria era do sexo feminino. A idade média (e desvio padrão) encontrado foi 81,9 ($\pm 7,5$), sendo o grupo etário dos 75-84 anos o que apresenta maior percentagem de idosos observados, igualmente a região de Portugal onde mais idosos foram observados ocorreu no Alentejo;
- No que diz respeito ao grau de escolaridade, grande parte nunca tinha frequentado a escola, apesar de nem todos serem analfabetos. Dos que tinham algum grau de escolaridade, a maioria tinha terminado apenas o ensino básico;
- A maioria dos idosos observados consideraram-se autónomos relativamente aos cuidados de higiene oral;
- A amostra revelou, no geral, ter uma pobre higiene oral. Mais de metade das pessoas não realizavam escovagem diária, e dos que realizavam a maioria admitiu escovar apenas uma vez;
- A maior percentagem dos idosos afirmou não sentir necessidade de realizar a escovagem diária dos dentes;
- O dentífrico era o meio auxiliar de higienização mais utilizado;
- Grande parte dos indivíduos tinha tido a sua última consulta de Medicina Dentária no período entre 2 a 5 anos e a maioria visitava o Médico Dentista por razões de dor dentária, o que mostra a falta de conhecimentos e motivação preventiva, relativamente à saúde oral;
- Mais de metade dos indivíduos afirmou que não precisa de consultas de Medicina Dentária;
- No Índice CPOd obteu-se uma média (desvio padrão) elevada, 26,3 ($\pm 8,4$), e a componente mais expressiva era a de “Perdidos”. O Alentejo mostrou ser a região com Índice CPOd mais elevado;
- Relativamente ao índice de placa, concluiu-se, uma vez mais, que a higiene oral da amostra, no geral, era pobre, tendo “Ausência de placa” obtido a menor percentagem;

- A maioria dos indivíduos eram desdentados parciais sem prótese.

O presente estudo veio evidenciar a necessidade de se instruir as pessoas relativamente à importância da Medicina Dentária.

A informação que este projeto traz sobre a situação da saúde oral dos idosos é enorme e há ainda muito para ser analisado em futuros estudos.

IV. BIBLIOGRAFIA

Adams, J. e White, M. (2004). Biological ageing - A fundamental, biological link between socio-economic status and health. *European Journal of Public Health*, 14(3), pp. 331-334.

Anil, S. *et al* (2014). Xerostomia in geriatric patients: a burgeoning global concern. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 5, pp. 1-8.

Antunes, S. (2013). Avaliação da Saúde Oral num grupo de idosos institucionalizados no Concelho de Vagos. [Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária].

Ahluwalia, K. P. *et al*, (2009). Oral disease experience of older adults seeking oral health services. *Gerodontology*, 27, pp. 96–103.

Barreiro, C. (2013). A institucionalização do idoso no Concelho Limiano. [Projeto de Graduação, apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Serviço Social].

Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, vol. 15, pp. 289-302.

Braz, M. (2011). Estudo da Saúde Oral e Necessidades de Tratamento em Idosos Institucionalizados. [Dissertação de candidatura ao grau de Mestre apresentada à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto].

Burlá, C. *et al* (2013). Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciência & saúde coletiva*, 18(10), outubro, pp. 2949-2956.

Cassolato, S. e Turnbull, R. (2003). Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology*, 20(2), pp. 64-77.

Castro, S. (2010). Processo de Institucionalização da Pessoa Idosa: um olhar comparativo entre uma instituição pública e privada. [Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sociologia].

César, C. *et al* (2015). Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via Teoria de Resposta ao Item. *Cad. Saúde Pública*, 31(5), maio, pp. 931-945.

Contreras, A. *et al* (2015). Periodontal microbiology in Latin America. *Periodontology 2000*, 67(1), pp. 58–86.

Corchero, A. e Cepeda, J., (2008). Oral health in people over 64 years of age, institutionalized in Centres for the Aged in the Vigo Health District Spain, 2005. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 13(8), 523-528.

Costa, E., Nakatani, A. e Bachion, M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(1), jan-mar, pp. 43-48.

Cruvinel, W. *et al* (2010). Sistema imunitário - Parte I: Fundamentos da imunidade inata com ênfase nos mecanismos moleculares e celulares da resposta inflamatória. *Sociedade Brasileira de Reumatologia*, 50(4), pp. 434-461.

Cunha, J. (2013). Avaliação da reabilitação protética numa amostra de idosos institucionalizados. [Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária].

Deas D. E. e Mealey, B. L. (2010). Response of chronic and aggressive periodontitis to treatment. *Periodontology 2000*, vol. 53, pp. 154–166.

Eurostat (2002). 18th CEIES seminar: Active ageing statistic. [Em linha]. Disponível em <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/4187653/5755257/KS-PB-02-006-EN.PDF/f5620de8-ba86-4dbb-aefd-49d29cbbad7b?version=1.0>. [Consultado em 24/05/2015].

FDI (2015a). Oral Health for Healthy Ageing. [Em linha]. Disponível em <http://www.fdiworldental.org/media/80297/2-fdi_draft_ps-healthy_ageing_2015_mma.pdf>. [Consultado em 16/10/2015].

FDI (2015b). Oral Cancer. [Em linha]. Disponível em <http://www.fdiworldental.org/media/80309/5-fdi_draft_ps-oral_cancer_2015_lj.pdf>. [Consultado em 16/10/2015].

FDI (2015c). *The challenge of oral disease: a call for global action – The Oral Health Atlas*. Reino Unido, FDI World Dental Federation.

Fechine, B. e Trompieri, N. (2012). O Processo de Envelhecimento: As principais alterações que acontecem com idoso com o passar dos anos. *InterScience Place*, 20(1), jan-mar, pp. 106-194.

Fragoso, C. e Gill T. (2012). Special Issue on The Aging Lung: Respiratory Impairment and the Aging Lung: A Novel Paradigm for Assessing Pulmonary Function. *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 67A(3), março, pp. 264–275.

Gavinha, S. (2000). Saúde oral sénior. [Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Saúde Oral Comunitária apresentada à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto].

Gavinha, S. (2010). Avaliação do estado de saúde oral em idosos institucionalizados e estudo das repercussões do uso de próteses removíveis desadaptadas nos tecidos dentários. [Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada à Universidade Fernando Pessoa].

Ginaldi, L. *et al* (1999). The immune system in the elderly. *Immunologic Research*, 20(3), pp. 117-126.

Gonçalves, C. e Carrilho, M. J. (2007). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, 40(2), pp. 21-38.

Graça, S. (2014). A Saúde Oral de Idosos Residentes em Lares no Concelho de Vila Franca de Xira. [Tese orientada pelo Professor Doutor Mário Filipe Cardoso Matos Bernardo, especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Ciências e Tecnologias da Saúde].

Instituto de Segurança Social (2015). Idosos. [Em linha]. Disponível em <<http://www4.seg-social.pt/idosos>>. [Consultado em 14/10/2015].

INE (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.

INE (2013). Como evoluíram as famílias em Portugal?. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt>>. [Consultado em 14/10/2015].

INE (2014). População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. [Em linha] Disponível em <<http://www.ine.pt>>. [Consultado em 15/09/2015].

INE (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt>>. [Consultado em 15/09/2015].

Jiménez, M. C. *et al* (2014). Prevalência da periodontite consoante a origem hispânica ou latina dos participantes no estudo de saúde da comunidade hispânica/estudo de latinos. *The Journal of the American Dental Association*, 145(8), pp. 805 – 816.

Jonas, M., Kuryłowicz, A. e Puzianowska-Kuźnicka, M. (2015). Aging and the endocrine system. [Em linha]. Disponível em <http://www.pnmedycznych.pl/?page_id=4188>. [Consultado em 09/10/2015].

Laine, M. L., Crielaard, W. e Loos, B. G. (2010). Genetic susceptibility to periodontitis. *Periodontology 2000*, vol. 58, pp. 37-68.

Leites, A., Pinto, M. e Sousa, E. (2005). Aspectos microbiológicos da cárie dental. *Salusvita*, 25(2), pp. 239-2352.

Lima-Costa, M. F. e Veras, R. (2003). Saúde Pública e Envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), mai-jun, pp. 700-701.

Lloyd-Sherlock, P. (2000). Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Social Science & Medicine*, 51(6), setembro, pp. 887–895.

Madsen, J. e Graff, J. (2004). Effects of ageing on gastrointestinal motor function. *Age and ageing*, 33(2), pp. 154-159.

Magalhães, A. (2000). Levantamento das necessidades de tratamento em saúde oral na população sénior institucionalizada do concelho de Vila Nova de Gaia e apresentação de um programa para solucionar as necessidades encontradas. [Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Saúde Oral Comunitária apresentada à Faculdade de Medicina Dentária do Porto].

Menezes, L. N. e Vicente, L. C. C. (2007). Envelhecimento Vocal em Idosos Institucionalizados. *Revista CEFAC*, 9(1), jan-mar, pp. 90-98.

Mesquita, Z. (2013). Institucionalização, Satisfação e Qualidade de Vida do Idoso. [Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social apresentada à Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve].

Mizutani, S. (2015). Relationship between xerostomia and gingival condition in young adults. *Journal of Periodontal Research*, 50, pp. 74-79.

Moore, A. *et al* (2003). The cardiovascular system in the ageing patient. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 56(3), pp. 254–260.

Morales-Bozo, I. *et al* (2012). Evaluation of the efficacy of two mouthrinses formulated for the relief of xerostomia of diverse origin in adult subjects. *Gerodontology*, 29(2), pp. e1103–e1112.

Müller, F., Naharro, M. e Carlsson, G. E. (2007). What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe?. *Clinical Oral Implants Research*, 18(3), pp. 2-14.

Nasri, C. *et al* (2007). Burning mouth complaints: clinical characteristics of a Brazilian sample. *Clinics*, 62(5), pp. 561-566.

Nazliel, H. *et al* (2011). Oral health status in a group of the elderly population residing at home. *Gerodontology*, 29(2), pp. e761–e767.

Netto, F. (2006). Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Revista Pensar a Prática*, 7(1), pp. 75-84.

Neville, B. W. e Day, T. A. (2002). Oral Cancer and Precancerous Lesions. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52(4), pp. 195–215.

Petersen, P.E. *et al* (2010). Global oral health of older people – Call for public health action. *Community Dental Health*, 27(2), pp. 257-268.

Petersen, P. E. e Ogawa, H. (2012). The global burden of periodontaldisease: towards integration withchronic disease prevention andcontrol. *Periodontology 2000*, vol. 60, pp. 15-39.

Saub, R. e Evans, R. W., (2001). Dental needs of elderly hostel residents in inner Melbourne. *Australian Dental Journal*, 46(3), pp.198-202.

Silva, S. e Fernandes, R. (2001). Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Pública*, 35(4), pp. 349-355.

Shick, A. e Ash, M., (1961). Evaluation of the vertical method of toothbrushing. *J. Periodontology*, 32, 346.

Silverman, S. (2003). *Oral Cancer*. California, American Cancer Society.

Stabholz, W. A., Soskolne, A. e Shapira, L. (2010). Genetic and environmental risk

factors for chronic periodontitis and aggressive periodontitis. *Periodontology 2000*, vol. 53, pp. 138–153.

Unfer, B. *et al* (2011). Challenges and barriers to quality oral care as perceived by caregivers in long-stay institutions in Brazil. *Gerodontology*, 29(2), pp. e324-e330.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), pp. 548-554.

Weiskopf, D., Weinberger, B. e Grubeck-Loebenstien, B. (2009). *The aging of the immune system*. Viena, John Wiley & Sons.

Wolkow, C., Zou, S. e Mattson, M. (2009). Aging of the Nervous System. [Em linha]. Disponível em <http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-481-3465-6_14#>. [Consultado em 09/10/2015].

WHO (2001). *Health and ageing: a discussion paper*. Genebra, World Health Organization.

WHO (2002). *Active Ageing: a Policy Framework*. Genebra, World Health Organization.

WHO (2013). *Oral health surveys: basic methods – 5th ed*. Genebra, World Health Organization.

WHO (2014). *World health statistics 2014*. Genebra, World Health Organization.

WHO (2015). *World report on ageing and health*. Genebra, World Health Organization.

Zaidi, A. (2015). *Active Ageing Index: A Legacy of the European Year 2012 for Active Ageing and Solidarity between Generations*. Viena, European Centre.

ANEXOS

Anexo 1: Carta da Mundo a Sorrir – Associação de Médicos Dentistas Portugueses a conceder a autorização para a utilização dos dados recolhidos no âmbito do projeto “Sorrisos de Porta em Porta”.



Anexo 2: Declaração de consentimento utilizada para a recolha de dados.



Declaração de consentimento

Considerando a **Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial**
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

O Projeto Sorrisos de Porta em Porta, da Associação de Médicos Dentistas Solidários Portugueses – Mundo a Sorrir, deseja envolver o maior número de profissionais de saúde que trabalham com idosos. O principal objetivo é que estes adquiram conhecimentos que permitam melhorar os índices de saúde oral desta população.

Paralelamente, serão envolvidos os médicos dentistas e higienistas orais, residentes nas regiões onde se vai intervir, com o propósito de incentivar estes profissionais a desenvolverem atividades que contribuam para a melhoria da saúde oral dos utentes de lares e centros de dia. Estes, deverão passar a dar apoio frequente às instituições selecionadas.

Pretende-se informar e sensibilizar os profissionais que trabalham em lares e centros de dia para as questões da saúde oral nos idosos e realizar rastreios orais nos mesmos.

Com a implementação do projeto pretende-se atingir os seguintes resultados: intervenção em 300 instituições públicas e/ou privadas de assistência ao idoso; realização de rastreios a 15.000 idosos; sensibilização e informação sobre saúde oral a 3000 profissionais de saúde e assistência social.

Serão realizados questionários aos participantes e os dados serão, posteriormente, analisados e divulgados pelo Centro de Estudos Mundo a Sorrir – CEMAS.

Durante o projeto serão colhidas imagens fotográficas ou em vídeo, a fim de serem, posteriormente, utilizadas para divulgação do projeto e/ou apresentação de resultados.

www.mundoassorrir.org

Mundo a Sorrir
Associação de Médicos Dentistas Portugueses
Rua das Condoreiras 53 | sorrisos@mundoassorrir.org
4150 - 381 Porto | +351 223 212 196

Construímos sorrisos do tamanho do mundo.

1 



Eu, _____ abaixo-assinado compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação no projeto/investigação que se tenciona desenvolver, bem como do estudo em que serei incluído/a. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou tratamento, se for caso disso, propostos pelo Médico/Investigador.

Data

Assinatura do paciente / tutor

Nome do Médico Dentista

Assinatura

www.mundoasorrir.org

Construímos sorrisos do tamanho do mundo.

2



Anexo 3: Questionário/ficha de rastreio oral.



Questionário de Rastreio | Ficha de rastreio oral

Data _____ ID _____

Nome da instituição _____

Localidade _____ Região (não preencher) _____

1 Identificação do Paciente

Nome _____

Data de nascimento _____ Idade _____ Género _____

Legenda: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Não Registado

Escolaridade _____

Legenda: 1 - Não sabe ler nem escrever 2 - Sabe ler e escrever sem grau de escolaridade 3 - Ensino Básico 4 - Ensino Secundário 5 - Ensino Superior 9 - Não Registado

Institucionalizado _____

Legenda: 1 - Sim 2 - Não 9 - Não Registado

Grau de independência/dependência nos cuidados de higiene oral _____

Legenda: 1 - Autônomo/a nos cuidados de Higiene Oral 2 - Necessita de ajuda 9 - Não Registado

2 Hábitos de Higiene Oral

Quantas vezes escova os dentes por dia? _____

Em caso de **NÃO** efetuar escovagem, porque não o faz? _____

Legenda: 1 - Pouca destreza manual 2 - Falta de meios 3 - Falta de apoio por parte dos familiares ou auxiliares 4 - Não sente necessidade 8 - Não aplicável 9 - Não Registado

Usa dentífrico? _____ Faz bochechos? _____ Usa fio dentário? _____

Usa escovilhões interdentários? _____

Legenda: 1 - Sim 2 - Não 8 - Não Aplicável 9 - Não Registado

www.mundoasorrir.org

Construímos sorrisos do tamanho do mundo.

Mundo a Sorrir
Associação de Médicos Dentistas Portugueses
Rua das Condições 53 | sorrisos@mundoasorrir.org
4150 - 381 Porto | +351 223 212 596





3 Cuidados de saúde Oral

Quando é que foi a última consulta de Medicina Dentária? _____

Porque visita o Médico Dentista? _____

Legenda: 1 - Rotina 2 - Devido a dor dentária 3 - Outras Causas 8 - Não Aplicável 9 - Não Registado

Não visita regularmente o seu Médico Dentista porquê? _____

Legenda: 1 - Não precisa 2 - Não tem recursos económicos 3 - Limitações para efetuar deslocações 4 - Medo 5 - Trauma/Fobia 6 - Outras Causas 8 - Não Aplicável 9 - Não Registado

Nos últimos 3 meses teve ou tem dor de origem dentária? _____

Legenda: 1 - Sim 2 - Não 8 - Não Aplicável 9 - Não Registado

Sente dificuldade em falar? _____

Legenda: 1 - Sim 2 - Não 8 - Não Aplicável 9 - Não Registado

Sente dificuldade em mastigar? _____

Legenda: 1 - Sim 2 - Não 8 - Não Aplicável 9 - Não Registado

Sente desconforto com os seus dentes, boca ou prótese dentária? _____

Legenda: 1 - Sim 2 - Não 8 - Não Aplicável 9 - Não Registado

Exame clínico - lesões suspeitas

4 Avaliação dentária - índice CPO

	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
1																
2																
2																
1																
	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.2	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

Legenda:

1 COROA: 1 - Coroa sã 2 - Cariada 3 - Obturada 4 - Perdida por cárie 5 - Extração indicada 6 - Ausente, excluída ou perdida por outro motivo 8 - Não Aplicável 9 - Não Registado

2 TRATAMENTO: 1 - Sem necessidade de tratamento 2 - Restauração 3 - Extração 8 - Não Aplicável 9 - Não Registado

Construímos sorrisos do tamanho do mundo.

2





5 Placa Bacteriana - Índice de Placa (IP)

1º Sextante	1.6	2º Sextante	2.1	3º Sextante	2.4
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
6º Sextante	4.4	5º Sextante	4.1	4º Sextante	3.6
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

Legenda: 0 - Ausência de placa 1 - Placa não visível 2 - Acumulação moderada 3 - Acumulação elevada 4 - Sextante excluído 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

6 Próteses

Tipo de desdentação: Superior _____ Inferior _____

Legenda: 1 - Todos os dentes presentes 2 - Desdentado parcial sem prótese 3 - Edentulo sem prótese 4 - Desdentado parcial com prótese e usa-a 5 - Desdentado parcial com prótese e não a usa 6 - Edentulo com prótese total e usa-a 7 - Edentulo com prótese total e não a usa 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

Caso NÃO possua prótese dentária, tem necessidade? _____

Legenda: 1 - Sim 2 - Não 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

6.1 Hábitos de higiene da prótese

Escova a sua prótese? _____

Legenda: 1 - Sim 2 - Não 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

Se SIM, quantas vezes por dia? _____

O que usa para a escovagem da prótese? _____

Legenda: 1 - Escova de dentes 2 - Escova de próteses 3 - Outro meio 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

A higiene da prótese é feita com _____

Legenda: 1 - Água 2 - Sabão 3 - Dentífrico 4 - Desinfectantes ou pastilhas comerciais 5 - Outros 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

6.2 Tempo de uso e confecção da prótese

Há quanto tempo tem a sua prótese? Superior _____ Inferior _____





Quem fez a prótese dentária? _____

Legenda: 1 - Médico Dentista ou Médico Estomatologista 2 - Protético 3 - Outro 4 - Não sabe 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

6.3 Avaliação do estado das próteses

Higiene da prótese Superior _____ Inferior _____

Legenda: 1 - Presença de placa 2 - Ausência de placa 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

Conservação Superior _____ Inferior _____

Legenda: 1 - Fissuras 2 - Rupturas 3 - Desgaste 4 - Boa conservação 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

Retenção Superior _____ Inferior _____

Legenda: 1 - Boa retenção 2 - Retenção satisfatória 3 - Retenção insatisfatória 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

Estabilidade Superior _____ Inferior _____

Legenda: 1 - Boa estabilidade 2 - Estabilidade satisfatória 3 - Estabilidade insatisfatória 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

7 Comportamentos e reações do utente em relação à intervenção

Foi cooperante? _____

Legenda: 1 - Sim 2 - Não 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

Relação de comunicação entre utente e Médico: _____

Legenda: 1 - Fácil 2 - Difícil 8 - Não Aplicável 9 - Não Registrado

8 Outras informações

Assinatura do Médico Dentista

www.mundossorrir.org

4

Mundo a Sorrir
Associação de Médicos Dentistas Portugueses
Rua das Condorinhas 53 | sorrisos@mundossorrir.org
4150 - 381 Porto | +351 223 212 596



Construímos sorrisos do tamanho do mundo.