

Sara Daniela Ferreira Antunes

**Avaliação da Saúde Oral num grupo de idosos institucionalizados no
Concelho de Vagos**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2013

Sara Daniela Ferreira Antunes

**Avaliação da Saúde Oral num grupo de idosos institucionalizados no
Concelho de Vagos**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2013

Sara Daniela Ferreira Antunes

**Avaliação da Saúde Oral num grupo de idosos institucionalizados no
Concelho de Vagos**

Atesto a originalidade do trabalho

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, sob a orientação do Professor José Frias-Bulhosa

Resumo

As evoluções técnicas e científicas que se têm feito sentir em diversas áreas, proporcionam uma melhoria das condições de vida da população e, conseqüentemente, um aumento da esperança média de vida. Com o avançar da idade vêm as alterações fisiopatológicas, orgânicas e mentais, que acarretam repercussões tanto para a saúde geral como para a oral. Também com o avançar da idade aumenta o risco de institucionalização. O grupo de idosos institucionalizados, geralmente, apresentam desinteresse pela sua saúde oral, diminuição da acuidade visual e da destreza manual, declínio cognitivo e pelo menos uma doença crónica, sendo normalmente os cuidadores os responsáveis pela higiene oral diária destes. Os cuidadores recebem um mínimo, ou até nenhuma, formação sobre como efetuar eficazmente a higiene oral a terceiros, tornando-se, por estes motivos, necessário ter mais atenção na prestação dos cuidados de saúde aos idosos institucionalizados, promovendo a saúde e prevenindo a doença e aumentando o nível de conhecimento de saúde oral por parte dos cuidadores.

O objetivo deste estudo foi o de avaliar o estado de saúde oral em indivíduos adultos institucionalizados no Concelho de Vagos e os conhecimentos dos cuidadores dos mesmos.

O estudo foi composto por duas etapas:

A primeira fase foi composta por um estudo observacional transversal, em que foi feita uma avaliação de saúde oral prévia e posteriormente à realização de uma formação educativa no âmbito da promoção da saúde oral, dirigida a idosos utentes de centros de dia e lares no concelho de Vagos. Nesta foram observados 283 indivíduos adultos, voluntários dos quais 68,9% era do sexo feminino, com uma média (desvio padrão) de idade de $76,2 \pm 15,6$. Destes 56,2% reportou não realizar diariamente a higiene oral. Relativamente à doença cárie apresentavam um valor médio (desvio padrão) de $22,1 \pm 7,2$ dentes com experiência de cárie. Quanto ao estado dos tecidos periodontais apenas 0,41% dos sextantes orais foram considerados normais (CPI=0). Em 33,5% dos indivíduos verificava-se um qualquer tipo de reabilitação oral através de prótese dentária.

Na segunda fase do estudo realizou-se um estudo de intervenção comunitária prospetivo, feito através de inquéritos realizados numa população de cuidadores de idosos e funcionários nos respetivos lares e centros de dia do concelho de Vagos. Os questionários foram aplicados antes e depois de ser realizada uma formação educacional no âmbito da promoção de saúde oral. Participaram 140 cuidadores, com média (dp) de idade de $42,9 \pm 11,4$ anos. Destes 34,2% tinham experiência profissional superior a 10 anos e 34,3% frequentou até ao 9º ano de escolaridade. A higiene oral é indicada por 91,4% como principal fator de risco para a doença cárie e em 77,1% para a doença periodontal aquando do 1º questionário. Após a formação, a higiene oral continua a ser identificada como principal fator de risco da doença cárie e para a doença periodontal mas agora com percentagens de 92,9% e de 93,6% respetivamente.

Foi realizada ainda uma pesquisa bibliográfica.

Pode-se concluir que a população de idosos apresenta elevada necessidade de cuidados básicos de saúde oral, nos quais deverão ser incluídos fatores motivacionais para a promoção da saúde e para a prevenção da doença e consequentemente promover uma estrutura organizacional de Serviços de Saúde que encaminhe e acompanhe estas necessidades, quer pela adequada utilização de recursos no âmbito de programas da Saúde Pública existentes, quer pela valorização dos riscos de exposição a fatores de risco comuns a outras patologias de foro não estomatológico.

Quanto aos cuidadores, este estudo de intervenção comunitária permite identificar a literacia em saúde como um tipo de formação válida, no entanto, outros fatores como os culturais ou educacionais podem contribuir para as alterações de comportamento face à promoção da saúde oral junto de idosos institucionalizados.

Abstract

The technical and scientific developments that have been felt in several areas, provide an improvement of living conditions of the population and, consequently, an increase in life expectancy. With advancing age come pathophysiological changes, organic and mental, which lead to consequences both for general health and for the oral. Also with advancing age increases the risk of institutionalization. The group of institutionalized elderly generally shows lack of interest in their oral health, decreased visual acuity and manual dexterity, cognitive decline, and at least one chronic disease. Usually caregivers are responsible for the daily oral hygiene of the elderly. Caregivers receive a minimum or even no training on how to perform oral hygiene effectively to others, and for these reasons, need more attention in the provision of health care to the institutionalized elderly, promoting health and preventing disease and increasing level of knowledge of oral health of caregivers.

The aim of this study was to evaluate the stage of oral health in institutionalized adults in the county of Vagos and knowledge of caregivers.

The study consisted of two stages:

The first phase consisted of an observational cross, which was made an oral health assessment previous and subsequent to the realization of an educational background in promoting oral health, addressed the senior's users of day centers and homes in the county Vagos. This was observed 283 adults, volunteers, of which 68.9% were female, with a mean (SD) age of 76.2 ± 15.6 . Of these 56.2% reported not perform daily oral hygiene. Regarding caries had a mean (standard deviation) of 22.1 ± 7.2 teeth with caries experience. Concerning periodontal tissues only 0.41% of the oral sextants were considered normal (CPI = 0). In 33.5% of the subjects there was some kind of oral rehabilitation with dental prosthesis.

In the second phase of the study carried out a prospective study of community intervention, done through surveys conducted in a population of elderly caregivers and staff in their respective homes and day centers in the county of Vagos. The

questionnaires were applied before and after be performed educational background in promoting oral health. It had the participation of 140 caregivers, with a mean (SD) age of 43.7 ± 10.4 years, and 34.3% experienced this activity for over 10 years, in 34.3% educational studies went to the 9th grade. Oral hygiene was indicated by 91.4% as the main risk factor for caries and by 77.1% for periodontal disease during the 1st questionnaire. After training, oral hygiene continues to be identified as the main risk factor for caries and periodontal disease but now with percentages of 92.9% and 93.6% respectively.

It was also performed a literature search.

It can be concluded that the elderly population has a high need for basic oral health care, which should include the motivational factors for the promotion of health and for prevention of disease and consequently promote an organizational structure of Health Services to transmit and track these needs, either by the proper use of resources within existing Public Health programs, or the appreciation of the risks of exposure to risk factors common to other pathologies of forum non Dental.

As caregivers, this study identifies community intervention health literacy as a valid form of training, however, other factors such as cultural or educational can contribute to changes in behavior towards oral health promotion with institutionalized elderly.

Índice geral

Introdução	1
<i>I. População idosa</i>	<i>1</i>
<i>II. Doença Cárie.....</i>	<i>4</i>
<i>III. Cáries radiculares</i>	<i>5</i>
<i>IV. Doença periodontal</i>	<i>6</i>
<i>V. Edentulismo</i>	<i>7</i>
<i>VI. Xerostomia.....</i>	<i>7</i>
<i>VII. Cancro oral.....</i>	<i>8</i>
<i>VIII. Lesões da mucosa oral.....</i>	<i>9</i>
<i>IX. Lesões da mucosa oral associadas à prótese</i>	<i>9</i>
<i>X. Higiene oral diária pelos cuidadores.....</i>	<i>10</i>
<i>XI. Estado psicológico do idoso</i>	<i>11</i>
<i>XII. Cirurgia e idosos</i>	<i>11</i>
<i>XIII. Fármacos e idosos</i>	<i>12</i>
<i>XIV. Consulta de odontogeriatría.....</i>	<i>12</i>
<i>XV. Objetivos</i>	<i>13</i>
<i>XVI. Palavras-Chave</i>	<i>14</i>
Desenvolvimento	15
<i>I. Materiais e Métodos</i>	<i>15</i>
<i>II. Resultados.....</i>	<i>17</i>
1- Idosos:.....	17
i. Características	17
ii. Análise das variáveis.....	18
2- Cuidadores	22
i. Caraterísticas: amostra, idade, género, tempo de experiência e escolaridade	22
ii. Análise das variáveis.....	23
<i>III. Discussão</i>	<i>30</i>
1- Idosos	30
i. Amostra, Género e idade.....	30
ii. Higiene oral	30
iii. Doença cárie.....	32
iv. Doença Periodontal	34
v. Reabilitação Oral.....	35

2- Cuidadoras	37
i. Caraterísticas: amostra, idade, género, tempo de experiência e escolaridade.....	37
ii. Análise das variáveis	40
Conclusões	42
I. <i>Relativamente aos idosos</i>	42
II. <i>Relativamente aos cuidadores</i>	43
Bibliografia.....	45
Anexos.....	50
<i>Anexo 1- Projeto de intervenção em Saúde Oral nos idosos de Vagos</i>	51
<i>Anexo 2- Códigos das variáveis dos idosos</i>	56
<i>Anexo 3- Questionário feito às cuidadoras antes e após uma formação</i>	58

Índice de Figuras

Figura 1: Distribuição da amostra por género-----	17
Figura 2: Distribuição da amostra por grupo etário e género-----	18
Figura 3: Hábitos reportados de higiene oral -----	19
Figura 4: Distribuição das componentes do índice CPOd -----	20
Figura 5: Distribuição do estado periodontal segundo Índice CPI -----	21
Figura 6: Reabilitação oral por arcadas e tipo de prótese -----	22

Índice de Tabelas

Tabela 1: Hábitos de higiene dos idosos institucionalizados	19
Tabela 2: Distribuição das componentes por género índice CPOd por género	20
Tabela 3: Respostas dadas à questão “quantas vezes se devem escovar os dentes” no 1º questionário	23
Tabela 4: Respostas dadas à questão “quantas vezes se devem escovar os dentes” no 2º questionário	24
Tabela 5: Respostas dadas à questão “lava os dentes durante quanto tempo” no 1º questionário	25
Tabela 6: Respostas dadas à questão “lava os dentes durante quanto tempo” no 2º questionário	25
Tabela 7: Respostas dadas à questão “que quantidade de pasta usa” no 1º questionário	26
Tabela 8: Respostas dadas à questão “que quantidade de pasta usa” no 2º questionário	26
Tabela 9: Respostas dadas à questão “as escovas dentárias devem ser” no 2º questionário	27
Tabela 10: Respostas dadas à questão “as escovas dentárias devem ser” no 2º questionário	27
Tabela 11: Respostas dadas à questão “as escovas de prótese devem ser” no 1º questionário	28
Tabela 12: Respostas dadas à questão “as escovas de prótese devem ser” no 2º questionário	28

Introdução

I. População idosa

O século XX foi caracterizado por enormes evoluções técnicas e científicas que se fizeram sentir em diversas áreas, proporcionando uma melhoria das condições de vida da população e, conseqüentemente, um aumento da esperança média de vida (Meller, 2008; Braz, 2011).

Qualidade de vida é um conceito subjetivo e multidimensional que abrange a perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre a sua situação pessoal (Seidl, 2004).

O aumento progressivo da proporção de idosos na população total define-se como envelhecimento demográfico (Ivo, 2008). O fenómeno de envelhecimento resulta da diminuição dos índices de mortalidade e de fecundidade e aumento da esperança média de vida, contribuindo para que a percentagem de idosos aumente, sobre o número de jovens com menos de 15 anos, mais rapidamente (Cancela, 2007; Ivo, 2008; Meller, 2008; Peixoto, 2009).

Habitualmente consideram-se idosas, as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, (Cancela, 2007; Braz, 2011; Côte-Real, 2011) idade que em Portugal coincide com a predominante idade da reforma, sendo que segundo o Relatório anual da Organização das Nações Unidas “World Population Ageing 2009”, somos o oitavo país mais envelhecido do mundo. (United Nations-DESA, 2009) Por outro lado é também importante avaliar a autonomia do paciente, uma vez que pessoas com a mesma idade cronológica podem ser ou não dependentes (Braz, 2011). Segundo Ettinger e Beck (1984) e Kallish (1996), citados por Gavinha (2000) para tal se conseguir avaliar, foi criada uma definição que classifica a população idosa em três grupos dependendo da sua dependência/independência:

- Idosos funcionalmente independentes que vivem em comunidade sem assistência;

- Idosos débeis que perderam parte da sua independência, mas que continuam a viver em comunidade com a ajuda de serviços de assistência;
- Idosos funcionalmente dependentes que são incapazes de viver na comunidade de forma independente e que vivem confinados à sua casa ou institucionalizados (Gavinha, 2000).

Com o avançar da idade vêm as alterações fisiopatológicas, orgânicas e mentais, que acarretam repercussões tanto para a saúde geral como para a oral (Cancela, 2007; Peixoto, 2009; Ribeiro, 2012). De um modo geral e errado, vê-se a doença como uma parte integrante e obrigatória do avanço da idade, sendo que as pessoas idosas, ao interiorizarem este conceito, aceitam a doença sem procurar a ajuda médica necessária (Kiyak & Reichmut, 2005; Meller, 2008). Quanto menor for o nível educacional e os rendimentos do indivíduo, independentemente da idade, maior é a incidência de doenças crónicas e agudas, pois há uma maior dificuldade na perceção da necessidade de tratamento (Braz, 2011; Ribeiro, 2012). Esta dificuldade pode ser entendida pelo facto de hoje em dia se promover a saúde sem fazer as pessoas perceberem o porquê de terem de ter certos cuidados (Rudd, 2012). Por este facto é necessário aumentar a literacia para a saúde em Portugal.

O risco de institucionalização aumenta com o aumento da idade da pessoa, apresentando o grupo de idosos institucionalizados desinteresse pela sua saúde oral, diminuição da acuidade visual e da destreza manual, declínio cognitivo e pelo menos uma doença crónica (Bhansali, 2008; Braz, 2011). Estas características levam a que a higiene oral destes doentes seja deficitária, apresentando uma maior vulnerabilidade a infeções orais como a doença periodontal, a cárie dentária e desordens inflamatórias da mucosa, havendo associação entre a débil saúde oral, infeções sistémicas, como as infeções respiratórias e problemas de nutrição. A manutenção da saúde oral da população institucionalizada tem um grande impacto na saúde geral e qualidade de vida (Altani, 2002).

Segundo o Departamento de Saúde do Reino Unido, citado por Matos (2002), saúde oral pode ser definida como “um padrão de saúde que permite ao indivíduo

comer, falar e socializar sem doença ativa, desconforto ou embaraço e que contribui para o seu bem-estar” (Matos, 2002).

Os problemas orais mais frequentes nos idosos são a perda dentária, as cáries radiculares, a doença periodontal, a xerostomia e o cancro oral (Meller, 2008; Côrte-Real, 2011). A qualidade de vida dos idosos afetados por estas doenças orais pode ser posta em causa, (Kelsey & Lamster, 2008; Meller, 2008; Ribeiro, 2012) uma vez que estas podem acarretar problemas estéticos, fonéticos, influenciar significativamente as suas relações interpessoais e influenciar negativamente a alimentação. É importante implementar programas de educação de Saúde Oral na população idosa visto que está descrito que apesar de esta população apresentar, de uma forma geral, níveis elevados de doença oral, a procura dos cuidados médico-dentários é baixa, principalmente na população com menores recursos socioeconómicos, sendo a procura feita apenas em situações de emergência, como a dor (Meller, 2008; Ribeiro, 2012). Um maior interesse pela saúde oral e uma maior procura de cuidados pode ser despertada se os pacientes geriátricos tiverem conhecimento dos fatores determinantes das patologias orais (Ribeiro, 2012).

Há vários fatores que determinam a utilização dos serviços médico-dentários por parte dos idosos, sendo os mais pronunciados os comportamentais. Assim, a acessibilidade ao consultório dentário, o *status* dentário, características pessoais do indivíduo, a perceção de saúde oral, se é um sistema de saúde privado, público ou no local, o rendimento pessoal, o custo dos cuidados, o nível de educação, os fatores sociais, geográficos e culturais, o estilo de vida, (Holm-Pendersen, 2005) o facto de terem doenças incapacitantes (Kelsey & Lamster, 2008) entre outros, deveriam fazer a população em geral olhar de uma forma diferente para esta população em específico e tentar arranjar soluções para esta falta de procura de cuidados médico-dentários. No caso dos idosos não institucionalizados, deveriam ser realizadas campanhas de educação e sensibilização para a importância da visita ao médico dentista de forma a manter a saúde oral quando existente e prevenir a doença. Nas populações de idosos institucionalizados, estas campanhas deveriam ser feitas não só para os próprios idosos como para os cuidadores, devendo, a estes últimos, ser dada formação para que possam cuidar efetivamente da higiene oral dos idosos dependentes de forma eficaz.

Estudos indicam que a educação para a saúde é imprescindível em pacientes idosos (Petersen, 2005).

Devem ser adotadas, pelos países, estratégias para melhorar a saúde oral dos idosos. Segundo a recomendação da OMS as autoridades nacionais, ou seja, os administradores públicos de saúde, devem desenvolver programas de promoção da saúde oral, definindo metas e objetivos mensuráveis baseados nos fatores comuns de risco. O controlo da doença oral em idosos deve ser reforçado através da organização de serviços médico-dentários que atendam as suas necessidades (Petersen, 2005). Em Portugal, na tentativa de melhorar a saúde oral dos idosos portugueses, com mais de 65 anos e complemento solidário, foi criado o programa PNPSO (Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral), que consiste na entrega de um “cheque-dentista” pelo médico de família, que o referencia a um médico dentista. Após a determinação do plano de tratamento, o idoso pode ter direito a um segundo “cheque-dentista”, sendo o máximo de dois por ano até completar o plano de tratamento definido (PNPSO- site da DGS).

II. Doença Cárie

Para se dar o desenvolvimento das lesões de cárie é necessário que haja a interação de vários fatores, mas é considerado fundamental a existência da tríade composta pelo hospedeiro, pela dieta e pela microbiota presente na placa bacteriana (Geraldo-Martins, 2009).

A prevenção de cáries em pacientes institucionalizados é consideravelmente mais dispendiosa do que os tratamentos dentários. Como estratégias de prevenção para ajudar a reduzir a incidência de cáries e a possível perda dentária, deveria ser feito o controlo da ingestão de carboidratos refinados, aumentar as práticas de higiene oral e recorrer à aplicação regular de agentes antimicrobianos e remineralizantes (Altani, 2002).

Sendo o flúor capaz de remineralizar os dentes e de criar uma barreira contra a desmineralização, o seu uso tanto em aplicações tópicas como em pastas fluoretadas, mostrou uma redução do número de lesões de cárie. A combinação da clorhexedina e do flúor podem conduzir a melhorias mais efetivas na redução da incidência de cáries e

de mortalidade dentária, sendo que do uso de clorhexidina em bochechos leva também à diminuição da incidência de inflamação gengival e estomatite protética. Também o uso de pastilha elástica com xilitol pode reduzir a prevalência de estomatite e de queilite angular nos idosos (Altani, 2002; Petersen, 2005).

III. Cáries radiculares

Segundo Hix & O'Leary, citado por Silva (1995), as cáries radiculares são cáries que se apresentam nas superfícies radiculares, como lesões amolecidas, com ou sem formação de cavidade, normalmente bem delimitadas e com alterações de coloração, facilmente penetráveis por sonda e que podem envolver o esmalte justaposto à raiz dentária ou restaurações pré-existentes (Silva, 1995).

As cáries radiculares normalmente localizam-se perto da junção amelo-cementária e ocorrem quando existe recessão gengival ou perda de aderência, podendo também estar associadas a bolsas periodontais e nestes casos localizarem-se subgengivalmente (Geraldo-Martins, 2009).

O aumento do risco de aparecimento de cáries na terceira idade deve-se ao aumento da recessão gengival, a uma higiene oral deficitária, à disfunção das glândulas salivares e à diminuição da mobilidade. A cárie dentária tem sido associada a uma capacidade cognitiva diminuída, à institucionalização e à residência em zonas rurais, o que leva a uma maior dificuldade de acesso aos cuidados médico-dentários (Peixoto, 2009; Côrte-Real, 2011).

Segundo Peixoto (2009):

- os idosos, principalmente os institucionalizados, têm um elevado risco de desenvolver cáries radiculares;

- o consumo exagerado de carboidratos, a diminuição do fluxo salivar e a falta de informação preventiva contribuem muito para aumentar o nível de cáries radiculares;

- a educação em saúde oral para pacientes idosos e seus cuidadores e familiares é o melhor meio de se manter os resultados dos tratamentos curativos;

- o uso abrangente do flúor e a análise oclusal são essenciais para o sucesso clínico;

- a durabilidade, a estética e o risco para a doença devem ser consideradas antes de selecionar o tipo de material restaurador;

- um controle de placa bacteriana realizado com eficiência, minimiza o aparecimento destas lesões e aumenta a vida útil das restaurações sobre elas aplicadas (Peixoto, 2009).

IV. Doença periodontal

O envelhecimento não se expressa apenas através da pele, sendo também visível nos tecidos periodontais. Com o aumento da idade, aumenta o grau de colapso periodontal e diminui a taxa de cicatrização, fazendo com que haja uma progressão rápida da inflamação periodontal. Na doença periodontal as bactérias orais presentes nos tecidos gengivais e ósseos causam processos inflamatórios, estando a gravidade da doença associada à falta de higiene oral, à presença de bactérias patogénicas, ao tabaco e à idade. Os parâmetros clínicos indicadores de doença periodontal são o sangramento gengival, o cálculo supragengival, a profundidade de sondagem e a perda de inserção (Silva, 2008).

São consideradas causas do aumento da prevalência da periodontite crónica com a idade, a diminuição da destreza manual e acuidade visual, que conduz a maus hábitos de higiene oral, tornando o controlo da placa bacteriana menos eficiente, condicionando a acumulação de placa bacteriana e previsivelmente o desenvolvimento da doença periodontal, sobretudo de inflamação gengival e de perda da inserção periodontal, menor capacidade de defesa do sistema imunitário e o envelhecimento das células do periodonto, tornando o processo de cicatrização ou regeneração mais lento (Silva, 2008; Côrte-Real, 2011). Existem outros fatores que contribuem de forma independente para a

progressão desta doença, tais como, o edentulismo, um baixo nível educacional, a falta de procura dos serviços médico-dentários, as doenças sistémicas e o consumo de tabaco e álcool (Côrte-Real, 2011).

O aparecimento de halitose, o edentulismo, a diminuição da capacidade mastigatória e dificuldades na deglutição, as alterações gustativas e a subnutrição são alterações relacionadas com as doenças periodontais que demonstram a afetação que estas têm sobre a saúde oral e a saúde geral do idoso (Côrte-Real, 2011).

V. Edentulismo

“A perda dentária condiciona diversos problemas de âmbito funcional, psicológico e social, podendo-se refletir em termos de dieta e de bem-estar geral” (Côrte-Real, 2011).

A mortalidade dentária tem sido relacionada com o consumo de tabaco, com a pouca procura dos serviços médico-dentários, com o baixo nível socioeconómico e com um período de institucionalização elevada (Côrte-Real, 2011).

Segundo Mersel (1986), citado por Silva (2008), tem aumentado consideravelmente o número de idosos que tem mantido a sua dentição natural apesar da direta relação que existe entre idade e edentulismo (Silva, 2008).

Segundo Kaurish (1997), citado por Silva (2008), a diminuição da resistência e aumento da fragilidade dos tecidos ósseos alveolares destes pacientes, caracterizadas por perda de tecido mineralizado tanto na cortical como no trabeculado ósseo, devido às alterações que sofrem com o avanço da idade, pode ser uma das justificações para a perda dentária com a velhice (Silva, 2008).

VI. Xerostomia

A saliva protege os tecidos orais das diversas agressões através da sua ação antimicrobiana, antifúngica e antivírica, lubrificando a mucosa, prevenindo a

desmineralização e promovendo a remineralização dentária, desempenhando desta forma um papel importante na manutenção da saúde oral (Gonsalves, 2008; Rosa, 2008; Braz, 2011).

A prevalência da xerostomia, ou sensação de boca seca, tende a aumentar com a idade e afeta cerca de 30% dos idosos (Petersen, 2005).

As pessoas que sofrem de xerostomia têm, normalmente, graves problemas orais como elevados níveis de experiência de cárie, dificuldades na mastigação, na deglutição e posterior digestão e na comunicação (Petersen, 2005; Rosa, 2008).

As doenças sistémicas como a diabetes ou o síndrome de Sjögren, a radioterapia à cabeça e ao pescoço e os fármacos, podem levar ao desenvolvimento de uma hipofunção das glândulas salivares que acarreta uma alteração na qualidade e/ou quantidade da saliva. Os fármacos normalmente prescritos aos idosos, tais como, os anti-hipertensores, os antidepressivos, os antipsicóticos, os anticolinérgicos, os sedativos, os citotóxicos e os anti-histamínicos, têm como efeito adverso a xerostomia (Petersen, 2005; Gonsalves, 2008; Meller, 2008; Côrte-Real, 2011). A elevada percentagem de idosos a tomar pelo menos um dos medicamentos que causam diminuição do fluxo salivar torna a xerostomia um problema mais comum da terceira idade (Petersen, 2005; Meller, 2008).

VII. Cancro oral

O cancro oral é tido como um subgrupo de cancros da cabeça e do pescoço sendo que a maioria são carcinomas espinocelulares e a localização mais frequente é a língua. Está associado ao consumo de álcool e tabaco, (Gonsalves, 2008) aumentando o risco de desenvolvimento com o abuso associado destas duas substâncias. A maioria dos casos de cancro oral ocorre a partir dos 50 anos, aumentando o risco de desenvolvimento com a idade, (Braz, 2011) sendo a idade média de diagnóstico acima dos 60 anos (Côrte-Real, 2011).

A leucoplasia é a lesão potencialmente maligna mais referida nesta faixa etária e tal como as outras lesões pré-malignas está associada a baixos níveis socioeconómicos e educacionais (Côrte-Real, 2011). Segundo Braz (2011) a prevalência desta lesão é de aproximadamente 1%, valor que é confirmado por Espinosa (prevalência de 1,7%) e Baciero (prevalência de 2,8%) também citados por Braz (2011). (Braz, 2011)

VIII. Lesões da mucosa oral

As alterações da mucosa oral podem dever-se a vários fatores. Segundo Rossi (2007), citado por Côrte-Real, as alterações da mucosa oral podem surgir devido a trauma, a patologias, a hábitos orais ou a disfunção das glândulas salivares. De acordo com outros autores, podem também estar associadas ao uso de medicamentos, ao nível socioeconómico, a radiação ultravioleta, ao consumo de álcool e tabaco, ao uso e qualidade da prótese e à condição de higiene oral e da prótese (Côrte-Real, 2011).

IX. Lesões da mucosa oral associadas à prótese

Nesta faixa etária é comum o uso de prótese dentária, estando associada ao seu uso a presença de lesões proliferativas, ulceradas, estomatite protética e queilite angular. (Braz, 2011) A maioria das lesões da mucosa oral em idosos é benigna, contudo algumas destas podem malignizar, caso haja predisposição (Côrte-Real, 2011).

A estomatite protética é a condição oral mais prevalente entre portadores de prótese e a mais descrita em idosos, sendo que houve uma forte associação desta prevalência com a higiene deficiente da prótese, o uso da prótese durante a noite, a idade da prótese, (Braz, 2011; Côrte-Real, 2011), o uso de prótese desadaptada, a oclusão e dimensão vertical e com o consumo de álcool e tabaco (Côrte-Real, 2011).

Num estudo realizado em Portugal, por Silva em 2000, citado por Braz (2011), em portadores de próteses removíveis, Silva constatou que as lesões associadas ao uso de prótese, na sua maioria eram assintomáticas e encontrou uma prevalência de estomatite protética de 45,3%, de queilite angular de 12,1% e de úlcera traumática de 7,9% (Braz, 2011).

X. Higiene oral diária pelos cuidadores

Os responsáveis pela higiene oral dos residentes em instituições são, normalmente os cuidadores, que recebem um mínimo, ou nenhuma, formação sobre como efetuar eficazmente a higiene oral a terceiros. Assim, os cuidados diários de higiene oral dos idosos institucionalizados estão condicionados pela deficitária formação dos cuidadores, sendo também afetados significativamente pela falta de perceção da necessidade de cuidados orais do idoso (Altani, 2002).

A qualidade dos cuidados de higiene oral prestados aos residentes poderia melhorar com um treino apropriado. O treino interdisciplinar, como programas de educação de higiene oral, podem aumentar o conhecimento entre os enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e cuidadores, permitindo a compreensão dos cuidados diários da boca e ajudando a melhorar a saúde oral dos idosos (Altani, 2002; Kiyak & Reichmuth, 2005; Akar & Ergul, 2008).

A maneira mais eficaz de educar o pessoal das instituições é através de programas de educação que incorporem demonstrações, palestras, grupos de discussões, recursos audiovisuais e folhetos. Programas de educação dados por um higienista oral podem elevar o perfil da saúde oral, dar apoio à integração dos cuidados de saúde oral no conjunto de cuidados e explicar os procedimentos de cuidados orais aos cuidadores (Altani, 2002).

Além destas medidas, devem ser considerados outros complementos de higiene oral, como escovas manuais com adaptadores para facilitar ao idoso a prática da sua higiene oral, as escovas elétricas e suportes próprios para o fio dentário (Gonsalves, 2008).

Apesar de estas medidas serem necessárias, segundo um comentário de Kay (2000) ao estudo “An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes” de Simons (2000), em que se avaliou e deu formação aos cuidadores dos idosos numa instituição, após a implementação do programa, o conhecimento que antes era pobre, no âmbito da saúde oral, aumentou. No entanto,

nenhuma alteração foi notada nos cuidados recebidos pelos idosos residentes nessa instituição (Kay, 2000).

XI. Estado psicológico do idoso

A terceira idade apresenta-se, geralmente, como um grupo muito heterogêneo do ponto de vista psicológico, devido às vivências de cada um. As diferentes experiências de vida podem condicionar a aceitação, a realização e o sucesso do tratamento (Meller, 2008; Alencar, 2011). Muitos idosos mantêm uma vida ativa em que adotam novas atividades e mantêm um espírito jovem, e regra geral mantêm a sua dentição funcional e demonstram interesse em medidas para a manutenção da sua saúde oral. Por outro lado, há um elevado número de idosos que, acredita que a perda dos dentes e todas as outras mudanças que ocorrem com a idade são inevitáveis com o envelhecimento, visitando por isso o médico dentista apenas quando sentem dor, com o objetivo de a remover. Esta mentalidade leva a que não seja possível fazer uma prevenção adequada da doença (Kiyak & Reichmuth, 2005; Meller, 2008). Para estes idosos, deve ser implementado um programa para promover os cuidados de saúde, que os consciencialize para a importância dos tratamentos dentários e desta forma leve à sua aceitação (Goel et al., 2006).

XII. Cirurgia e idosos

Os idosos, à semelhança dos jovens, têm necessidades cirúrgicas variadas, que podem ir desde uma simples exodontia até complexas cirurgias maxilofaciais. Por apresentarem alterações no seu estado de saúde geral, associadas à velhice, tornam-se num grupo de pacientes especiais, para os quais é necessário fazer-se uma correta avaliação (Alencar, 2011).

De forma a manter as suas funções mastigatórias, estéticas e fonéticas, a necessidade de cirurgia oral em idosos tem vindo a aumentar, com vista à melhor adequação dos tecidos orais para o assentamento correto das próteses (Alencar, 2011).

XIII. Fármacos e idosos

O aumento da população idosa conduz ao aumento do consumo de medicamentos, uma vez que mais de 80% dos idosos usa pelo menos um medicamento por dia, e cerca de um terço destes, consome cinco ou mais ao mesmo tempo. A população idosa é, muito provavelmente, a mais medicada, devido ao aumento da incidência de doenças crónicas com a idade, sendo que segundo Eisenstein *et al.* citado por Akar & Ergul (2008) 90% das pessoas mais velhas têm pelo menos uma doença crónica (Akar & Ergul, 2008; Costa, 2008). Evitar a polimedicação é muito importante, uma vez que quanto maior é o número de medicamentos utilizados maior é a probabilidade de ocorrerem interações medicamentosas. Além disso, esta população, devido às peculiaridades da farmacocinética e da farmacodinâmica do seu organismo, é mais suscetível ao desenvolvimento de reações adversas (Costa, 2008).

XIV. Consulta de odontogeriatría

Dependendo do nível socio-cultural-económico, do nível cognitivo, do nível de dependência, entre outros fatores, as expectativas do paciente idoso em relação ao tratamento podem variar, pelo que é importante escutá-lo com atenção, comunicar de forma perceptível e entender essas expectativas para conseguirmos aumentar o máximo possível a satisfação do indivíduo (Gavinha, 2000).

Na consulta de odontogeriatría, tal como noutra, o objetivo é executar um tratamento adequado em que o alívio da dor e a eliminação da infeção são prioridades (Gavinha, 2000).

Durante a consulta não nos podemos esquecer que há alterações orgânicas no idoso que podem interferir com a nossa abordagem durante o tratamento.

Durante o tratamento dentário devemos ter em conta a posição da cadeira caso o paciente sofra de alguma doença cardiovascular ou osteoporose avançada, ter cuidado com a medicação prescrita em pacientes com patologia renal ou hepática e nos polimedicados, ter em atenção que os idosos são mais suscetíveis de desenvolver

infecções respiratórias, que podem ter alterações ao nível do aparelho mastigatório a ter em conta aquando da reabilitação protética, entre outros aspetos (Braz, 2011).

XV. Objetivos

Com o avançar da idade, a saúde geral vai-se deteriorando progressivamente e com ela aumentam os problemas de saúde oral, com graves implicações na qualidade de vida do idoso, a vários níveis. O simples facto de estar institucionalizado leva a uma perda de qualidade de vida, uma vez que o idoso deixa de ter o “seu” espaço, a sua privacidade, os seus objetos pessoais que contam a sua história, deixa de ter acesso a tudo o que construiu ao longo da sua vida e deixa de usufruir da companhia dos que mais preza. É obrigação da sociedade garantir aos idosos um fim de vida digno e com o máximo de conforto possível. Para isso é imprescindível manter a sua saúde oral, o que não é tarefa simples, uma vez que em muitos casos o idoso já não é capaz ou não tem ânimo para fazer sozinho a sua higiene oral diária. Assim é indispensável que tanto os idosos como os cuidadores tenham perceção da importância da manutenção da saúde oral e conseqüentemente da necessidade de prevenção, bem como da de realização de tratamento quando a situação o exigir. Tal como é necessário dar formação aos cuidadores para que estes se ocupem da higiene corporal dos idosos, é igualmente necessário formá-los para prestarem os cuidados diários de higiene oral aos mais vulneráveis.

Com este trabalho pretende-se:

- Avaliar a saúde oral dos idosos institucionalizados em Vagos, distrito de Aveiro
- Comparar a saúde oral dos idosos institucionalizados em Vagos com os de outras cidades portuguesas e estrangeiras;
- Avaliar os conhecimentos das(os) cuidadoras(es) sobre a prestação de cuidados de higiene oral, antes e depois de uma formação específica sobre promoção da saúde oral;

- Comparar os conhecimentos das(os) cuidadoras(es) dos lares de Vagos com os de outras cidades portuguesas ou estrangeiras.

Para desenvolver este tipo de estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica até finais de Março de 2013 e recorreu-se a dados ainda não publicados, constantes de uma base de dados, que foi disponibilizada pelo Professor Frias-Bulhosa e cedida pela Unidade de Saúde Pública de Vagos.

XVI. Palavras-Chave

Idosos institucionalizados, saúde oral, doença cárie, doença periodontal, prótese dentária, xerostomia, cuidadoras de idosos.

Desenvolvimento

I. Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo de intervenção comunitária dividido em duas fases.

A primeira fase foi composta por um estudo observacional transversal, em que foi feita uma avaliação de saúde oral prévia e posteriormente à realização de uma formação educativa no âmbito da promoção da saúde oral, dirigida a idosos utentes de centros de dia e lares no concelho de Vagos.

Os indicadores clínicos orais usados nesta componente do estudo foram:

- CPI
- CPOD
- Utilização e tipo de prótese
- Higiene Oral

Na segunda fase do estudo, realizou-se um estudo de intervenção comunitária prospetivo, feito através de inquéritos realizados numa população de cuidadores de idosos e funcionários nos respetivos lares e centros de dia do concelho de Vagos, alvo do estudo, que foram aplicados antes e depois de ser realizada uma formação educacional no âmbito da promoção de saúde oral.

As bases de dados, ainda não publicadas, que permitiram o desenvolvimento desta tese, foram disponibilizadas pelo Professor Frias-Bulhosa e cedidas pela Unidade de Saúde Pública de Vagos.

Foi realizada ainda uma pesquisa bibliográfica essencialmente nos motores de busca Pubmed, Scielo, Scopus e B-on, por autores, por títulos de artigos e por palavras-chave, finalizada em Março de 2013.

As palavras-chave foram utilizadas em combinações de forma a restringir a pesquisa ao tema em questão. As palavras-chave utilizadas foram: Idosos institucionalizados, saúde oral, doença cárie, doença periodontal, prótese dentária, xerostomia, cuidadoras de idosos.

II. Resultados

1- Idosos:

i. Características

Para este estudo foram observados 283 indivíduos adultos, institucionalizados em lares ou frequentadores de centros de dia no concelho de Vagos. Relativamente à idade, a média (desvio padrão) encontrada foi de $76,2 \pm 15,6$, sendo que foram observados 44 indivíduos (18 do sexo feminino e 26 do sexo masculino) menores de 60 anos. Na amostra total verificou-se uma predominância do sexo feminino, 68,9%.

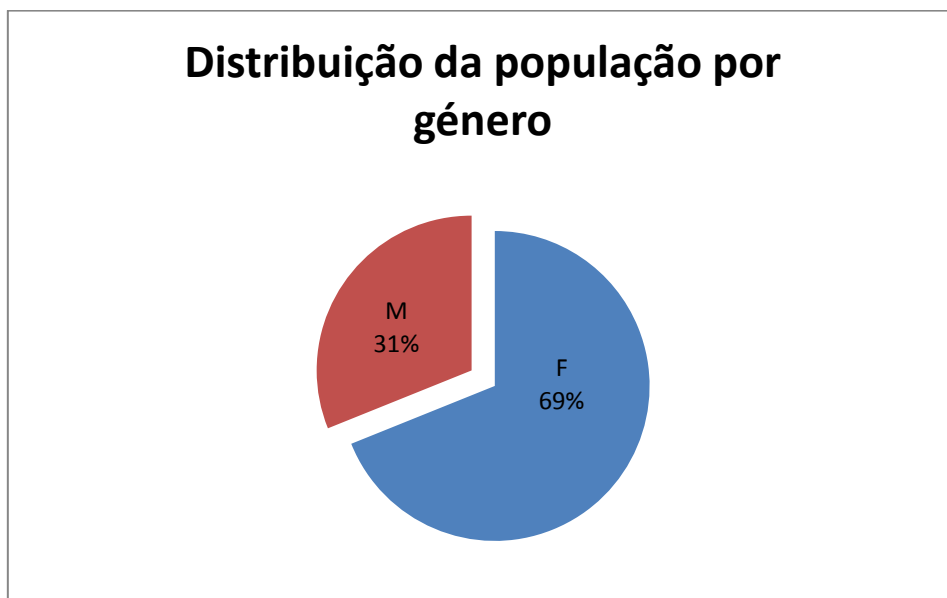


Figura 1: Distribuição da amostra por género

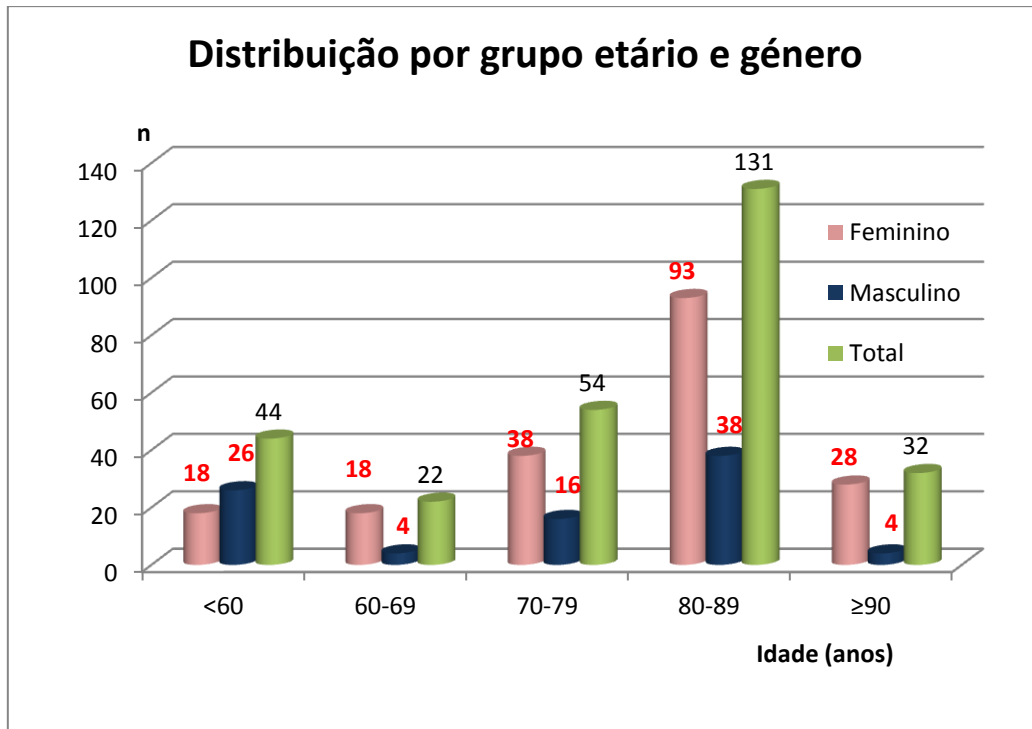


Figura 2: Distribuição da amostra por grupo etário e género

Os indivíduos que participaram neste estudo fizeram-no de forma voluntária, tendo sido excluídos todos os que não aceitaram participar.

ii. Análise das variáveis

Os resultados em relação à higiene oral mostram que 82 dos indivíduos observados reportaram que não a realizavam diariamente, o que corresponde a 29%. Relativamente aos restantes, 43,8% relataram realizar a higiene oral diariamente, existindo uma maior percentagem de realização de higiene oral à noite com 36,4% (o equivalente a 103 indivíduos), seguindo-se de manhã com 32,1% (91 indivíduos) e por último, a realização da parte da tarde, que corresponde apenas a 16,6% (47 indivíduos). Quanto ao número de escovagens diárias, os resultados encontram-se descritos na tabela 1.

Escovagens/dia	n	%
0	77	27,2%
1	45	15,9%
2	41	14,5%
3	38	13,4%
Raramente	82	29%

Tabela 1: Hábitos de higiene dos idosos institucionalizados

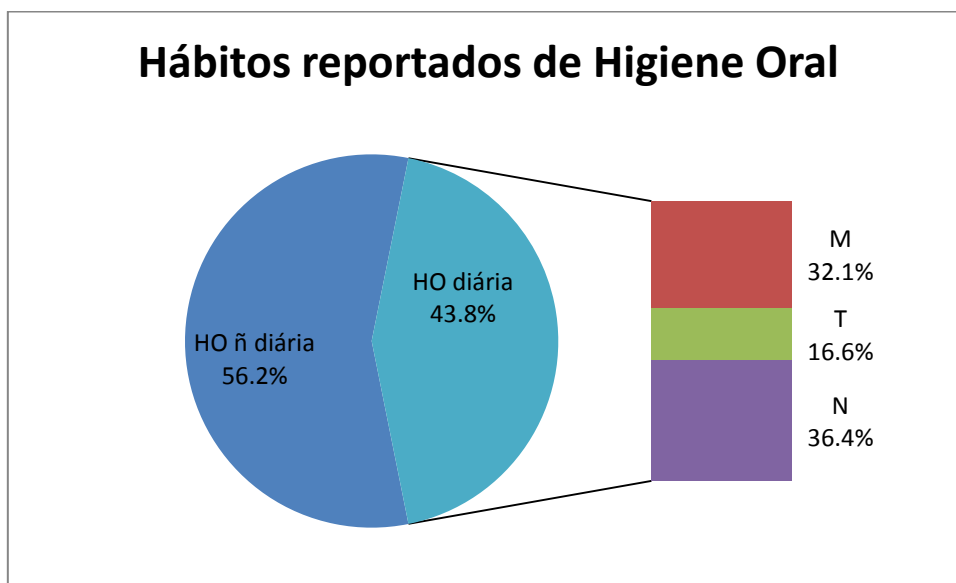


Figura 3: Hábitos reportados de higiene oral

No que diz respeito à doença cárie apresentavam um valor médio (desvio padrão) de $22,1 \pm 7,2$ dentes com experiência de cárie, sendo que num total de 6265 dentes, 982 (15,7%) se apresentavam cariados (Cd), 5054 (80,7%) perdidos (Pd) e 229 (3,7%) obturados (Od). Transformando estes valores, temos que Cd é igual a 3,5, Pd a 17,9 e Od a 0,8.

A distribuição das componentes Cd, Pd, Od do índice CPOd médio para cada um dos géneros encontra-se na tabela 2.

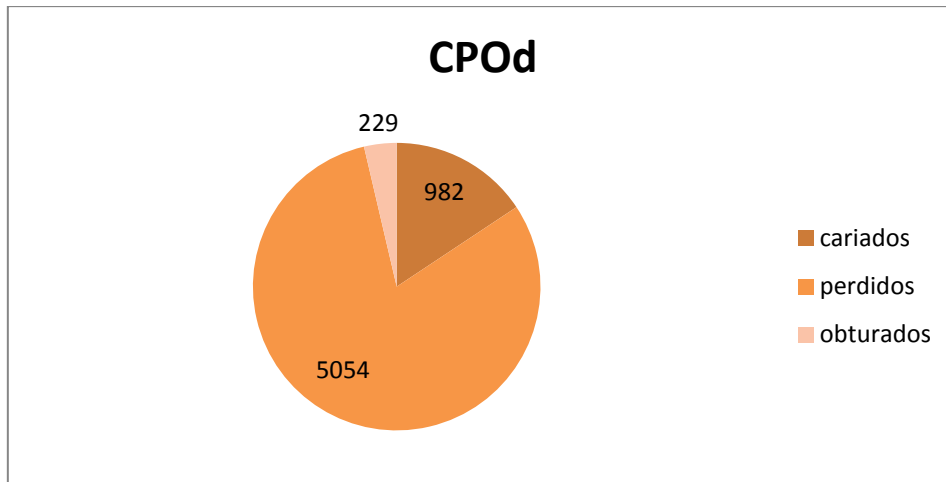


Figura 4: Distribuição das componentes do índice CPOd

	CPOd	Cd	Pd	Od
Sexo Feminino	22,7	2,7	19,3	0,7
Sexo Masculino	20,9	5,3	14,6	1,1

Tabela 2: Distribuição das componentes por género índice CPOd por género

Relativamente ao estado periodontal, de um total de 1698 sextantes observados, apenas 0,41% dos sextantes orais foram considerados normais (CPI=0), sendo o 2º sextante o que apresentou melhor estado periodontal, seguido do 6º sextante. Quanto ao sangramento, 63 sextantes apresentavam sangramento, correspondendo este valor a 3,71%. No que concerne à presença de cálculo, foram observados 150 sextantes afetados, correspondendo a 8,83%. Dos sextantes observados, 10,25% revelaram ter bolsas periodontais com menos de 5mm, enquanto 9,6% dos sextantes apresentaram bolsas com profundidade igual ou superior a 5mm. No total de 1698 sextantes observados, 1117 foram excluídos por ausência de dentes e 24 não eram avaliáveis.

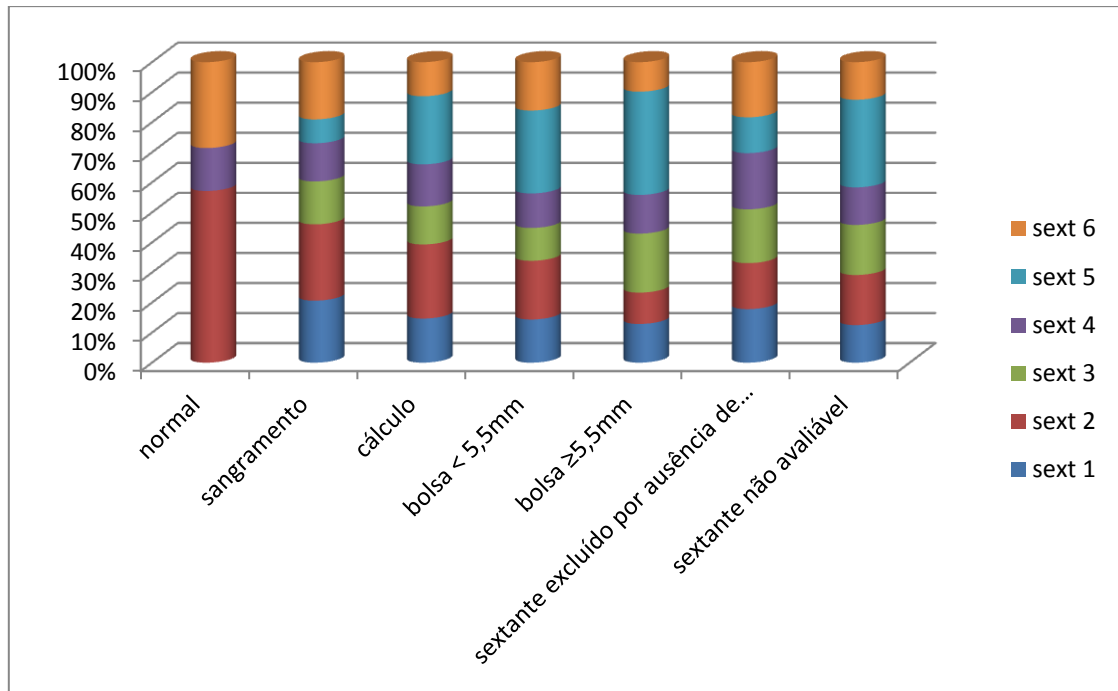


Figura 5: Distribuição do estado periodontal segundo Índice CPI

Quanto à reabilitação oral, em 33,5% dos indivíduos (o equivalente a 91 indivíduos) verificava-se um qualquer tipo de reabilitação oral através de prótese dentária, seja prótese acrílica removível, prótese esquelética removível ou prótese fixa. Na arcada superior foram encontradas 81 próteses acrílicas removíveis (o correspondente a 52,3%), 5 próteses esqueléticas (o equivalente a 3,2%) e 2 próteses fixas (o correspondente a 1,3%), o que totaliza 88 próteses na arcada superior, correspondendo a 56,8% da totalidade das próteses. Já na arcada inferior, detetaram-se 60 próteses acrílicas removíveis, representando 38,7%, 6 próteses esqueléticas (o que corresponde a 3,9%) e uma prótese fixa (correspondente a 0,6%). Deste modo observaram-se 43,2% da totalidade das próteses na arcada inferior. Num total de 566 arcadas observadas, apenas 155 se encontravam reabilitadas, o que corresponde a 27,4%.

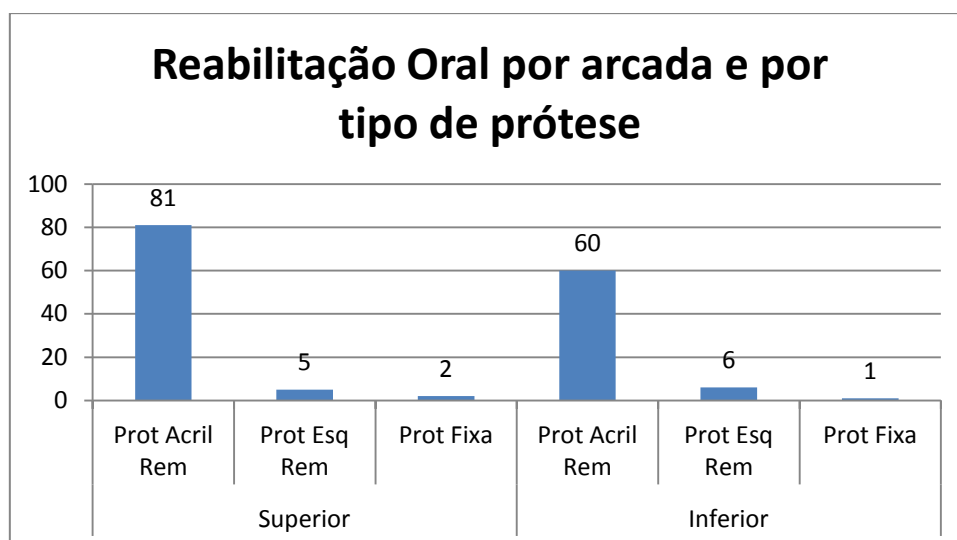


Figura 6: Reabilitação oral por arcadas e tipo de prótese

2- Cuidadores

i. Características: amostra, idade, género, tempo de experiência e escolaridade

Nesta segunda parte do estudo participaram 140 cuidadores, com média (dp) de idade de $42,9 \pm 11,4$ anos, em que 17 (12,1%) pertenciam à faixa etária dos 20 aos 29 anos, 26 (18,6%) tinham entre 30 e 39 anos, dentro da faixa etária dos 40 aos 49 anos havia 52 (37,1%) cuidadores, 36 (25,7%) tinham entre 50 e 59 anos e apenas 6 (4,3%) mostraram estar na faixa etária entre os 60 e os 65 anos. Três (2,1%) dos cuidadores não responderam a esta questão. A idade mínima encontrada foi de 21 anos e a idade máxima de 65 anos.

Quanto ao género 97,9% (137) dos cuidadores eram do sexo feminino sendo que os restantes 2,1% (3) não responderam a esta questão.

Relativamente à experiência profissional, 34,2% (48 indivíduos) reportaram exercer funções há mais de 10 anos, havendo 60,7% (85) que têm entre um e 10 anos de experiência (30,8% exercem à 5 anos ou menos) e 5% (7) que exercem há menos de 1 ano.

No que diz respeito à escolaridade, a maior percentagem refere-se ao 9º ano com 34,3% (48 indivíduos), seguindo-se o 4º ano com 23,6 % (33), sendo que com o sexto ano apresentaram-se 27 cuidadores (19,3%), seguido de 20 cuidadores (14,3%) com o 12º ano de escolaridade, 11 (7,9%) com curso médio ou superior e 1 (0,7%) que apenas sabe ler e escrever.

ii. Análise das variáveis

Relativamente à questão “quantas vezes se devem escovar os dentes”, no primeiro questionário, 26 (18,6%) cuidadoras responderam 2 vezes, 105 (75%) responderam 3 vezes, 7 (5%) disseram que deviam ser 4 vezes e 2 (1,4%) não responderam a esta pergunta. No segundo questionário, realizado após uma formação, 2 (1,4%) cuidadoras responderam que se deviam escovar os dentes uma vez, 6 (4,3%) que se deviam escovar 2 vezes, 102 (72,9%) dizem ser correto fazer a higiene oral 3 vezes por dia, 10 (7,1%) 4 vezes e 20 (14,3%) cuidadores não responderam, em que destes, 8 (5,7%) faltaram a este segundo questionário. Podemos concluir que relativamente às respostas 3 e 4 vezes, de um questionário para o outro, o número de cuidadores se manteve, tendo no segundo questionário aumentado o número de cuidadores que não responderam à pergunta e tendo havido 2 que “pioraram os seus conhecimentos” passando a sua resposta para uma vez por dia.

Resposta	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2	26	18,6	18,6	18,6
3	105	75,0	75,0	93,6
4	7	5,0	5,0	98,6
Ñ resp	2	1,4	1,4	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Tabela 3: Respostas dadas à questão “quantas vezes se devem escovar os dentes” no 1º questionário

Resposta	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1	2	1,4	1,4	1,4
2	6	4,3	4,3	5,7
3	102	72,9	72,9	78,6
4	10	7,1	7,1	85,7
Ñ resp	12	8,6	8,6	94,3
F	8	5,7	5,7	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Tabela 4: Respostas dadas à questão “quantas vezes se devem escovar os dentes” no 2º questionário

Na questão “quais são as melhores alturas para se escovar os dentes”, em que a resposta correta seria “de manhã, depois do pequeno-almoço” mais “depois de almoço” mais “depois do jantar” e/ou “antes de ir para a cama”, no primeiro questionário 90 cuidadores (64,3%) deram a resposta correta tendo os restantes 50 (35,7%) errado. Já no segundo questionário, 107 (76,4%) deram a resposta correta, 25 (17,9%) erraram e 8 (5,7%) faltaram. Nesta questão, do primeiro para o segundo questionário, aumentaram o número de respostas corretas.

No que diz respeito à questão “lava os dentes durante quanto tempo”, em que a resposta correta seria “mais de um minuto e menos de dois”, no primeiro questionário, de 140 cuidadores apenas 51 (36,4%) acertaram na resposta e houve 5 (3,6%) que não responderam. No segundo questionário, o número de respostas corretas reduziu passando para 46 (32,9%), sendo que neste, 3 (2,1%) indivíduos não responderam e 8 (5,7%) faltaram.

Resposta	Frequência	%	% válida	% cumulativa
- de 30 s	4	2,9	2,9	2,9
30s a 1min	41	29,3	29,3	32,1
1 a 2 min	51	36,4	36,4	68,6
+ de 2min	39	27,9	27,9	96,4
outro	5	3,6	3,6	100,0
Ñ resp	140	100,0	100,0	

Tabela 5: Respostas dadas à questão “lava os dentes durante quanto tempo” no 1º questionário

Resposta	Frequência	%	% válida	% cumulativa
- de 30 seg	3	2,1	2,1	2,1
30s a 1min	16	11,4	11,4	13,6
1 a 2 min	46	32,9	32,9	46,4
+ de 2min	62	44,3	44,3	90,7
outro	2	1,4	1,4	92,1
Ñ resp	3	2,1	2,1	94,3
F	8	5,7	5,7	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Tabela 6: Respostas dadas à questão “lava os dentes durante quanto tempo” no 2º questionário

Quanto à questão “o que usa para manter os dentes limpos”, em que a resposta correta seria “líquidos para bochechar”, “escova dos dentes”, “pasta dos dentes” e/ou “fio ou fita dentária”, no primeiro questionário apenas 49 (35%) dos cuidadores acertaram a resposta e no segundo questionário apenas acertaram 34 (24,3%) indivíduos, tendo faltado a este segundo momento 8 (5,7%) cuidadores. De qualquer das formas conclui-se que o nível de conhecimento após a formação diminuiu.

No que concerne à questão “como usa a sua escova de dentes”, em que a resposta correta seria “faço movimentos circulares” ou “faço movimentos circulares” mais “faço movimentos verticais de cima para baixo e de baixo para cima”, apenas 36 (25,7%) dos cuidadores acertaram a resposta no primeiro questionário, havendo 2 (1,4%) que não

responderam, passando o número de respostas corretas para 93 (66,4%) no segundo questionário, ao qual 8 (5,7%) cuidadores faltaram. Neste caso houve um aumento de conhecimentos com a formação.

Relativamente à questão “que quantidade de pasta deve ser usada”, cuja resposta correta seria a figura um em que mostra uma escova com uma quantidade de pasta dos dentes igual ao tamanho de uma ervilha, apenas 22 (15,7%) cuidadoras responderam corretamente, sendo que 11 (7,9%) deixaram esta resposta em branco, no primeiro questionário. No segundo questionário, as respostas corretas aumentaram substancialmente, tendo respondido corretamente 110 (78,6%) cuidadores, sendo que mesmo assim 8 (5,7%) não responderam e outros 8 (5,7%) faltaram.

Resposta	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Fig 1	22	15,7	15,7	15,7
Fig 2	81	57,9	57,9	73,6
Fig 3	26	18,6	18,6	92,1
Ñ resp	11	7,9	7,9	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Tabela 7: Respostas dadas à questão “que quantidade de pasta usa” no 1º questionário

Resposta	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Fig 1	110	78,6	78,6	78,6
Fig 2	13	9,3	9,3	87,9
Fig 3	1	0,7	0,7	88,6
Ñ resp	8	5,7	5,7	94,3
F	8	5,7	5,7	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Tabela 8: Respostas dadas à questão “que quantidade de pasta usa” no 2º questionário

No que concerne à questão “as escovas dentárias devem ser”, à qual a resposta correta seria “macias” ou “médias”, no primeiro questionário 85,7% (120) dos cuidadores responderam corretamente, sendo que 5% (7) não responderam a esta

questão. No segundo questionário, diminuiu a percentagem de respostas corretas para 84,3% (118), sendo que 8,6% (12) indivíduos não responderam e 5,7% (8) faltaram.

Resposta	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Macias	27	19,3	19,3	19,3
Médias	93	66,4	66,4	85,7
Duras	13	9,3	9,3	95,0
Ñ resp	7	5,0	5,0	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Tabela 9: Respostas dadas à questão “as escovas dentárias devem ser” no 2º questionário

Resposta	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Macias	55	39,3	39,3	39,3
Médias	63	45,0	45,0	84,3
Duras	2	1,4	1,4	85,7
Ñ resp	12	8,6	8,6	94,3
F	8	5,7	5,7	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Tabela 10: Respostas dadas à questão “as escovas dentárias devem ser” no 2º questionário

No que diz respeito à questão “as escovas de prótese devem ser”, à qual a resposta correta seria “duras”, no primeiro questionário apenas 24,3% (34) dos cuidadores responderam corretamente, sendo que 17,1% (24) não responderam a esta questão. No segundo questionário, aumentou a percentagem de respostas corretas para 71,4% (100), mostrando o efeito positivo da formação. No entanto, 11,4% (16) indivíduos não responderam e 5,7% (8) faltaram.

Resposta	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Macias	19	13,6	13,6	13,6
Médias	63	45,0	45,0	58,6
Duras	34	24,3	24,3	82,9
Ñ resp	24	17,1	17,1	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Tabela 11:Respostas dadas à questão “as escovas de prótese devem ser” no 1º questionário

Resposta	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Macias	7	5,0	5,0	5,0
Médias	9	6,4	6,4	11,4
Duras	100	71,4	71,4	82,9
Ñ resp	16	11,4	11,4	94,3
F	8	5,7	5,7	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Tabela 12:Respostas dadas à questão “as escovas de prótese devem ser” no 2º questionário

Relativamente à questão “porque se estragam os dentes”, em que a resposta correta seria “falta de higiene”, mais “por se comerem alimentos doces”, mais “por se comerem alimentos duros”, no primeiro questionário apenas 6 (4,3%) cuidadores responderam corretamente, sendo que 4 (2,9%) não responderam a esta questão. No segundo questionário o quadro ainda piora, tendo respondido corretamente apenas 5 (3,8%) cuidadores. Neste, 2 (1,4%) não responderam e 8 (5,7%) faltaram. Considerando as respostas separadamente, a higiene oral é indicada por 91,4% (128) como principal fator de risco para a doença cárie aquando do 1ºquestionário passando este valor para 92,9% no 2º questionário. Como segunda causa mais comum para a doença cárie, tanto no primeiro questionário como no segundo foi apontada a resposta “por se comerem alimentos doces”.

No que diz respeito à questão “porque se estragam as gengivas”, em que a resposta correta seria “falta de higiene”, mais “por se comerem alimentos doces”, mais “por se comerem alimentos duros”, no primeiro questionário apenas 6 (4,3%) cuidadores responderam corretamente, sendo que 7 (5%) não responderam a esta questão. No segundo questionário, as respostas corretas aumentam, passando o número de cuidadores que acertaram a resposta para 7 (5%), sendo que 1 (0,7%) não respondeu e 8 (5,7%) faltaram. Considerando as respostas separadamente, a higiene oral é indicada por 77,1% como principal fator de risco para a doença periodontal aquando do 1º questionário passando este valor para 93,6% no 2º questionário. Como segunda causa mais comum para a doença periodontal, tal como para a doença cárie, tanto no primeiro questionário como no segundo foi apontada a resposta “por se comerem alimentos doces”.

III. Discussão

1- Idosos

i. Amostra, Género e idade

Para realizar este estudo foram observados 283 indivíduos adultos, institucionalizados em lares e centros de dia do concelho de Vagos. Na amostra total observou-se uma predominância do sexo feminino (68,9%), sendo este resultado semelhante aos resultados encontrados nos estudos realizados por Arpin (2008), Gavinha (2010), Braz (2011) e Taveira (2012). Arpin (2008) no seu estudo observou 152 idosos em que 65% eram mulheres, enquanto Gavinha (2010), numa amostra de 372 idosos obteve uma percentagem de 69,9% para o sexo feminino. Braz (2011) estudou 255 indivíduos em que a percentagem de mulheres foi de 67% e Taveira (2012) analisou 226 indivíduos em que 62,83% eram mulheres. Uma maior percentagem de indivíduos do sexo feminino pode ser explicada pelo aumento da percentagem de idosos em relação à percentagem de jovens, sendo mais elevada a esperança média de vida para o sexo feminino. (INE)

Relativamente à idade, a média (desvio padrão) encontrada foi de $76,2 \pm 15,6$ sendo semelhante à encontrada noutros estudos. Akar (2008) no seu estudo encontrou uma idade mediana de 75,51 anos e Gavinha (2010) encontrou uma média de 78,8 anos. Já Corchero (2008), tal como Ribeiro (2012) encontrou valores de idade média superiores. Corchero (2008) reportou 83,8 anos como sendo a idade média da população do seu estudo e Ribeiro (2012) registou uma média de 81,2 anos.

ii. Higiene oral

A higiene oral em idosos institucionalizados é geralmente deficitária, pois além da diminuição do interesse pela sua saúde oral, apresentam também diminuição da acuidade visual e da destreza manual, declínio cognitivo, doenças incapacitantes, o que no seu conjunto, dificulta bastante a higienização. (Bhansali, 2008; Braz, 2011)

Os resultados em relação à higiene oral mostram que 82 dos indivíduos observados referiram que não a realizavam diariamente, representando assim 29%. Relativamente aos restantes, 43,8% relataram realizar a higiene oral diariamente, verificando-se uma maior percentagem de realização de higiene oral à noite com 36,3% (103 indivíduos), seguindo-se de manhã com 31,8% (90 indivíduos) e estando por último a realização da parte da tarde com apenas 16,6% (47 indivíduos). Quanto ao número de escovagens diárias, 45 (15,9%) idosos relataram escovar uma vez por dia, 41 (14,5%) escovam duas vezes e 38 (13,4%) escovam três vezes por dia. Não era realizada qualquer tipo de higiene oral em 77 idosos, representando 27,2% do total.

Outros estudos realizados mostram que estes valores são variáveis. No estudo efetuado por Arpin (2008) é relatado que cerca de 90% dos residentes nas instituições observadas escovam os seus dentes diariamente, pelo que cerca de 10% não o faz. Assim, verifica-se que nestas instituições os idosos têm uma melhor higiene oral do que os domiciliados nas instituições observadas no presente estudo.

Akar (2008), no seu estudo reporta que 21,8% dos idosos observados apenas escova os dentes uma vez por semana e que 10,1% os escova raramente, o que perfaz 31,9% de indivíduos que não realizam uma higiene oral diária. Dos restantes, 36,2% escovam os dentes uma vez por dia e 31,9% escovam três vezes por dia, não tendo sido observados indivíduos que realizassem a sua higiene oral duas vezes por dia. Comparando estes resultados com os do presente estudo, rapidamente se percebe que os idosos observados por Akar (2008) realizavam mais frequentemente a sua higiene oral do que os agora observados.

Já Ribeiro (2012), encontrou no seu estudo uma percentagem de 13,2% de idosos que não escova os seus dentes diariamente, 33,3% escovam uma vez por dia, 41,9% escovam duas vezes e 11,6% escovam três vezes por dia. Este estudo demonstra também uma menor percentagem de idosos que não realizam higiene oral e maiores percentagens em relação ao número de escovagens por dia, verificando-se apenas uma percentagem ligeiramente inferior, relativamente ao número de idosos que realizam três escovagens diárias.

Estas diferenças podem estar associadas a fatores externos como o grau de instrução, o acompanhamento familiar e/ou de amigos e parentes, a possibilidade de realização da higiene oral sem ajuda de terceiros, a consciencialização dos problemas que podem advir da falta desta, entre outros.

iii. Doença cárie

No que diz respeito à doença cárie apresentavam um valor médio (desvio padrão) de $22,1 \pm 7,2$ dentes com experiência de cárie, sendo que num total de 6265 dentes, 982 (15,7%) se apresentaram cariados, 5054 (80,7%) perdidos e 229 (3,7%) obturados. Transformando estes valores, temos que Cd (dentes cariados) é igual a 3,5, Pd (dentes perdidos) a 17,9 e Od (dentes obturados) é igual a 0,8.

O CPOd médio evidenciado no sexo feminino foi de 22,7 enquanto para o sexo masculino foi de 20,9, verificando-se assim um índice de CPOd ligeiramente mais elevado nas mulheres. Por parâmetros, em relação ao Cd as mulheres apresentam uma média de 2,7 enquanto o sexo masculino apresenta uma média de 5,3, sendo para estes últimos o valor de dentes cariados maior; para o Pd verifica-se um valor superior para as mulheres, cujo valor mediano é de 19,3 enquanto para os homens é de 14,6. Para o Od o sexo feminino apresenta uma média de 0,7 enquanto o sexo masculino apresenta um valor mediano um pouco superior, sendo de 1,1.

Braz (2011) encontrou valores médios de CPOd de 20,61, sendo que para o sexo feminino encontrou um valor médio de 24 enquanto para o sexo masculino foi de 19. Estes valores encontrados por Braz (2011) vão de encontro aos do presente estudo, revelando que há uma tendência para que o CPOd seja mais elevado nas mulheres. Para o valor dos parâmetros, Braz (2011) reportou que no seu estudo Cd foi igual a 1,73, Pd a 17,21 e Od foi igual a 1,68. Desta forma podemos concluir que o valor de CPOd, tal como no presente estudo, tem como maior componente a de dentes perdidos, seguindo-se os dentes cariados e por último os obturados.

Arpin (2008) encontrou um CPOd médio de 24,86, sendo estes valores próximos aos encontrados neste estudo. Arpin (2008) ainda reportou valores de Cd=1,62 (6,52%),

Pd=19,10 (76,83%) e Od=4,14 (16,65%), sendo estes valores bastante diferentes dos encontrados no presente estudo, pois embora a componente com valor mais elevado continue a ser a dos dentes perdidos, nesta população existia maior percentagem de dentes obturados do que cariados.

Barysenka (2006) para o grupo de idosos institucionalizados encontrou um valor médio de CPOd de $26,0 \pm 0,3$, sendo o valor de dentes perdidos também o maior.

No estudo de Reis (2005) foi encontrado um valor médio de CPOd de $30,17 \pm 3,87$, em que a percentagem de dentes cariados correspondia a 3,29%, dentes perdidos a 95,38% e dentes obturados a 1,02%, tendo ainda considerado uma categoria de dentes restaurados e cariados com a percentagem de 0,31%. Também esse estudo vai de encontro aos referidos anteriormente, mostrando que a componente de dentes perdidos é a mais elevada, seguindo-se a de dentes cariados, aparecendo por último a categoria de dentes obturados, seguida da de dentes restaurados e cariados.

Ferreira (2009), no seu estudo encontrou um valor médio de doença cárie de $30,8 \pm 3,2$ dentes, em que 1,9% se apresentavam cariados, 94,2% correspondiam a dentes perdidos e 3,9% a dentes obturados. Estes valores, apesar de continuarem a demonstrar a componente dentes perdidos como a maior contribuição para o valor de CPOd, mostra o valor de dentes obturados superior ao dos dentes cariados, à semelhança do que se verifica no estudo de Arpin (2008) e contrariamente ao revelado nos outros estudos referidos. Por género, Ferreira (2009), reportou que o sexo masculino apresentava um valor de CPOd de 30,5 e o feminino de 30,8, tendo o sexo feminino o maior valor, tal como evidenciado no presente estudo. Por parâmetros e por género, no seu estudo Ferreira (2009) mostra que para Cd, o género feminino apresenta um valor igual a 0,6 enquanto o masculino apresenta um valor igual a 0,5, sendo o valor do sexo feminino superior, ao contrário do mostrado no presente estudo; Pd para as mulheres corresponde a 29,1 enquanto para os homens corresponde a 28,8, sendo também superior para as mulheres, tal como no presente estudo e Od é igual a 1,2 tanto para o sexo feminino como para o sexo masculino, enquanto no presente estudo o Od é superior para os homens.

Comparando estes três últimos estudos referidos com o presente, pode-se concluir que, embora em todos eles os valores de CPOd sejam mais elevados, a componente que mais contribui para esses valores, à semelhança do presente estudo, são os dentes perdidos, podendo isso ser justificado com a falta de realização de tratamento conservador ou por ineficácia do mesmo.

iv. Doença Periodontal

Relativamente ao estado dos tecidos periodontais, num total de 1698 sextantes observados, apenas 0,41% dos sextantes orais foram considerados normais (CPI=0), sendo o 2º sextante o que apresentou melhor estado periodontal, seguido do 6º sextante.

No estudo de Ferreira (2009), efetuado no Brasil, o valor de sextantes normais observado foi semelhante ao do presente estudo, reportando uma percentagem de 0,3%, enquanto os valores encontrados nos estudos de Gaião (2005) e Braz (2011) foram superiores. Gaião (2005), no seu estudo realizado no Brasil examinou 11,1% de sextantes normais e Braz (2011) no seu estudo realizado em Portugal, para sextantes saudáveis encontrou uma percentagem de 7%

Quanto ao sangramento, no presente estudo 63 sextantes apresentavam sangramento, correspondendo este valor a 3,71% dos sextantes.

Gaião (2005), relativamente à percentagem de sextantes que apresentavam sangramento encontrou um valor um pouco superior, mas próximo do acima referido, sendo de 4,3% dos sextantes. Já Ferreira (2009) encontrou um valor bastante inferior, sendo este 0,7% dos sextantes e Braz (2011) observou uma percentagem bastante superior, correspondendo a 10% dos sextantes.

No que concerne à presença de cálculo, neste estudo, foram observados 150 sextantes afetados, correspondendo a 8,83%.

Para o mesmo parâmetro Gaião (2005) e Braz (2011) encontraram valores bastante superiores ao deste estudo, sendo as percentagens, respetivamente, 83,8% dos

sextantes e 30% dos sextantes. No estudo de Ferreira (2009), a presença de cálculo demonstrou-se muito baixa, com uma percentagem de 1.1% de sextantes. Este baixo valor de cálculo é justificado pelo autor por se ter realizado uma raspagem supragengival nos dentes que devido à quantidade de cálculo não se conseguiam avaliar.

Relativamente às bolsas periodontais, no presente estudo, 25% dos sextantes observados, demonstraram ter bolsas periodontais com menos de 5mm, enquanto 9,6% dos sextantes apresentaram bolsas com profundidade igual ou superior a 5mm.

Gaião (2005), no seu estudo não encontrou bolsas superiores a 6mm, mas no entanto, reportou uma percentagem de 0,8% sextantes com bolsas com profundidades compreendidas entre 4 e 5mm. Ferreira (2009) em relação às bolsas com profundidades entre 4mm e 5mm encontrou 7% dos sextantes afetados e 1,8% dos sextantes com bolsas com profundidades superiores a 6mm. O valor de sextantes afetados encontrado por Braz (2011), para bolsas com profundidade menor que 6mm foi de 18%, enquanto para maiores de 6mm foi de 5%. Comparando os valores, verifica-se que no presente estudo foram observadas percentagens bastante superiores de bolsas periodontais.

No que concerne a sextantes excluídos, no presente estudo, no total de 1698 sextantes observados, 1117 (65,8%) foram excluídos por ausência de dentes e 24 (1,4%) não eram avaliáveis.

Já Gaião (2005) e Ferreira (2009) encontraram percentagens mais elevadas de sextantes excluídos, sendo os valores dos seus estudos, respetivamente, 87,8% e 89,1% dos sextantes. Estes valores podem explicar o menor valor de sextantes com profundidades de sondagem elevadas, devido à extração dentária aquando da presença de doença periodontal. Braz (2011), por outro lado, reportou que apenas 30% dos sextantes observados no seu estudo foram excluídos.

v. Reabilitação Oral

Quanto à reabilitação oral, em 33,5% dos indivíduos (o equivalente a 91 indivíduos) verificava-se um qualquer tipo de reabilitação oral através de prótese

dentária, seja prótese acrílica removível, prótese esquelética removível ou prótese fixa. Na arcada superior foram encontradas 81 próteses acrílicas removíveis (o correspondente a 52,3%), 5 próteses esqueléticas (o equivalente a 3,2%) e 2 próteses fixas (o correspondente a 1,3%), perfazendo um total de 88 próteses na arcada superior, correspondendo a 56,8% da totalidade das próteses. Já na arcada inferior, detetaram-se 60 próteses acrílicas removíveis, representando 38,7%, 6 próteses esqueléticas (o equivalente a 3,9%) e 1 prótese fixa (sendo 0,6%). Deste modo observaram-se 43,2% da totalidade das próteses na arcada inferior. Num total de 566 arcadas observadas, apenas 155 se encontravam reabilitadas, correspondendo então a 27,4%.

No estudo de Reis (2005) foi observado que 49,5% dos idosos usavam um qualquer tipo de prótese, sendo este valor superior ao encontrado no presente estudo. Quanto às arcadas reabilitadas, reportou que se encontravam reabilitadas 49,5% das arcadas superiores e 30,5% das arcadas inferiores. Estes valores vão de encontro ao reportado neste estudo, uma vez que também neste foram encontradas mais arcadas superiores reabilitadas.

Gaião (2005), no seu estudo, reportou que apenas 24,4% dos idosos se encontrava reabilitado de alguma forma. Embora este valor seja ainda mais baixo que o reportado neste estudo, verifica-se igualmente que são mais os idosos sem reabilitação do que os reabilitados. Quanto aos maxilares, 30% dos idosos utilizava algum tipo de reabilitação no maxilar superior e 18,7% no maxilar inferior. Também estes valores reforçam o encontrado neste estudo, ou seja, a arcada superior é a mais reabilitada.

Já Braz (2011), no seu estudo, encontrou 52% dos indivíduos reabilitados com um qualquer tipo de prótese, em que reportou que 45% dos maxilares superiores se encontravam reabilitados (20% com prótese parcial removível e 25% com prótese total removível), enquanto em relação ao maxilar inferior apenas estavam 35% (17% com prótese parcial removível e 18% com prótese total removível). Neste caso, foram encontrados mais idosos reabilitados que por reabilitar, facto que não acontece no presente estudo nem nos estudos anteriormente citados. Já em relação às arcadas, Braz (2011) está em concordância com os restantes estudos, mostrando ser a arcada superior a mais reabilitada.

Ribeiro (2012), no seu estudo, apenas relata a percentagem de idosos reabilitados sendo esta percentagem de 57,8%, o que vai de encontro ao estudo de Braz (2011) em que também a maioria da população observada usava um qualquer tipo de reabilitação oral e em oposição ao presente estudo.

2- Cuidadoras

i. Características: amostra, idade, género, tempo de experiência e escolaridade

No presente estudo participaram 140 cuidadores, com média (dp) de idade de $42,9 \pm 11,4$ anos, em que 17 (12,1%) pertenciam à faixa etária dos 20 ao 29, 26 (18,6%) tinham entre 30 e 39 anos, dentro da faixa etária dos 40 aos 49 anos havia 52 (37,1%) cuidadores, 36 (25,7%) tinham entre 50 e 59 anos e apenas 6 (4,3%) revelaram estar na faixa etária entre os 60 e os 65 anos. Três (2,1%) dos cuidadores não responderam a esta questão. A idade mínima encontrada foi de 21 anos e a idade máxima de 65 anos. O facto de se encontrar uma cuidadora com 65 anos, de acordo com os parâmetros portugueses, leva-nos a concluir que é uma idosa a cuidar de outros idosos.

Saliba (2007) estudou 18 cuidadores com média de idade de 37,4 anos, tendo sido a idade mínima de 24 anos e a máxima de 60 anos. Neste caso, tanto a idade média como as idades mínima e máxima diferem das encontradas no presente estudo.

Carneiro (2009) observou 11 cuidadores, com idade média de 37,6, reportando como idade mínima 18 anos e máxima de 63 anos. Embora a média de idades seja inferior à encontrada neste estudo, as idades mínima e máxima aproximam-se das observadas no presente estudo.

Vieira (2011) no seu estudo observou 59 cuidadores, com idade média de 40 anos ($\pm 8,8$ anos), sendo estes dados semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Oliveira (2011) estudou apenas 5 cuidadores, com média de idades de 38,6 anos, valor um pouco mais baixo do que o encontrado neste estudo. Para idade mínima reportou 34 anos e para máxima 45 anos, idades bastante diferentes das encontradas no presente estudo.

Segundo Frenkel (2002), citado por Vieira (2011), o facto de as idades encontradas nos demais estudos corresponderem maioritariamente a jovens, pode ter relação com o facto de a atividade do cuidador ser um trabalho com exigências físicas.

Quanto ao género, neste estudo 97,9% (137) dos cuidadores eram do sexo feminino sendo que os restantes 2,1% (3) não responderam a esta questão.

Saliba (2007), tal como Carneiro (2009), Vieira (2011) e Oliveira (2011) encontrou uma predominância do sexo feminino com 77,8%, 63,6%, 72,9% e 100% respetivamente para cada autor.

Segundo Nakatani (2003), citado por Saliba (2007), a predominância do sexo feminino como cuidador pode ser devido ao facto de a sociedade, através da cultura, imputar à mulher o papel de cuidar da família, dos filhos, dos parentes e da casa.

Relativamente à experiência profissional, 34,2% (48 indivíduos) reportaram exercer funções há mais de 10 anos, havendo 60,7% (85) que têm entre 1 e 10 anos de experiência (30,8% exercem à 5 anos ou menos) e 5% (7) que exercem há menos de 1 ano.

No estudo de Saliba (2007) foi observada uma experiência profissional de 3,13 anos, sendo que o cuidador menos experiente trabalha há menos de um ano e o mais experiente há 11 anos. Estes valores são bastante inferiores aos encontrados no presente estudo.

Ribeiro (2008), no seu estudo reportou que 60,2% dos cuidadores trabalhavam há menos de 5 anos e 39,8% há mais de 5 anos. Comparando com o presente estudo vemos

que os valores são opostos, pois neste a maior percentagem vai para trabalhadores com mais de 5 anos de experiência.

Carneiro (2009) observou uma média de tempo de trabalho de 6,9 anos, em que 72,7 % dos cuidadores trabalham há menos de 10 anos, estando este valor próximo do observado no presente estudo.

Segundo Cerqueira (2002), citado por Saliba (2007), o tempo de trabalho de um cuidador deve ser avaliado com precaução visto que cuidar de idosos dependentes é muito desgastante, podendo tornar o próprio cuidador numa pessoa doente e dependente de outros.

No que diz respeito à escolaridade, a maior percentagem refere-se aos que possuem o 9ºano de escolaridade com 34,3% (48 indivíduos), seguindo-se os que concluíram apenas o 4ºano com 23,6 % (33), depois os que fizeram o 6ºano representando 19,3% (27), seguidos de 14,3% (20 cuidadores) com o 12º ano de escolaridade, 7,9% (11) com curso médio ou superior e 0,7% (1) que apenas sabe ler e escrever.

Ribeiro (2008) encontrou 58% com 5 ou mais anos de estudo e 42% com menos de 5 anos de estudo. Comparando estes valores com os do presente estudo, e considerando como menos de 5 anos de estudo os que têm o 4ºano e o que apenas sabe ler e escrever, temos uma percentagem de 24,3% de cuidadores com menos de 5 anos de estudo, valor bastante inferior ao encontrado no estudo acima referido.

Vieira (2011) no seu estudo reportou que apenas 54,2% dos cuidadores observados tinham concluído o ensino fundamental, valor pouco inferior ao encontrado no presente estudo, em que considerando o ensino fundamental como o 9º ano (escolaridade obrigatória até à poucos anos), nos dá uma percentagem de 56,5%.

Segundo Nakatani (2003), citado por Saliba (2007), é importante a avaliação do grau de escolaridade dos cuidadores, visto que a falta desta influencia de forma negativa a prestação de cuidados ao idoso.

ii. Análise das variáveis

Relativamente aos resultados das variáveis encontrados no presente estudo, não foi encontrado nenhum estudo que tivesse avaliado exatamente os mesmos conhecimentos, reforçando assim a importância deste estudo em concreto. De qualquer forma, pode-se comparar os resultados obtidos com outros estudos. No presente estudo foi observado que as cuidadoras, inicialmente, tinham poucos conhecimentos sobre higiene oral, tendo-se verificado, em alguns casos, uma melhoria dos conhecimentos nessa área, após a realização da formação. Noutros casos parece ter havido um retrocesso depois da formação, podendo isso estar associado ao baixo grau de instrução das cuidadoras, que pode ter dificultado o entendimento do que lhes foi transmitido.

Segundo um comentário de Kay (2000) ao estudo “An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes” de Simons (2000), em que se avaliou e deu formação aos cuidadores dos idosos numa instituição, após a implementação do programa o conhecimento que antes era pobre, no âmbito da saúde oral, aumentou. No entanto, nenhuma alteração foi notada nos cuidados recebidos pelos idosos residentes nessa instituição (Kay, 2000). Embora não se avalie exatamente o mesmo que no presente estudo, pode-se dizer que também neste os conhecimentos em alguns casos aumentaram, embora não se saiba se os idosos vão sentir a diferença nos cuidados que lhes são prestados diariamente.

Segundo Altani (2002) os cuidadores recebem um mínimo ou nenhuma formação sobre como efetuar eficazmente a higiene oral a terceiros. Isto vem de encontro ao verificado no presente estudo, visto que antes da formação os cuidadores apresentavam poucos conhecimentos sobre saúde oral.

Segundo Colomé (2011) é necessário e pertinente a educação permanente dos cuidadores de forma a prestarem melhores cuidados aos idosos institucionalizados. Também este estudo vem de encontro ao presente, visto que se os cuidadores das instituições observadas estivessem sujeitos a formação contínua que abrangesse a educação para a saúde oral, estariam preparados para prestar cuidados essenciais de qualidade nesta área.

Segundo Mello & Erdmann (2007), citados por Lopes (2011), os cuidadores não atendem corretamente às necessidades dos idosos devido ao facto de a sua formação ser incompleta, não estando munidos de conhecimentos fundamentais para a prática de cuidados orais nos idosos. Mais uma vez, este estudo vem de encontro ao presente, mostrando a necessidade de dar mais formação aos cuidadores de forma a melhorar a qualidade de cuidados prestados aos idosos.

Conclusões

Este estudo demonstrou a necessidade que existe em Portugal de se fazer ações de formação, tanto para os idosos como para os seus cuidadores, por forma a aumentar a literacia em saúde. Desta forma será possível aumentar a saúde oral e diminuir a doença.

No futuro, estudos que abordem estas mesmas populações podem ser melhorados, por exemplo através da implementação de um terceiro momento de avaliação, tanto dos idosos como das cuidadoras, para avaliar se o nível de cuidados orais e de conhecimentos se manteve ao longo do tempo.

Desta forma, através dos resultados deste trabalho podemos concluir:

I. Relativamente aos idosos

- Foram observados 283 indivíduos adultos, com idade média (desvio padrão) de $76,2 \pm 15,6$, em que 44 indivíduos tinham menos de 60 anos.
- Na amostra total verificou-se uma predominância do sexo feminino.
- A maioria dos idosos não realizava a higiene oral diariamente.
- Dos idosos que escovavam os dentes diariamente, a maioria apenas o fazia uma vez por dia.
- Relativamente à doença cárie, a maior componente do CPOd correspondeu aos dentes perdidos, seguido da componente dentes cariados e por último a componente dentes obturados.
- O sexo feminino apresentou maior CPOd médio que o sexo masculino.

- No que concerne ao estado periodontal, apenas uma pequena percentagem (0,41%) de sextantes foi considerada normal.
- Apenas 91 dos idosos apresentavam um qualquer tipo de reabilitação protética, sendo o tipo mais encontrado a prótese acrílica.

II. Relativamente aos cuidadores

- Participaram 140 cuidadores, com média (dp) de idade de $42,9 \pm 11,4$ anos.
- A idade mínima encontrada foi de 21 anos e a idade máxima de 65 anos.
- 30% dos cuidadores tem mais de 49 anos e 67,1% tem entre 40 e 65 anos de idade.
- Quanto ao género, 97,9% (137) dos cuidadores eram do sexo feminino sendo que os restantes 2,1% (3) não responderam a esta questão.
- Relativamente à experiência profissional, 34,2% (48 indivíduos) referiram exercer as funções de cuidador há mais de 10 anos.
- No que diz respeito à escolaridade, a maior percentagem refere-se ao 9º ano com 34,3% dos indivíduos. Uma elevada percentagem de cuidadores (43,5%), possui apenas 6 ou menos anos de escolaridade.
- No primeiro inquérito os conhecimentos sobre saúde oral demonstrados pelos cuidadores foram muito baixos.
- Após a formação, no segundo questionário, foi verificado um aumento de conhecimentos por parte de alguns dos cuidadores, sendo que outros evidenciaram ainda piores conhecimentos que os observados antes da formação.

- Este estudo torna evidente a necessidade de investimento na formação contínua dos cuidadores, pois só com formação poderão prestar cuidados de qualidade.

Bibliografia

1. Akar,G., Ergul, S. (2008).The oral hygiene and denture status among residential home residents, *Clin Oral Invest*, volume 12, pp. 61-65
2. Alencar, C.; Andrade, F.; Catão, M. (2011). Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos, *RSBO*, volume 8 (2), pp. 200-210
3. Altani, B. (2002). Oral hygiene and instutionalized elders, *Probe-scientific issue*, volume 36(3), pp.91-96
4. Arpin, S.; Brodeur, J-M; Corbeil, P. (2008). Dental Caries, problems perceived and use of services among institutionalized elderly in 3 regions of Quebec, Canada, *JCDA*, volume 74(9), pp.807-807d
5. Barysenka, L. (2006). Oral health of the elderly people living under different conditions, *OHDMBSC*, volume V(2), pp.16-20
6. Bhansali, S *et al* (2008). A study of the prosthodontic and oral health needs of an ageing psychiatric population, *Gerodontology*, volume 25, pp. 113-117.
7. 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]
8. Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento* [trabalho apresentado no Estágio de Complemento ao diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto]
9. Carneiro, B. *et al.* (2009). Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa, *ConScientiae Saúde*, volume 8 (1), pp. 75-82

10. Colomé, I. *et al* (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores, *Rev Eletr. Enf.*, volume 13 (2), pp.306-312.
11. Corchero, A.; 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*, volume 13 (8), pp.523-528
12. Côrte-Real, I.; Figueiral, M.; Reis, J. (2011). As doenças orais no idoso: considerações gerais, *Rev Port de Estomatol, Med Dent, Cir Maxilofac*, volume 52 (3), pp.175-180.
13. Costa, R. *et al* (2008). Uso de medicamentos por idosos: algumas considerações, *SBGG*, volume 3 (2), pp.126-131
14. Ferreira, R. *et al* (2009). Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, *Cad. Saúde Pública*, volume 25 (11), pp.2375-2385
15. Gaião, L.; Almeida, M.; Heukelbach, J. (2005). Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará, *Rev Bras Epidemiol*, volume 8 (3), pp.316-323
16. Gavinha, S. (2000). *Saúde oral sénior* [Dissertação de candidatura ao grau de Mestre apresentada à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto]
17. 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]

18. Geraldo-Martins, V., Marques, M. (2009). Aspectos microbiológicos, histopatológicos e clínicos da cárie radicular, *Rev Inst Ciênc Saúde*, volume 27 (1), pp.67-72.
19. Goel, P *et al* (2006). Oral healthcare for elderly: identifying the needs and feasible strategies for service provision, *Indian J Dent Res*, volume 17(1), pp.11-21
20. Gonsalves, W., Wrightson, A., Henry, R. (2008). Common oral conditions in older persons, *Am Fam Physician*, volume 78(7), pp.845-852.
21. Holm-Pendersen, P. *et al* (2005). Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom and Germany, *J. Dent. Education*, volume 69(9), pp. 987-991
22. Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos- Portugal, INE ed, Lisboa
23. Ivo, P. (2008). *O grande desafio- O envelhecimento activo*, [Relatório de Estágio de candidatura ao grau de Licenciada em Política Social apresentado à Universidade Técnica de Lisboa- Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.]
24. Kay, E. (2000). Dental health education: Oral health training programme for the elderly, *Br Dent J*, volume 188 (4), p.200
25. Kelsey, J., Lamster, I. (2008). Influence of musculoskeletal conditions on oral health among older adults, *Am J Public Health*, volume 98 (7), pp. 1177-1183.
26. Kiyak, H., Reichmuth, M. (2005). Barriers to and enablers of older adults' use of dental services, *J Dent Educ*, volume 69 (9), pp.975-986
27. Lopes, A. (2011). *Conhecimentos sobre a saúde bucal de cuidadores de idosos: uma revisão da literatura*. [Trabalho de conclusão de curso para obtenção do

Certificado de Especialista, apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família da Universidade Federal de Minas Gerais.]

28. Matos, D. *et al* (2002). Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato, *Rev. Saúde Pública*, volume 36 (2), pp.237-43
29. Meller, C. (2008). Importancia de la odontologia preventiva en el adulto mayor: una aproximación personal, *Odontol. Prev.*, volume 1(2), pp. 73-82.
30. Oliveira, J.; Marcollno, J.; Andrade, M. (2011). A formação do cuidador de idosos institucionalizados: ênfase na rotina de alimentação, *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, volume 16 (2), pp. 199-214.
31. Peixoto, SF; Montenegro, B. (2009). Cáries radiculares na terceira idade: contribuição ao estudo, *EAP/APCD*, volume 10 (2), pp.1-4
32. Petersen, PE.; Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme, *Community Dent Oral Epidemiol.*, volume 33(2), pp.81-92
33. DGS, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, Sistema Informático de Saúde Oral, [Disponível em https://www.saudeoral.minsaude.pt/pnpso/portalMenu/GetInformationMenu.action;jsessionid=C772C5023EAEB13455CFBD017665228D.pnpso_w1, consultado em 20/2/2013]
34. Reis, S. *et al* (2005). Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003, *Rev Bras Epidemiol*, volume 8 (1), pp.67-73
35. Ribeiro, D.; Pires, I.; Pereira, M. (2012). Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal, *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*, volume 53 (4), pp. 221-226.)

36. Ribeiro, M. *et al* (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG, *Ciência e Saúde Coletiva*, volume 13 (4), pp.1285-1292.
37. Rosa, L. (2008). Odontogeriatrics- a saúde bucal na terceira idade, *RFO*, volume 13 (2), pp.82-86.
38. Rudd RE. Oral health literacy: correcting the mismatch. *J Public Health Dent* 2012; 72(suppl 1): S31–3.
39. Saliba, N. *et al* (2007). Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal, *Interface- Comunic, Saúde, Educ*, volume 11 (21), pp. 30-50
40. Seidl, E.; Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, volume 20 (2), pp.580-588
41. Silva, M. (1995). Contribuição para o Estudo da Prevalência e da Gravidade das Cáries Radiculares na População Portuguesa Institucionalizada [Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada à Faculdade de Medicina Dentária Universidade do Porto]
42. Silva, E. *et al* (2008). Aspectos periodontais no paciente idoso, *Salusvita*, volume 27 (2), pp. 275-285
43. Taveira, P. *et al* (2012). Necessidades protéticas dentárias de duas populações de 40-90 anos, *JADA*, volume 12 (5), pp.18-23, 39
44. United Nations. Department of Economic and Social Affairs (2009). *World Population Ageing 2009*, Population Div. United Nations ed., New York
45. Vieira, J. *et al* (2011). Um olhar sobre os cuidadores de idosos de instituições geriátricas de João Pessoa, Paraíba: perfil e cuidados com a saúde bucal dos idosos, *RBSP*, volume 35 (3), pp. 604-618

Anexos

Anexo 1- Projeto de intervenção em Saúde Oral nos idosos de Vagos

SAUDE ORAL

nos idosos/dependentes do Concelho de Vagos

1. FUNDAMENTAÇÃO:

A saúde oral é considerada como uma parte integrante da saúde geral. As doenças da boca e dos dentes têm consequências negativas na qualidade de vida das pessoas.

A falta de dentes que muitas das pessoas idosas apresentam deve-se, essencialmente, à progressão da cárie dentária e das doenças periodontais, ao longo da vida. A progressão da cárie dentária leva à destruição dos dentes e a progressão das doenças periodontais levam à destruição dos tecidos de suporte dos dentes (gingivas, osso alveolar e ligamento que une o dente ao osso). Estas doenças têm um factor causal comum – a placa bacteriana.

A placa bacteriana (ou o chamado biofilme oral) é uma massa formada essencialmente por bactérias, constituintes da saliva e restos alimentares, que adere fortemente aos dentes, devendo ser removida diariamente, no mínimo duas vezes por dia.

As práticas adequadas de higiene oral, como a escovagem dos dentes e a limpeza interdentária, removem a placa bacteriana. Estas práticas diárias, que se recomendam a todas as pessoas, desde o nascimento dos primeiros dentes, são as que mais contribuem para a manutenção dos dentes durante toda a vida, e consequentemente, para a manutenção de uma boa saúde oral. Também o facto de neste grupo etário, muitas pessoas tomarem vários medicamentos, traz efeitos importantes na saúde oral. Existem muitos medicamentos, como os anti-hipertensores, anti-depressivos, anti-histaminicos e outros, que têm como consequência a diminuição do fluxo salivar

(xerostomia). A saliva tem uma acção de protecção muito importante, pelo que a diminuição da quantidade produzida, torna as pessoas muito mais vulneráveis ao aparecimento e/ou agravamento de diversos problemas orais, inclusive cárie dentária e doenças periodontais, sendo necessário intensificar a escovagem dos dentes e, eventualmente, utilizar produtos

específicos que promovam maior produção de saliva.

A perda de dentes devido a doenças orais não é pois uma consequência inevitável do envelhecimento. Hoje, é possível manter a dentição saudável durante toda a vida.

Um dos objectivos referidos no documento do *Programa Envelhecimento Activo*¹ da Organização Mundial da Saúde é:

- **Promover a saúde oral entre as pessoas mais velhas e encorajá-las a manter os seus dentes naturais o maior tempo possível.**

Para alcançar este objectivo é necessário reduzir os riscos e aumentar os factores protectores ao longo do decurso da vida.

Muitos dos factores de risco das doenças orais são comuns a diversas doenças crónicas, como é o caso da diabetes, doenças cardiovasculares e outras.

Assim, quando se adoptam estilos de vida promotores da saúde previnem-se quer muitas das doenças gerais, quer as doenças orais mais prevalentes como a cárie dentária e as doenças periodontais.

Uma das metas propostas pela Organização Mundial de Saúde para 2000 referia que 50% das pessoas idosas deveriam apresentar pelo menos 20 peças dentárias em condições funcionais. Em Portugal, embora existam vários estudos efectuados em áreas limitadas, não existem ainda dados representativos, da situação oral das pessoas idosas a nível nacional, sabendo-se contudo que a ausência parcial ou total de dentes nesta faixa etária é frequente.

A ausência parcial ou total de dentes traz graves consequências a nível da saúde física e emocional. A capacidade de mastigação torna-se muito reduzida afectando as escolhas alimentares, contribuindo para défices nutricionais e, consequentemente, para um risco aumentado de aparecimento de outras doenças. As pessoas tendem a evitar os alimentos ricos em fibras e escolhem alimentos com menor valor nutricional, elevados teores de gorduras saturadas e colesterol.

A falta de dentes também dificulta a comunicação interpessoal promovendo o isolamento das pessoas.

A Organização Mundial da Saúde² recomenda o desenvolvimento de estratégias de saúde pública e de programas integrados de forma a promover a saúde geral e a saúde oral em

<p>particular e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.</p> <p>Assim no âmbito do Ano Europeu do Envelhecimento Activo e inserido no Programa da ARS Centro de Promoção da Saúde Oral, a unidade de saúde pública do Centro de Saúde de Vagos, propôs-se á realização de um projecto de intervenção comunitária junto dos utentes das IPSS's do Concelho, que terá inicio durante o mês de Agosto do corrente Ano.</p>	
2. ENTIDADE PROMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> ● Unidade de Saúde Pública do ACES Baixo Vouga II
3. RESPONSÁVEIS	<ul style="list-style-type: none"> ● Judite Matias – Médica de Saúde Pública ● Anabela Resende – Enfermeira ● José Frias Bulhosa – Médico dentista
4. EXECUÇÃO DO PROGRAMA	<ul style="list-style-type: none"> ● Equipa de Saúde Pública (médica de saúde pública; enfermeira de saúde pública; medico dentista).
5. HORIZONTE TEMPORAL	<ul style="list-style-type: none"> ● Programa a desenvolver ...
6. ZONA DE INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ● Concelho de Vagos.
7. POPULAÇÃO ALVO	<ul style="list-style-type: none"> ● Utesntes Idosos/dependentes das IPss's do Concelho.
8. FINALIDADE	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover a saúde oral da população alvo

<p>9. METODOLOGIA</p>	<p>Meta:</p> <p>Etapas do projecto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilização dos responsáveis: Apresentação sumaria do projecto aos directores técnicos das instituições 2. Diagnóstico da situação: Avaliação do estado de saúde oral a todos os beneficiários do projecto: hábitos de higiene oral, índice CPO e CPI, existência ou não de prótese dentária e qual o tipo de prótese. 3. Desenvolvimento do projecto: O projecto será desenvolvido ao longo de 3 anos, após a sensibilização inicial, será feita a avaliação do estado de saúde oral da população alvo e o diagnóstico das necessidades de intervenção. Simultaneamente serão feitas acções de sensibilização a população alvo sobre a importância de uma correcta higiene oral, riscos inerentes às doenças gengivais e carie dentária, métodos técnicas e materiais para a promoção de uma boa higiene oral. Posteriormente deveram ser feitos encaminhamentos de acordo com as necessidades individuais. Ainda durante a primeira fase serão feitas acções de sensibilização ao pessoal cuidador. <p>Pretende-se ainda fazer uma avaliação intermédia e final do estado de saúde oral dos intervenientes</p>
<p>10. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Um referente á intervenção por um técnico especializado ● Outro referente á melhoria dos hábitos de higiene

<p>11. ACTIVIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none">● Elaboração do projecto;● Apresentação do projecto ás IPSS's;● Calendarização das diversas intervenções (rastreios formações);● Preparação dos materiais de diagnostico e formação;● Elaboração de materiais de apoio informático: Bases de dados; apresentações power-point, fichas de avaliação, certificados de participação;● Realização dos rastreios;● Realização das acções de formação●
-------------------------------	---

Anexo 2- Códigos das variáveis dos idosos

Variável	Codificação
NOME	identificação dos utentes
SEXO	0 - Feminino 1 - Masculino
DATA NASC	Data de nascimento dd-mm-aa
HO_X	X se não for diária a Higiene Oral
HO_M	0 - Não 1 - Sim
HO_T	0 - Não 1 - Sim
HO_N	0 - Não 1 - Sim
Cd	Nº de dentes cariados
Pd	Nº de dentes perdidos por cárie
Od	Nº de dentes obturados por cárie
CPI_1	0 - Normal 1 - Sangramento 2 - Cálculo/Tártaro 3 - Bolsa <5.5mm 4 - Bolsa ≥5,5mm X - Sextante excluído 9 - Não registado
CPI_2	0 - Normal 1 - Sangramento 2 - Cálculo/Tártaro 3 - Bolsa <5.5mm 4 - Bolsa ≥5,5mm X - Sextante excluído 9 - Não registado
CPI_3	0 - Normal 1 - Sangramento 2 - Cálculo/Tártaro 3 - Bolsa <5.5mm 4 - Bolsa ≥5,5mm X - Sextante excluído 9 - Não registado
CPI_4	0 - Normal 1 - Sangramento 2 - Cálculo/Tártaro 3 - Bolsa <5.5mm 4 - Bolsa ≥5,5mm X - Sextante excluído 9 - Não registado
CPI_5	0 - Normal 1 - Sangramento 2 - Cálculo/Tártaro 3 - Bolsa <5.5mm 4 - Bolsa ≥5,5mm X - Sextante excluído 9 - Não registado
CPI_6	0 - Normal 1 - Sangramento

	2 - Cálculo/Tártaro 3 - Bolsa <5.5mm 4 - Bolsa ≥5,5mm X - Sextante excluído 9 - Não registado
Prot_Sup	0 - Não usa 1 - Prótese Acrilica Removível 2 - Prótese "Metálica" Removível 3 - Prótese Acrilica Fixa; 4 - Prótese "Metálica" Fixa
Prot_Inf	0 - Não usa 1 - Prótese Acrilica Removível 2 - Prótese "Metálica" Removível 3 - Prótese Acrilica Fixa; 4 - Prótese "Metálica" Fixa
SEGUIMENTO	Anotações eventuais no momento do rastreio

Anexo 3- Questionário feito às cuidadoras antes e após uma formação

Fiche

PRÉ-TESTE DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

1. Os meus dados

1.1. Género: Feminino Masculino

1.2. Idade: ___ anos

1.3. Há quanto tempo exerce as funções de Cuidador de Lar ou Centro de Dia? _____ (anos)

1.4. Escolaridade:

- Sabe ler e escrever
- 1º Ciclo / 4º Ano (Antigo Ensino Primário)
- 2º Ciclo / 6º Ano (Antigo Ensino Preparatório)
- 3º Ciclo / 9º Ano (Antigo Curso Geral)
- Secundário / 12º Ano (Antigo Curso complementar)
- Curso Médio ou Superior

2. Como devem ser tratados os dentes?

2.1. Quantas vezes por dia devem ser escovados os dentes? _____ vezes

2.2. Quando é / são as melhores alturas para se escovar os dentes? [uma ou mais opções]

- De manhã, antes do pequeno-almoço
- De manhã, depois do pequeno-almoço
- Antes do almoço
- Depois do almoço
- Antes do jantar
- Depois do jantar
- Antes de ir para a cama
- Outra. Qual? texto

2.3. Lava os dentes durante

- Menos de 30 segundos
- Mais de 30 segundos e menos de 1 minuto
- Mais de 1 minuto e menos de 2 minutos
- Mais de 2 minutos
- Outro. Qual? texto

2.4. O que usa para manter os dentes limpos? [uma ou mais opções]

- Água
- Líquidos para bochechar
- Escova de dentes
- Pasta de dentes
- Fio ou Fita dentária
- Palitos
- Outro. Qual? texto




2.5. Como usa a sua escova de dentes? [uma ou mais opções]

- Faço movimentos verticais de cima para baixo e de baixo para cima
- Faço movimentos horizontais para a frente e para trás
- Faço movimentos circulares (à roda dos dentes)
- Faço movimentos aleatórios

01
03

- Não sei
- Outra. Qual? _____

2.6. Que quantidade de pasta deve ser usada?

-  1
-  2
-  3
- Outra. Qual? _____

texto

3. Que instrumentos usar? [uma ou mais opções]

3.1. As escovas dentárias devem ser

- Macias
- Médias
- Duras

3.2. As escovas de prótese devem ser

- Macias
- Médias
- Duras

4. Sobre a doença cárie dentária

4.1. Porque é que se estragam os dentes? [uma ou mais opções]

- Falta de higiene
- Por se comerem alimentos doces
- Por se comerem alimentos duros
- Por tendência familiar
- Porque é normal estragarem-se devido à idade e uso
- Não sei
- Outra. Qual? _____

5. Sobre as doenças gengivais

5.1. Porque é que se estragam as gengivas? [uma ou mais opções]

- Falta de higiene
- Por se comerem alimentos doces
- Por se comerem alimentos duros
- Por tendência familiar
- Porque é normal estragarem-se devido à idade e uso
- Não sei
- Outra. Qual? _____

Obrigado pela sua colaboração