

**Sandra Maria Carvalho Gavinha**

# **Saúde Oral Sênior**



TM  
GAV-5  
EX.2

**Estudo epidemiológico de uma população com idade superior  
ou igual a 65 anos do conselho de Gaia, para a avaliação do seu  
conceito de saúde oral e da importância do médico dentista**



**Porto, 2000**

Dissertação de candidatura ao  
Grau de Mestre apresentada á  
Faculdade de  
Medicina Dentária da Universidade do Porto

**CORPO DOCENTE DA FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO**

**Professor Doutor Adão Fernando Pereira**  
**Professora Doutora Maria Helena Raposo Fernandes**  
**Professor Doutor Fernando Jorge Morais Branco**  
**Professora Doutora Maria Purificação V. S. T. Cummings**  
**Professor Doutor António Cabral Campos Felino**  
**Prof. Doutor João Fernando Costa Carvalho**  
**Prof. Doutor Miguel Fernando Silva G. Pinto**  
**Prof. Doutor Afonso Manuel Pinhão Ferreira**  
**Prof. Doutor Rogério Serapião Martins A. Branco**  
**Prof. Doutor Fernando José Brandão Martins Peres**  
**Prof. Doutor Durval Manuel Belo Moreira**  
**Prof. Doutor Francisco António Rebelo M. Caldas**  
**Prof. Doutora Maria Adelaide Macedo C. Capelas**  
**Prof. Doutor José Carlos Pina Almeida Rebelo**  
**Prof. Doutor Mário Jorge Rebolho Fernanades Silva**  
**Prof. Doutor Américo santos Afonso**  
**Prof. Doutor Artur Manuel Osório Morais**  
**Prof. Doutor António Manuel Guerra Capelas**  
**Prof. Doutor Manuel Pedro Fonseca Paulo**  
**Prof. Doutor João Carlos G. Ferreira Pinto**  
**Prof. Doutor Acácio Eduardo S. Couto Jorge**  
**Prof. Doutor João Carlos Antunes S. Fernandes**  
**Prof. Doutor César Fernando Coelho L. Silva**  
**Prof. Doutor Germano Neves Pinto Rocha**  
**Prof. Doutor José Albertino Cruz Lordelo**  
**Prof. Doutor José Manuel Carvalho Dias Lopes**  
**Prof. Doutora Maria Cristina Pinto C. M. F. Pollman**  
**Prof. Doutor Artur Rego Alves Pinto**

## **PROFESSORES JUBILADOS**

**Professor Doutor José Serra Silva Campos Neves**

**Prof. Dr. Amilcar Almeida de Oliveira**

**Prof. Dr. António Manuel Machado Capelas**

**Prof. Dr. Manuel Guedes Figueiredo**

**Prof. Doutor Manuel Desport Marques**

## Dedicatórias

Aos meus pais,  
por tudo aquilo que sou...

À minha irmã,  
Pelo incentivo...

Ao Carvalhido,  
Por me saber escutar

Aos restantes familiares,  
Pelo amor que me dedicam...

Ao Excelentíssimo Senhor  
**Prof.Doutor Manuel Desport Marques**

Pela apreciação e orientação desta tese.

**Aos Meus Mestres do Pré e Pós- graduado,  
Por tudo o que me ensinaram...**

**Ao Prof. Doutor**

**Acácio Eduardo Soares Couto Jorge**

**Por ter tornado mais fácil a minha  
integração neste Mestrado, através do sua  
acessibilidade**



**Aos colegas de Mestrado,  
Pelo apoio e integração**

**Ao Adolfo,  
Pela ajuda e companheirismo**

## **Índice**

### **1. Introdução**

#### 1.1 O envelhecimento

#### 1.2 Modificações fisiológicas do envelhecimento

##### 1.2.1 Principais alterações no idoso

- 1.2.1.1 Sistema cardiovascular
- 1.2.1.2 Sistema respiratório
- 1.2.1.3 Sistema gastrointestinal
- 1.2.1.4 Fígado
- 1.2.1.5 Rim
- 1.2.1.6 Sistema musculo-esquelético
- 1.2.1.7 Sistema nervoso

#### 1.3 Idosos e saúde oral

##### 1.3.1 Conceito de odontogeriatría

##### 1.3.2 A consulta odontogeriatría

##### 1.3.3 Patologia oral no idoso

- 1.3.3.1 Desdentações
- 1.3.3.2 Doença periodontal
- 1.3.3.3 Cárie
- 1.3.3.4 Patologia pulpar
- 1.3.3.5 Cirurgia oral
- 1.3.3.6 Lesões da mucosa

##### 1.3.4 Prescrição de fármacos em odontogeriatría

- 1.3.4.1 Comportamento do idoso relativamente á prescrição
- 1.3.4.2 Sensibilidade do idoso aos fármacos
- 1.3.4.3 Principais efeitos dos fármacos na área de saúde oral

#### 1.4 Prevenção e promoção da saúde oral no idoso

#### 1.5 Educação e motivação em saúde oral sénior

## 1.6 Objectivos deste estudo

## 2. Material e Métodos

### 2.1 População pesquisada

### 2.2 Equipa examinadora

### 2.3 Condições do exame

### 2.4 Material utilizado

### 2.5 Método par recolha de dados

### 2.6 Análise da ficha para registo de dados

#### 2.6.1 Variáveis relacionadas com a identificação

#### 2.6.2 Variáveis relacionadas com os hábitos de higiene dos pacientes com dentes

#### 2.6.3 Variáveis relacionadas com os hábitos de higiene dos pacientes portadores de prótese

#### 2.6.4 Variáveis relacionadas com os hábitos de higiene ao longa da vida

#### 2.6.5 Variáveis relacionadas com a importância que os idosos dão ao médico dentista e á sua saúde oral nomeadamente ao aspecto da higiene oral

#### 2.6.6 Variáveis relacionadas com a avaliação do estado de saúde dentário da população inquirida, assim como das necessidades de tratamento

##### 2.6.6.1 Índice CPO

##### 2.6.6.2 Critérios utilizados

###### 2.6.6.2.1 Avaliação do estado da coroa do dente

###### 2.6.6.2.2 Avaliação do estado da raiz do dente

###### 2.6.6.2.3 Necessidades de tratamento

#### 2.6.7 Variáveis relacionadas com a avaliação do estado periodontal da população inquirida, assim como das necessidades de tratamento

##### 2.6.7.1 Índice CPI

##### 2.6.7.2 Critérios utilizados

##### 2.6.7.3 Medidas terapeuticas

#### 2.6.8 Avaliação das necessidades de prótese

##### 2.6.8.1 Critérios utilizados

#### 2.6.9 Variáveis relacionadas com o tempo e uso da prótese

#### 2.6.10 Variáveis relacionadas com as necessidades sentidas pelos idosos

## 2.7 Análise estatística

### 3. Análise dos resultados

- 3.1 Análise das variáveis relacionadas com a identificação: idade, sexo escolaridade e anos de permanência no lar.
- 3.2 Análise das variáveis relacionadas com os hábitos de higiene dos idosos com dentes
  - 3.2.1 Escovagem diária
  - 3.2.2 Meios complementares de escovagem
- 3.3 Análise das variáveis relacionadas com os hábitos de higiene dos idosos portadores de prótese.
  - 3.3.1 Escovagem diária
  - 3.3.2 Métodos de higiene
- 3.4 Análise da variável relacionada com os hábitos de higiene ao longo da vida
  - 3.4.1 Portadores de prótese
  - 3.4.2 Não portadores de prótese com dentes
- 3.5 Análise das variáveis relacionadas com a importância que o idoso dá ao médico dentista
  - 3.5.1 Considera a escovagem importante
    - Considera que higieniza correctamente a sua próteses/dentes
    - Acha que deveria haver aqui na instituição alguém que o ajudasse na higiene das suas prótese/dentes
  - 3.5.2 Independentemente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes
    - Acha que o médico dentista o pode ajudar na sua saúde oral
    - Aceitava que o médico dentista o tratasse nesta instituição
  - 3.5.3 Quando foi a última vez que visitou o médico dentista
  - 3.5.4 Porque não visita o médico dentista
- 3.6 Análise do CPO
  - 3.6.1 Análise do índice CPO relativamente ao sexo
  - 3.6.2 Análise do índice CPO relativamente aos grupos etários considerados
  - 3.6.3 Análise das necessidades de tratamentos
- 3.7 Análise do CPI
  - 3.7.1 CPI por sextantes

- 3.7.2 CPI e a sua relação com a idade dos idosos
- 3.7.3 CPI e a sua relação com o sexo dos idosos
- 3.7.4 Avaliação das necessidades de tratamento periodontal
  
- 3.8 Análise das variáveis referentes às condições das próteses
  - 3.8.1 Necessidades de prótese
  - 3.8.2 Tempo de uso da prótese
  - 3.8.3 Porque não usa prótese e adaptação a uma prótese nova
  
- 3.9 Análise das variáveis referentes ao grau de satisfação dos pacientes

#### **4. Discussão dos resultados**

- 4.1 População pesquisada
- 4.2 Variáveis relacionadas com a identificação: idade, sexo, escolaridade e anos de permanência no lar.
- 4.3 Hábitos de higiene dos idosos com dentes
- 4.4 Hábitos de higiene dos idosos portadores de prótese
- 4.5 Hábitos de higiene ao longo da vida
- 4.6 Importância da escovagem e noção de uma correcta escovagem
- 4.7 Importância do médico dentista na saúde oral dos idosos
- 4.8 Visitas ao médico dentista
- 4.9 CPO
  - 4.9.1 Necessidades de tratamento
  
- 4.10CPI
  - 4.10.1 Necessidades de tratamento
  
- 4.11Condições e necessidades de uso da prótese
- 4.12Satisfação com as condições da cavidade oral

#### **5. Resumo e conclusões**

#### **6. Summary and conclusions**

#### **7. Bibliografia**

#### **8. Anexos**

# **1. INTRODUÇÃO**

## 1.1 O envelhecimento ...

A expansão demográfica de meados do século e a baixa taxa de modificação demográfica actual, teve como consequência um aumento progressivo da população idosa do nosso país. A este facto não podemos ignorar outras modificações das condições de vida que se fizeram sentir, como sejam: o saneamento das águas de uso público (diminuindo o numero de doenças ), o controlo da natalidade, a diminuição da mortalidade infantil (devido á vacinação e outros programas de saúde publica), os avanços da medicina (tecnologia e novas medicações ), estilos de vida mais saudáveis (nutrição, exercício físico), que vieram contribuir para um aumento da esperança real de vida, que num conjunto final tem como consequência primária o envelhecimento da população, fenómeno com repercussões muito importantes desde o ponto de vista social, económico e também sanitário (Josefi, 1997).

De acordo com as projecções, a habitual relação entre as percentagens das populações idosa e jovem deverá inverter-se em Portugal, entre 2015 e 2020; neste último o peso das populações idosa e jovem deverá atingir 18,1 por cento e 16,1 por cento respectivamente (INE,00).

Face aos restantes países da União Europeia, em 1996, Portugal embora sendo o quinto país menos envelhecido, registava logo a seguir á Irlanda, os valores mais baixos da esperança de vida para as pessoas com 65 anos.

A Suécia com 17,4 por cento e a Itália com 17,1 por cento, registavam a nível da União Europeia os mais elevados índices de envelhecimento, com a Irlanda, 11,4 por cento, e a Holanda com 13,4 por cento a situarem-se no polo oposto (INE,00).

Vivemos na era do envelhecimento...

O crescimento da população idosa não deve ser considerado como uma carga para a população activa, mas sim como um desafio que a sociedade Portuguesa tem de saber enfrentar. Em nenhum outro momento da nossa história moderna, existiu tanta preocupação pelo fenómeno do envelhecimento das populações.

Este fenómeno provoca assim uma série de implicações, tanto a nível demográfico, como económico ou mesmo social, (Berjano 1999).

A “ velhice “ representa uma etapa especial na vida das pessoas, caracterizando-se como sendo um processo evolutivo irreversível e que exprime uma diminuição da vitalidade, tendo assim como ponto de partida o momento de máxima vitalidade, a que se segue uma progressão específica e individual em relação às interações do organismo com o meio. No entanto, o envelhecimento pode considerar-se como a expressão orgânica global do conjunto de circunstâncias, endógenas e exógenas que nos conduzem inevitavelmente á irreversibilidade da vitalidade (Gerardo,1998).

No entanto a velhice é um processo que pode ser favorável ou desfavorável, mas é natural e impossível de travar. Ser velho ou ser uma pessoa de idade é um estado neste processo, que ocorre tão naturalmente como a infância ou a juventude (Kalish,1996).

Cada vez mais, os idosos irão ocupar o papel que lhes corresponde socialmente, pelo que os fenómenos relacionados com o envelhecimento biológico natural e patológico serão um aspecto que despertará cada vez mais o interesse dos investigadores que não deverão esquecer os factores sanitários, socioculturais, económicos ou psicossociais que nesta faixa etária devem ser avaliados num conjunto e nunca dissociados (Berjano,1999).

Assim relacionados com este fenómeno, derivam algumas consequências, nomeadamente:

- uma elevada percentagem de situações de empobrecimento entre o colectivo de pessoas nesta faixa etária;
- um necessário incremento nos estudos referentes ás necessidades específicas dos idosos (habitação, saúde, ocupação de tempos livres, etc), assim como os seus problemas de adaptação social ás novas etapas que se aproximam;
- um aumento de forma substancial dos serviços de todo o tipo dedicados a este grupo da população, nomeadamente: assistência económica, assistência social e assistência médico sanitária, assim como o estabelecimento de novos recursos para a manutenção da qualidade de vida;
- uma formação adequada no âmbito da Gerontologia entre os diferentes profissionais, que de um ou de outro modo estarão em contacto com as pessoas destas idades ,



principalmente: psicólogos, assistentes sociais, profissionais da educação e profissionais da área da saúde, (Berjano,1999).

## **1.2 Modificações fisiológicas do envelhecimento**

O envelhecimento fisiológico é heterogéneo e as modificações observadas durante este processo são complexas, contribuindo para tal , factores genéticos, factores relacionados com a exposição ambiental, certos estilos de vida e aspectos psicossociais entre outros.

Muitos dos déficits tradicionalmente associados com o envelhecimento consideram-se actualmente como um resultado de processos patológicos (Rob Berg,1997). Numerosos estudos sobre a fisiologia do envelhecimento, confirmam que a principal característica da senescência é a deterioração de numerosos processos reguladores que mantêm a integração funcional entre os diferentes órgãos e sistemas do corpo humano, sendo portanto mais vulneráveis, (López Jornet, 1999).

Assim a patologia no idoso conjuga problemas muito especiais, e os principais sistemas orgânicos e o metabolismo podem encontrar-se alterados; estes pacientes sofrem de um fenómeno que se descreve, como perda das reservas fisiológicas. Perante uma situação de trauma, doença aguda ou temperaturas extremas, estas pessoas não tem a capacidade de manter o seu ambiente fisiológico interno; para esta situação podem contribuir por exemplo, a perda da capacidade dos sistemas orgânicos individuais ou as modificações na capacidade do sistema nervoso autónomo , entre outros aspectos (Rob Berg,1997).

### **1.2.1 Principais alterações orgânicas no idoso**

#### **1.2.1.1 Sistema Cardiovascular**

Torna-se muito difícil diferenciar as alterações do sistema cardiovascular relacionadas com a idade, daquelas que estão associadas à doença, devido à elevada

prevalência de patologia coronária e de cardiopatia hipertensiva nesta população; uma das modificações é o aumento do diâmetro das grandes artérias e espessura das suas paredes, associado a um aumento da pressão arterial sistémica com o avanço da idade (Lakatta,1995); a hipertensão sistólica, aumenta no idoso mais do que a pressão sanguínea diastólica que se estabiliza ou diminui nesta idade, tornando-se assim um dos factores de risco de acidente vascular e falência cardíaca (Lipsitz,1989).

Relativamente ao tratamento médico dentário, torna-se pertinente, a patologia coronária oculta; o médico dentista deve estar sensibilizado e informado para os sintomas de cardiopatia isquémica. A variabilidade da pressão sanguínea e a prevalência da hipertensão associada ao tratamento médico dentário nas pessoas idosas tem uma importância clínica controversa (Wiinberg,1995).

#### **1.2.1.2 Sistema respiratório**

A reserva pulmonar diminui com a idade; a capacidade vital forçada diminui e o volume expiratório diminui também. Além disso a tosse é menos vigorosa e as defesas mucociliares tem um papel diminuído e menos eficaz, aumentando o risco da pessoa idosa de sofrer infecção pulmonar, (Rob Berg,1997), aspecto que o clínico da área médico dentária não pode deixar de avaliar devido á relação directa que este sistema apresenta com o tratamento da cavidade oral.

#### **1.2.1.3 Sistema gastrointestinal**

Um dos aspectos específicos de maior relevância relacionados com a idade é a fase esofágica da deglutição, onde se pode produzir uma aspiração mínima associada a uma deglutição rápida, por alterações ligamentosas a nível da laringe; a diminuição do tónus muscular pode também atrasar a passagem do bolo alimentar através do trato digestivo superior até ao estômago (Rob Berg,1997).

Torna-se necessário que o clínico médico dentário, esteja atento a uma diminuição da capacidade mastigatória, que pode complicar as alterações associadas à idade e relacionadas com qualquer fase da deglutição( *Feinberg,1990*)

Apesar de sub-clínicos, estes aspectos nomeadamente a aspiração, sobretudo na presença de uma capacidade pulmonar diminuída pode ser problemática (*Sonies,1992*), devido ao risco de pneumonia( *Feinberg,1990*).

Relativamente a este sistema, outro do aspectos que deve ser realçado para um abordagem na área médico dentária é a disfagia, que muitos pacientes nesta faixa etária apresentam, nomeadamente nas situações de osteoartrite avançada, doença de Parkinson, acidente vascular, demência e tumores (*Fass,1993,Sheth,1988*),

#### **1.2.1.4 Fígado**

O tamanho do fígado e o fluxo sanguíneo diminuem com a idade assim como a sua capacidade metabólica. No entanto as modificações neste órgão parecem estar mais associadas a outros factores como o tabaco, álcool, cafeína, medicamentos e doenças do que propriamente a idade(*Rob Berg,1997*); no entanto existem fármacos que se devem usar com precaução no idoso para evitar risco de efeitos secundários, devido ao seu metabolismo hepático(*Chutka,1995*).

#### **1.2.1.5 Rim**

Nos idosos com frequência pode produzir-se uma diminuição do fluxo sanguíneo renal, no entanto os mecanismos fisiológicos subjacentes a uma diminuição do fluxo sanguíneo renal não se conhecem com detalhe .Estes pacientes apresentam uma reserva de água menor do que as pessoas jovens; a diminuição na capacidade de concentração da urina e a

diminuição na conservação renal de sódio podem levar estes pacientes facilmente à situação de desidratação (Palmer,1996), assim como a diminuição da sensação de sede, que os predispõe também a este estado clínico (Phillips,1984).

Devido a alterações da função renal induzidas pela idade, existem certos fármacos que devem ser prescritos com precaução e depois de uma avaliação da própria função renal, como é o caso dos anti-inflamatórios não esteroides que na área da medicina dentária são utilizados em inúmeras situações, e em que a inibição das prostaglandinas renais induzidas por estes fármacos pode produzir efeitos secundários no paciente, que apresente insuficiência renal, tais como: edema, hiponatremia, agravamento da hipertensão, etc (Clive,1984).

#### **1.2.1.6 Sistema musculo-esquelético**

È difícil separar completamente as modificações normais do envelhecimento da atrofia provocada pelo desuso, no entanto há alterações que aparecem com a idade devido a uma diminuição do conteúdo da água nos tendões e ligamentos, e como tal a um aumento da rigidez; a taxa de modificação do colagénio corporal está diminuída e como tal o processo de remodelação de tendões e ligamentos (Rob Berg,1997).

Apesar do osso permanecer metabólicamente activo, a perda de osso com a idade é frequente, havendo portanto um desequilíbrio entre reabsorção/ neoformação (Riggs,1992). As perdas de massa óssea com a idade são multifactoriais, incluindo inactividade, deficiência de estrogénios, deficiências nutricionais e modificações relacionadas com a própria idade, podendo nas situações de osteoporose avançada apresentar dor por tensão mecânica ou fracturas vertebrais por compressão, aspectos a ter em conta na consulta odontogeriatrica quando estes pacientes se sentam ou modificam de posição (Rob Berg,1997).

### 1.2.1.7 Sistema neurológico

O fluxo sanguíneo a nível cerebral diminui com o envelhecimento, assim como a perda de neurónios, afectando certas áreas do mesmo mais do que outras,(Selkoe,1992).

A densidade de conexões dendríticas diminui e numerosos neurotransmissores também; mas apesar destas modificações a função cognitiva na ausência de demência, pode estar bem conservada na maioria dos idosos(Ciocon, 1998).

A dificuldade em encontrar palavras é frequente em idosos, no entanto, se oferecermos pistas ou tempo suficiente os idosos podem encontrar a palavra desejada com o mesmo êxito que os jovens(Rob Berg,1997) . A função cognitiva nos idosos pode estar influenciada, pela elevada prevalência das doenças demenciais, no entanto os idosos podem apresentar apenas alterações leves da função cognitiva, sem cumprir os critérios diagnósticos de demência; pode tornar-se difícil para o clínico detectar uma alteração cognitiva subtil, sem realizar provas objectivas, no entanto o médico dentista ao abordar estes pacientes deve ter em atenção estes aspectos e proporcionar instruções por escrito ao mesmo e realizar perguntas ao mesmo para assegurar a compreensão e memória da informação(Rob Berg,1997) .

Existem pois aspectos diferentes da doença no paciente idoso: apresentação atípica da doença, a perda da independência funcional, a elevada prevalência da pluripatologia e da polifarmácia, que obrigam a uma atitude clínica diferente relativamente ao diagnóstico e à terapêutica do que se nos encontrássemos na presença de um jovem, pois o idoso quase nunca apresenta as doenças como entidades isoladas, e o que é habitual é a presença de várias doenças conjuntamente, frequentemente uma doença pode dever-se a várias causas, (López Jornet, 1999), a prevalência de doenças crónicas e incuráveis é muito elevada(Javier,1991).

A atitude de muitos profissionais da área da saúde, deixa muitas vezes transparecer a sensação de impotência que sentem quando se lhes pede que respondam às complexas necessidades dos pacientes idosos, á qual se pode juntar a inquietude de ter de enfrentar a realidade do envelhecimento, López Dóriga,1996.

A doença no idoso que se apresenta pouco expressiva, com sintomas escassos, atenuados, que unidos á presença de múltiplas patologias concomitantes, complicam não só o

diagnóstico senão também os possíveis tratamentos, justificando assim muitas vezes a referida atitude clínica, por parte dos profissionais da área da saúde e que poderá ser minimizada se, estes mesmos profissionais estiverem preparados para enfrentar as situações clínicas que se possam apresentar relativas aos pacientes nesta faixa etária.

Assim a presença de várias doenças crônicas é comum no idoso; algumas delas relacionando-se directamente com a odontogeriatria como : hipertensão, problemas cardíacos, depressão, demência, problemas renais, angina pectoris, osteoartrite, gota, disfunção urinária, etc, (Christine,1997).

Existe outro tipo de patologia que pode sofrer um agravamento aquando da abordagem destes pacientes e que são: angina pectoris, hiperventilação, enfarte do miocárdio, broncoespasmo asmático, choque tiroideu, choque insulínico, epilepsia e a insuficiência das supra-renais(Christine,1997).

Também a polifarmácia, isto é, o uso simultâneo de muitos fármacos( incluindo os prescritos como aqueles que são tomados por conta própria), pode ser difícil de averiguar, mas é um dos aspectos relacionados com a condição do envelhecimento; assim a sua averiguação pode evitar problemas de interacções farmacológicas e reconhecer efeitos secundários de medicamentos não diagnosticados anteriormente (Shay,1994), e permitir ao dentista modificar o tratamento para evitar evoluções adversas(Felder,1994).

As modificações fisiológicas do envelhecimento, como podemos constatar acarretam um conjunto de situações que tem de ser valorizadas, assim o envelhecimento fisiológico de sistemas orgânicos juntamente com factores e alterações locais, podem interferir com estruturas ou funções orais, levando este paciente a revelar necessidades de tratamento desta área.

### **1.3 Idosos e Saúde Oral**

As consequências de aumento cada vez mais significativo, de idosos que procuram os serviços médico – dentários, vão provocar um grande impacto, pois o sistema de saúde não se encontra preparado para enfrentar esta nova realidade, nomeadamente a falta de preparação da maioria dos profissionais de saúde oral poucas vezes sensibilizados para o atendimento de pacientes nesta faixa etária (Elson, Internet).

Esta dificuldade tem as suas origens no ensino profissional, que não fornece á grande maioria dos profissionais desta área médico- dentária, no seu curso pré-graduado, conhecimentos específicos de Geriatria e Gerodontologia , que lhes permitam minimizar as suas necessidades de conhecimentos.

Sem uma formação profissional adequada, podemos acabar por ferir os princípios éticos da profissão da saúde, os quais incluem a oferta do melhor atendimento a todo e qualquer paciente (J.Alves,1998).

Os índices do aumento deste tipo de pacientes, justificam cada vez mais, que os clinico disponham de mecanismos fiáveis que permitam tomar decisões clinicas correctas.

No passado a população idosa, era relativamente pequena. A maior parte dos indivíduos que nesta faixa etária, procuravam os serviços médico-dentários eram desdentados e apresentavam necessidades de reabilitação oral na área da prostodontia. No entanto hoje existem grandes evidências, que demonstram existirem grandes “ consumidores “ dentários idosos (Ettinger,1997).

Este grupo de pacientes está mais bem educado, informado e o mais importante conserva os seus dentes .Tudo isto nos leva a um aumento de necessidades de tratamento e de uma maior variedade de serviços na área da saúde oral (Ettinger,1997). A terceira idade é um grupo heterogéneo devido ás diferentes experiências de vida acumuladas por cada indivíduo. Encontrámos idosos que variam muito quanto ao nível económico, estado de saúde, nível cultural, manutenção da saúde oral, etc. Tais diferenças devem ser levadas em consideração quando do atendimento, pois podem afectar a aceitação, o recebimento e o sucesso do tratamento(J.Alves,1998).

Um dos principais critérios par se identificar um idoso bem sucedido é pela manutenção toda a vida da sua dentição natural, saudável e funcional, incluindo todos os aspectos sociais e benefícios biológicos tais como a estética, o conforto a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar (Ettinger,1987; Kiyak,1987).

### **1.3.1 Conceito de odontogeriatria**

A medicina dentária reconhece a modificação social derivada do envelhecimento humano e está a aumentar a sua atenção com o paciente geriátrico ( Nordahl,1991).

Em sentido amplo a odontogeriatria não é um campo novo. A atenção da saúde oral do idoso na consulta diária, foi sempre uma prática habitual. No entanto devemos reconhecer que o tratamento prestado não foi sempre o mais adequado, e como consequência o edentulismo total é o estado mais prevalente na senilidade (Kalk W,1992).

Em sentido estrito a odontogeriatria define-se como a prestação de cuidados de saúde oral para os idosos com uma ou mais doenças crónicas, debilitados físicos e mentais, com medicação associada e/ou problemas psíquicos (Ettlinger,1984), é certo que muitas destas condições sistémicas aumentam com a idade mas não são consequência do envelhecimento. Desde esta perspectiva, um indivíduo de sessenta anos com um compromisso biológico sério de saúde, constituirá assim um paciente geriátrico (E. Velasco,1995).

A odontogeriatria além de constituir uma filosofia de tratamento dentário integral, pode ser entendida como uma disciplina ou especialidade da medicina dentária. Como especialidade, a odontogeriatria do futuro deve desenvolver medidas restauradoras e sobretudo preventivas. Para que este conjunto de conhecimentos possa ser proporcionado ao paciente idoso, o médico dentista deve modificar a sua atitude negativa dirigida à atenção médico dentária do paciente de idade avançada (Kress,1985, Heylen,1984).

Deve adoptar-se uma conduta humanística e uma relação pessoal que aumente os sentimentos e atitudes positivas dos pacientes idosos em relação à saúde oral (E. Velasco,1995).

A odontogeriatria actual passa por certos desafios.

A falta de percepção da necessidade de tratamento odontológico é muito comum não somente entre os idosos, famílias e pessoas que deles cuidam, mas também entre muitos profissionais da saúde (J.Alves,1998).

Esta falta de percepção pode levar o paciente a deixar o tratamento odontológico sempre “para último” em relação a outros tratamentos de saúde e pode diminuir também a disposição do paciente em pagar pelo tratamento (J.Alves,1998); o custo elevado do tratamento nesta área, traduz-se noutro problema, tornando-se para muitos impossível, tendo em vista o seu rendimento.

Até há bem pouco tempo os idosos eram definidos como um cohorte de pessoas de 65 anos ou mais. No entanto, provou-se que em odontologia o critério de idade cronológica não é útil devido às enormes variações nas condições físicas, mentais e médicas das pessoas de 65 ou mais anos Nelson y Dannefer,1992 ; surgiu assim uma definição funcional que



classifica a população idosa em três grupos diferentes, em função da sua capacidade de procurar atenção.

Estes grupos foram identificados da seguinte maneira :

- Adultos idosos funcionalmente independentes que vivem em comunidade sem assistência.
- Adultos idosos débeis que perderam parte da sua independência, mas que continuam a viver em comunidade com a ajuda de serviços de assistência.
- Adultos idosos funcionalmente dependentes que são incapazes de viver na comunidade de forma independente e que vivem confinados á sua casa ou institucionalizados Ettinger e (Beck ,1984 ; Kalish,1996).

### **1.3.2 A consulta odontogeriatrica**

Em qualquer abordagem feita na consulta com este tipo de pacientes, devemos comunicar bem com os mesmos, ouvindo e entendendo-as suas expectativas; estas variam de acordo com o seu nível sócio – económico – cultural, o acesso a serviços odontológicos adequados, as expectativas da família e da comunidade em que vive, o nível de dependência de terceiros para a locomoção e financiamento de tratamento, o nível do desconforto com o problema oral, o nível cognitivo, entre outros(J.Alves,1998).

Uma boa comunicação aumenta significativamente a satisfação do paciente com o atendimento, que quando adequado visa fazer com que o paciente se sinta bem recebido e confiante na presença do médico dentista e da sua equipa. O tratamento adequado, procura acima de tudo, não causar danos, presentes ou futuros ao paciente, além de beneficiar a qualidade de vida do mesmo.

O principio primário de alivio da dor e eliminação da infecção é válido para todos os pacientes independente da sua idade.

Relativamente ao atendimento destes pacientes, este não começa na cadeira, mas muito antes, assim a arquitectura do consultório, a disposição do pessoal auxiliar podem dificultar ou facilitar o atendimento:

A arquitetura do consultório e locais de acesso é assim o primeiro contacto que este paciente tem, e a falta de rampas que facilitem a locomoção, a falta de elevadores, a falta de portas com largura suficiente para os que usam bengalas, cadeiras de rodas ou outro meio auxiliar de locomoção, a pouca iluminação, pisos lisos, tapetes soltos, móveis muito baixos (cadeiras, sofás), podem dificultar o acesso á própria consulta causando desconforto e constrangimento ao paciente.

O pessoal auxiliar tem um papel vital no atendimento. Deve ter formação, para receber o paciente idoso e um mau atendimento inicial pode causar insegurança no idoso e nos seus acompanhantes.

O papel principal do pessoal nesta situação é entender as limitações de certos pacientes e ajudá-los desde o momento em que entram no consultório até á sala de espera, comunicando-se claramente e dando-lhe toda a atenção (Ettinger,1987).

O paciente deve sentir-se valorizado para poder valorizar o atendimento recebido. Durante a consulta devem ser assim valorizados todos os aspectos médicos e de prescrição relacionados com estes pacientes e já referidos anteriormente. Este aspecto a abordagem que é necessário fazer a estes e qualquer tipo de paciente relacionada com o seu estado de saúde geral pode ser mal entendido pelos mesmos, pois não percebem porque é que os dentistas tem de ter conhecimentos sobre o seu estado de saúde geral e prescrições medicamentosas fora do âmbito da cavidade oral (Lichtman,1993, McDaniel,1995).

Estas situações devem ser entendidas pelo clinico e sempre valorizadas, tentando ao mesmo tempo, clarificá-las, junto do paciente no sentido de aumentar a confiança do idoso em relação ao profissional.

A comunicação com o paciente idoso requer a nossa atenção, especialmente quando este apresenta dificuldades auditivas, visuais ou cognitivas (Kilmartin,1994). Devemos manter um tom de voz baixo e falar pausadamente, olhando para o paciente e repetindo quando necessário e sempre com paciência.

### **1.3.3 Patologia oral no idoso**

O médico dentista deve sentir-se confiante quanto aos problemas orais mais característicos da terceira idade. Este tipo de pacientes, assim como qualquer outro, não gosta de visitar o dentista e perceber que não recebe o tratamento adequado. O médico dentista deve assim, estar preparado para analisar as condições e a patologia oral mais comuns nestes pacientes.

#### **1.3.3.1 Desdentações**

A prevalência do desdentamento aumenta com a idade e em geral é mais alta na mulher do que no homem, existindo certos factores para além dos factores dentários como a cárie e a doença periodontal que condicionam estas situações, entre eles destacam-se o nível educacional baixo ou um baixo rendimento que podem condicionar a presença de peças dentárias na cavidade oral; para além de outros como o caso dos factores sistémicos que podem aumentar esta prevalência (Xie Q,1999).

O número de pacientes idosos edentados diminuiu consideravelmente nos últimos 30 anos (Ettinger,1997).

Uma explicação para esta modificação na edentação, pode estar associada com a modificação de valores e atitudes em relação com a prática médico dentária.

Estas atitudes viram-se assim influenciadas pelos avanços tecnológicos na área da dentisteria como: o uso de anestésicos no tratamento, as modificações no uso dos instrumentos rotatórios de trabalho, o uso de algumas medidas preventivas e a atitude dos dentistas que também modificou e assim a sua maneira de actuar com extracção/reabilitação, foi substituída por restauração/manutenção e mais recentemente por medidas preventivas e restauração funcional e estética,(Burt,1972;Ettinger,1993).

Actualmente a decisão de extrair um dente, que se toma de comum acordo com o paciente e o médico dentista, está influenciada por factores sociais de atitude e comportamento tanto do médico dentista como do paciente, mais até do que factores biológicos (Ettinger,1997).

O mito de que o edentulismo é uma consequência natural do envelhecimento, acaba por desaparecer. Quando bem tratados os dentes naturais podem permanecer funcionais para toda a vida. A perda destes elementos não é considerada como um evento natural, mas sim, como o resultado de doenças, traumas e composição genética(J.Alves,1998).

### **1.3.3.2 Doença periodontal**

Inicialmente aceitava-se que nos adultos idosos a doença periodontal era grave e tinha uma ampla distribuição. Estas crenças apoiaram-se nos primeiros estudos epidemiológicos que sugeriam ser a gengivite que progredia com o tempo até doença periodontal e a perda do dente era absolutamente inevitável (Page,1985).

No entanto os conceitos referentes á doença periodontal progressiva modificaram, e os dentistas não podem identificar com facilidade a população de risco, tendo que realizar para tal um seguimento cuidadoso dos idosos para determinar quem tem esse risco(Beck,1994). No entanto parece inevitável que as formas leves de gengivite e periodontite afectem praticamente toda a população envelhecida e que a doença periodontal grave afecte uma população menor de adultos idosos (Beck,1994; Hunt,1986). Estas afirmações levam-nos a concluir que a maioria dos idosos requerem tratamento periodontal leve e apenas uma minoria requer tratamento periodontal complexo.

No entanto a doença periodontal é o principal factor da perda de dentes nas populações idosas(Chauncey,1989).

Não podemos esquecer que os idosos funcionalmente dependentes devido á sua fragilidade física, confusão mental ou demência, tem maior risco de doença periodotal grave, relacionada com a sua incapacidade para manter uma higiene oral de forma independente; a manutenção da sua saúde oral e consequentemente o não agravamento da doença periodontal, estarão relacionadas com as pessoas responsáveis pela sua saúde em geral, isto é com o treino e a motivação que essas pessoas demonstram para que a doença periodontal não resulte inevitável (Burt, 1978; Stayer,1976).

### 1.3.3.3 Cárie

A cárie é uma infecção bacteriana que está influenciada pela combinação da virulência das bactérias acidogénicas na boca, o potencial acidogénico do padrão de alimentos ingeridos, a capacidade do indivíduo de manter uma higiene oral e a resistência inerente dos dentes à desmineralização (MacEntee,1994).

Existem evidências que o uso de flúor pode remineralizar lesões iniciais, que os antimicrobianos como a clorhexidina podem diminuir o número de bactérias acidogénicas e que o uso de substitutos do açúcar reduz o ambiente acidogénico (Clark,1991).

A prevenção da cárie dentária no idoso, baseia-se em princípios semelhantes, aos aplicados em qualquer idade, com algumas considerações especiais (E. Velasco 1995). A estratégia mais eficaz é aumentar a resistência dentária, utilizando flúor mediante via sistémica e tópica, revelando-se o método de aplicação tópica o mais eficaz no caso dos pacientes idosos (Billings,1985,Johansen,1987). No entanto deve prescrever-se em formas adequadas segundo a susceptibilidade individual à cárie e a capacidade pessoal para levar a cabo o tratamento.

O problema persistente continua a ser como educar a população idosa e especialmente, como educar e motivar as pessoas responsáveis e que de perto convivem com os adultos idosos mais frágeis e funcionalmente dependentes, para levar a cabo uma higiene oral regular (Ettinger,1997), e ao mesmo tempo sensibilizá-los também para as restantes medidas preventivas que acompanham essa higiene oral, como o uso de antimicrobianos(em situações especiais) e a ingestão de alimentos e bebidas ricas em hidratos de carbono cáriogénicos, particularmente entre refeições (Newbrun, 1986) e claro está a correcta utilização de compostos fluoretados (E.Velasco1995), medidas que conseqüentemente podem levar a uma redução do número de cáries melhorando assim a saúde dentária desta população relativamente ao número e severidade de cáries.

#### **1.3.3.4 Patologia pulpar / endodontia**

Com a idade a polpa vai-se retraindo, devido ao continuo deposito de dentina pelos odontoblastos entre outros factores; isto reduz o aporte sanguíneo e a capacidade regeneradora da polpa ( Rosário,1991), existem assim dois aspectos: modificações estruturais(histológicas), que se produzem em função do tempo, e modificações tissulares que se produzem em resposta á irritação por lesões, que podem assim envelhecer a polpa(Richard,1997).

A polpa normalmente atrofica nos idosos, pode afectar-se, não só pelas cáries ou por procedimentos restauradores dentários, ou mesmo ainda pela presença de doença periodontal ou doenças sistémicas como: anemia das células falciformes, diabetes, etc (Andrews,1983), devido a que, em todas se altera, o veiculo capaz de oxigenar, ou melhorar a microcirculação, deteriorando-se o adequado aporte sanguineo para as funções pulpares. Assim deve ter-se o máximo de cuidado para não afectar a polpa sobretudo se coexistem doenças sistémicas predisponentes, para que a reparação da mesma não seja irreversível ou atrasada a sua cura ( Rosário,1991, Richard,1997).

A incidência e a complexidade dos problemas endodonticos aumentam de forma paralela ao envelhecimento do paciente. A maior necessidade terapêutica complica-se pela maior complexidade anatômica e restauradora dos dentes, assim como pelas situações nas que se requer tratamento. Uma preocupação adicional é o estado de saúde do paciente, ainda que isto não afecte as considerações endodonticas de formas diferentes ás de outros procedimentos dentários; o diagnóstico e a planificação terapêutica seguem padrões similares ás dos pacientes mais jovens.

Os tecidos respondem favoravelmente ao tratamento adequado e quando se seguem procedimentos terapêuticos adequados.

No entanto o tratamento da raiz tem tendência a ser complexo devido á existência de calcificações, canais menores, restaurações maiores ou complexas e as limitações físicas ou temporais ocasionais do paciente. Não existem, por exemplo, contra-indicações relativamente á cirurgia ou branqueamento a menos que existam problemas sistémicos ou médicos especiais (Richard,1997).

### 1.3.3.5 Cirurgia oral

Os procedimentos mais frequentes que motivam a cirurgia oral no idoso são as extracções e a patologia inflamatória juntamente com o desenvolvimento de patologia pré- cancerosa ou cancerosa que obrigue a realização de biópsia (Rosario,1991).

Temos de ter em conta que a cirurgia oral pode ter influências negativas na sua evolução e morbidade devido a factores extradentários como por ex. doenças sistémicas; as deficiências nutricionais, proteicas e vitamínicas, juntamente com as fases catabólicas que comportam a cirurgia podem fazer retardar os processos de reparação; assim a necessidade de um bom estado de saúde prévio a qualquer acto cirúrgico, as pecto ao qual devemos prestar atenção , quando abordamos este tipo de pacientes (Rosario,1991).

A idade associa a uma diminuição nas funções respiratórias, patologia cardiovascular e diminuição da função renal entre outras patologias. Aumentando o risco cirúrgico; por isso quando é possível a realização do acto cirúrgico deve realizar-se com anestesia local, e em situações em que não é possível fazê-lo de usar-se anestesia geral com uma prévia avaliação pré-cirúrgica e estreita vigilância per e pós-operatória. Localmente os idosos apresentam uma redução na diminuição da profundidade da estrutura dento alveolar, osteoporose, diminuição da vascularização e redução do metabolismo e capacidade regeneradora(Rosario,1991).

Devem assim estabelecer-se níveis de tratamento cirúrgico do idoso (Olson,1986): eliminação da dor, controlo da infecção e manutenção do conforto oral, e em seguida devemos preservar a estrutura e aparência facial tendo por fim ter em atenção a melhoria da função e de uma adequada mastigação.

Temos de ter em conta que toda a cirurgia se deve realizar com o mínimo de riscos, tentando obter-se algum tipo de benefício dirigindo os esforços para conseguir um óptimo resultado que a tolerância do paciente permita, sem correr riscos não necessários, tentando nunca alcançar metas que não tragam benefícios aparentes ao paciente idoso em consonância com a qualidade de vida que este leva ou pode levar(Rosario,1991).

### 1.3.3.6 Lesões da mucosa

A saúde e a integridade da cavidade oral, dependem da protecção que uma mucosa oral intacta, sem desidratação, infecção, lesões químicas térmicas e mecânicas, pode oferecer aos tecidos subjacentes (Ettinger,1997).

A mucosa deve ser capaz de impedir a entrada de material nocivo ou infeccioso, de responder às lesões e de executar uma resposta inflamatória e imunológica capaz de enfrentar qualquer material ou organismo que possa penetrar através da barreira (Ettinger,1994).

É provável que as modificações clínicas que frequentemente se associaram com o envelhecimento estejam relacionadas com a expressão de manifestações orais sistémicas, mau estado nutricional, efeitos secundários farmacológicos e infecções orais (Ettinger,1997).

As lesões traumáticas, a perda de dentes e o uso de prótese parecem ser, no entanto, os factores que se associam com mais frequência às manifestações da mucosa oral nos idosos (Budtz-Jorgensen,1981) , com a idade existe uma menor reparação da mucosa oral, provocando assim uma susceptibilidade á irritação, que pode resultar no aparecimento das lesões orais (E. Velasco 1995).

O epitélio apresenta-se com uma diminuição da queratinização e alterações na morfologia da união conjuntivo-epitelial, no sentido de apresentar uma arquitectura menos papilar, atrofia do tecido conjuntivo com perda de elasticidade (Velasco Ortega E.1997).

As patologias da mucosa dos idosos tendem a ser diagnosticadas em fases tardias, e as possíveis explicações desta atitude são na maior parte das vezes a atribuição da sintomatologia á idade, ao aspecto de não incomodar a família, ao medo da hospitalização ou institucionalização (Gonzalez,1997).

Os quadros clínicos mais comuns, observados na prática odontológica, relativamente ás manifestações a nível da mucosa oral são: patologia epitelial ( leucoplasia, neoplasia epitelial maligna), infecções orais ( candidiase, herpes zoster), problemas hematopoiéticos ( mieloma múltiplo, linfoma), lesões vesiculo ulcerativas (líquen plano, pênfigoide e pênfigo) e a glossodinia (John E., 1997)

Assim os médicos dentistas como clínicos, que mais facilmente tem acesso ao reconhecimento das mucosas, devem procurar sempre que possível fazer um exame rigoroso das mesmas e dos tecidos adjacentes, no sentido de diagnosticar este tipo de situações em fases mais precoces do seu desenvolvimento , ao mesmo tempo que devem



informar os pacientes , ou os responsáveis pela saúde do mesmo, das necessidades de cuidados ou tratamento imediato.

### **1.3.4 Prescrição de fármacos em odontogeriatria**

O paciente idoso afectado frequentemente por pluripatologia de base, geralmente está a tomar uma grande quantidade de medicamentos.

O consumo de medicamentos nestes pacientes está marcado por uns padrões muito comuns nas sociedades ocidentais: o incumprimento da prescrição medica, a automedicação, a troca de medicamentos, aspectos que o profissional da área da saúde deve enfrentar(Mulligan,1985).

Relativamente ás possíveis repercussões no campo de saúde oral sabe-se que 77-94% da medicação usada tem importância potencial para o médico dentista (Miller,1992).

#### **1.3.4.1 Comportamento do idoso relativamente á prescrição**

Alguns idosos, tomam vários medicamentos, alguns dos quais são susceptíveis de apresentar interacções com os que o médico dentista pode prescrever, outros são auto-prescritos, ou aconselhados por familiares ou vizinhos, sem o suficiente conhecimento do próprio fármaco; outros ainda são tomados em doses não recomendadas, situação muito comum nestes pacientes que gostam de ajustar as doses segundo as suas convicções, muitas vezes por falta de informação , que o médico deve proporcionar devidamente (Carlos, 1993).

A pluripatologia associada a tratamentos de várias especialidades, tem como consequência a associação de medicamentos prescritos por vários médicos e que o idosos soma sistematicamente, levando a erros de doses e de tomas,(Enrique,1992).

O incumprimento da prescrição médica não é só um problema da terceira idade, mas é nesta idade que ele se apresenta inúmeras vezes sedo a falta de compreensão, o aspecto sócio-económico, o esquecimento, a falta de nova receita, a troca de medicamentos e as

recomendações de outras pessoas, os aspectos que influenciam o não cumprimento da prescrição médica(Mulligan,1985,Mazer,1992).

Perante este importante problema, é necessário que o médico dentista, efectue a estes pacientes, uma exaustiva análise da medicação prescrita e não prescrita que o paciente está a tomar, assim como das referidas doses, para além de não excluir desta análise outro tipo de drogas como o álcool e o tabaco(Carlos, 1993).

#### **1.3.4.2 Sensibilidade do idoso aos fármacos**

A resposta terapêutica que um determinado medicamento apresenta num idoso pode ser diferente da resposta que um indivíduo jovem tem ao mesmo fármaco; podem assim aparecer reacções tóxicas a doses recomendadas devido a: diminuição da capacidade de metabolizar e eliminar o fármaco e a um aumento da sensibilidade ao mesmo ,que o idoso pode apresentar(Carlos, 1993).

#### **1.3.4.3 Principais efeitos dos fármacos na área de saúde oral**

O efeito mais indesejável a nível oral, que é produzido por fármacos é a xerostomia, que foi quantificada como o fluxo salivar inferior a 0,2 mL/min(Petersen,1986).

Alguns fármacos como antidepressivos, antineoplásicos, estimulantes do sistema nervoso, antihistaminicos, antihipertensores, antiparkinsonicos, antipsicóticos, relaxantes musculares, diuréticos,etc, podem causar essa diminuição do fluxo salivar, sendo assim os principais responsáveis da xerostomia, que tem como consequência o rápido aumento do número de cáries e da patologia periodontal, assim como uma influência negativa na retenção das próteses , por diminuição das mesma; outros problemas podem surgir associados á xerostomia como dificuldades de mastigação, deglutição, fonação e lesões das mucosas ou ainda infecções da faringe e glândulas salivares(Scavone,1992).

Outros aspectos produzido por fármacos e com repercussões na boca são: o refluxo gastroesofágico , que pode ser provocado pela aspirina e seus derivados, clindamicina,

eritromicina, analgésicos opiáceos, etc ; a hemorragia espontânea também produzida pela aspirina metildopa, etc; a diminuição da tolerância ao stress que pode ser influenciada pelos beta-bloqueadores, antagonistas do cálcio, corticoesteroides e que tem uma influência directa no tratamento da cavidade oral, assim como a utilização de fármacos por parte dos pacientes que influenciam directamente o vasoconstrictor presente nos anestésicos e como sabemos utilizado em muitos tratamentos dentários como é o caso dos antidepressivos tricíclicos, fenotiazidas, beta-bloqueadores e os cardiotónicos (Scavone,1992,Miller,1992 ,Levy1989 ).

#### **1.4 Prevenção e promoção da saúde oral no idoso**

Numa população que envelhece, a promoção da saúde centra-se na prevenção de cáries, doença periodontal e cancro oral (Budtz-Jorgensen,1995), e ainda no controlo da placa bacteriana, higiene oral e uso de agentes quimioterápicos (Lea Erickson,1997).

A necessidade de instrução e demonstração reforçada com avaliação sistemática, são as práticas de referir nos programas preventivos para idosos(deBaat,1993). Estes programas devem ser adaptados á capacidade do indivíduo ou população para os quais são construídos.

A eliminação da placa bacteriana é a base da prevenção na patologia oral destes pacientes; sendo a higiene oral diária, a primeira linha de defesa. A destreza e a motivação estão directamente relacionadas com a capacidade para eliminara placa bacteriana eficazmente(Niessen,1992).

A diminuição do estado cognitivo , a diminuição da agudeza visual ou a perda de força nas mãos pode alterar substancialmente a capacidade de um indivíduo para manter a higiene oral adequada(Kane,1994),

Para a planificação de uma assistência preventiva, o estado funcional é uma consideração chave; o plano para um adulto independente com uma mínima incapacidade difere significativamente do que é elaborado para um indivíduo totalmente dependente(Lea Erickson,1997).

O conhecimento dos valores e percepções sobre os dentes(Strauss,1993), é importante para valorizar a motivação nos programas preventivos dentários.

A valorização minuciosa da função e desenvolvimento de um perfil de risco para doenças dentárias começam o processo de planificação de um programa á medida das necessidades do indivíduo(Lea Erickson,1997).

A higiene oral correcta e o uso de agentes quimioterápicos como o flúor (agente preventivo standart) devem ser as principais medidas em qualquer programa preventivo para idosos ,assim como o uso de outros agentes ( clorhexidina), que se podem juntar aos planos á medida que aumentem os factores de risco ou quando a saúde e a incapacidade limitam a realização de procedimentos de higiene eficazes. Recomenda-se um a exploração( incluída nos programas preventivos para idosos), para a detecção do cancro oral (Lea Erickson,1997).

### **1.5 Educação e motivação em saúde oral sénior**

A educação em saúde oral como em qualquer outro campo da saúde, deve ser analisada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência critica das causas reais dos seus problemas de saúde e ao mesmo tempo criar um meio de actuar no sentido da mudança (Paulo C. Petry,1997).

Em saúde oral este processo deve adoptar uma atenção mais abrangente integrando aspectos preventivos, curativos, biopsicossociais e ambientais proporcionando uma visão dinâmica do processo saúde/doença.

O paciente idoso embora apresente muitas necessidades de tratamento a nível da cavidade oral, ele é de todos os pacientes, aquele que menos visita o dentista, sendo esta visita realizada quando da presença de dor ou desconforto e necessidade de tratamento. Esta atitude pode dever-se a várias causas, mas uma das principais é a falta de informação isto é, o desconhecimento que esta faixa etária apresenta relativamente ao aspecto de manutenção da sua saúde oral.

Para conseguirmos que estes pacientes aprendam como manter a sua saúde oral não basta explicar-mos bem as causas das doenças, como evitá-las e exigirmos que aprendam. É necessário criar a vontade de aprender, despertar a sua atenção criar nele o necessário interesse que desencadeie a acção; criar e desenvolver condições internas favoráveis para estimular a sua atenção para estes problemas(Paulo C. Petry,1997), surge assim a motivação como requisito indispensável para aprender, isto é, um conjunto de factores que agem entre

si e determinam a conduta de um indivíduo, não havendo na medicina dentária uma técnica definida.

Mas se estas acções se tornam difíceis em qualquer paciente de qualquer faixa etária , nestes pacientes, é ainda mais difícil de conseguir resultados positivos , pois eles apresentam conjuntamente tantos problemas que a sua atenção para estes se encontra totalmente desviada.

## 1.6 Objectivos deste estudo

As considerações introdutórias que acabámos de apresentar, foram baseadas em bibliografia que aborda os problemas da saúde oral nos idosos e que como se pode observar, estes problemas apresentam-se de uma forma que obrigam o clínico da área da medicina dentária a melhorar os seus conhecimentos, no sentido de conseguir lidar com os problemas associados a esta idade, para que os princípios éticos da medicina dentária não sejam desrespeitados.

Os desafios que assim se apresentam precisam de ser entendidos pelos profissionais e pelos idosos.

A falta de percepção das necessidades de tratamento na área da medicina dentária é muito comum não somente entre os idosos, as suas famílias e até entre muitos profissionais de saúde. Podemos verificar que no nosso país, directamente relacionados com a medicina dentária, poucos são os estudos direccionados especificamente aos problemas que afectam os idosos.

Neste trabalho procuraremos apresentar alguns dos aspectos relativos aos principais problemas da saúde oral dos idosos, isto é, o que eles sentem e como se apresenta a saúde oral para estes indivíduos, tendo como objectivos principais:

- Avaliar as necessidades de tratamento na área da saúde oral , sentidas pela referida população
- Avaliar as necessidades reais de tratamento na área da saúde oral , dessa mesma população
- Avaliar a importância do médico dentista, para esta mesma população
- Avaliar o conceito de saúde oral que esta população tem.

Ao realizar este tipo de estudo epidemiológico, mas não tendo isso como objectivo principal, julgo poder contribuir para a resolução dos problemas que na realidade afectam esta população, podendo assim, fornecer informação, para a elaboração de um projecto de implementação de um programa de saúde oral, que se desenvolva não só com um objectivo de resolução imediata dos problemas da população referenciada, mas que assente numa base de informação/ motivação/ prevenção.

## **2. MATERIAL E MÉTODOS**



## **2.1 População pesquisada**

A população pesquisada para este trabalho, tem como principais características , serem residentes em lares da terceira idade , com idade igual ou superior a 65 anos, e pertencentes ao concelho de Gaia.

A relação dos referidos lares foi facilitada pela Câmara Municipal de Gaia, apresentando-se a sua identificação e caracterização relativamente ao número de internados e respectivo número de idosos observados em cada lar (Tabela II-1).

Para a realização do estudo, a autorização foi conseguida através de contacto escrito dirigido ao Provedor da Misericórdia e aos directores dos lares a visitar(em anexo), solicitando-lhes permissão para a observação dos idosos que quisessem colaborar, tendo sido obtida resposta favorável de ambas as partes.

A colaboração de todo o pessoal trabalhador dos lares desde pessoal Médico e de Enfermagem aos Auxiliares e mesmo Assistentes Sociais que desde o início se interessaram pelo trabalho, prestando a sua colaboração, facilitando o acesso aos idosos com quem se relacionam diariamente e quem melhor os conhecem, no sentido de os estimular a participar na realização de tal levantamento.

Os lares foram escolhidos por conveniência assim como os idosos de acordo com a disponibilidade que apresentavam para participarem neste levantamento. Foram observados 61,6% dos indivíduos que residiam nos referidos lares e que se encontravam , em condições físicas e psíquicas para responderem às questões colocadas e serem submetidos ao exame para avaliação do estado da sua saúde oral .

Os indivíduos observados foram divididos em cinco classes etárias (65-69 anos; 70-74 anos; 75-79 anos; 80-84 anos e  $\geq 85$ ) de maneira a facilitar a sua identificação e a respectiva distribuição: sexo e faixa etária (Tabela II-2).

Lar	Freguesia	Internados	Acamados	Observados
Salvador Brandão	Gulpilhares	100	28	51
José Tavares Basto	Madalena	48	12	23
Santa Isabel	Mafamude	100	30	68
António Almeida e Costa	Santa Marinha	66	24	58
Pereira de Lima	Santa Marinha	25	---	21
Residêncial Conde de Devesas	Santa Marinha	59	---	24
<b>TOTAL:</b>				<b>245</b>

Tabela II-1: Caracterização dos lares e número de idosos observados.

Classe etária	Sexo Feminino		Sexo masculino		Total	
	N.º de observados	%	N.º de observados	%	N.º de observados	%
65-69	24	9,81	23	9,37	47	19,18
70-74	29	11,84	7	2,85	36	14,69
74-79	44	17,96	22	8,97	66	26,93
80-84	41	16,74	14	5,73	55	22,47
≥85	30	12,25	11	4,48	41	16,73
Total	168	68,60	77	31,40	245	100,0

Tabela II-2: Distribuição dos indivíduos observados por sexo/faixa etária e respectivas percentagens

## **2.2 Equipa examinadora**

A equipa foi constituída pelo autor e por outro médico dentista que participou no estudo epidemiológico.

Em virtude de assegurar critérios uniformes de diagnóstico para os examinadores, decidiu-se que a observação clínica do paciente fosse realizada sempre pelo mesmo médico dentista e todas as fichas para registo de dados, preenchidas na totalidade pelo outro médico dentista.

O clínico que assegurou a observação de todos os idosos, foi submetido a calibragem (em anexo), realizada entre esse mesmo clínico e um examinador externo, com o objectivo de minimizar a variabilidade diagnóstica, isto é, os desvios sobre um critério estabelecido.

Esse examinador externo foi quem marcou o critério, para o qual esse clínico teve de confluir, e que permitiu medir o grau de acordo entre ambos. Este acordo conseguiu-se mediante uma perfeita compreensão dos critérios diagnósticos determinados.

## **2.3 Condições do exame**

Os idosos observados diariamente, foram em número de 20, num horário sempre compreendido entre as 9.30 h e as 12.30 h, por ser este, segundo a opinião dos responsáveis das instituições aquele em que os utentes se encontram mais disponíveis para colaborar.

As observações foram geralmente feitas no consultório médico de cada instituição, ou em locais com idênticas condições de luz natural e em que o idoso pudesse estar colocado confortavelmente para que a observação não se tornasse pesada.

Para que se obtivesse uniformidade nos exames, procurou-se que estes ocorressem sempre em condições físicas idênticas, em cada lar visitado.

Sempre que um idoso não quisesse ser observado ou não respondesse às questões colocadas, dentro das mínimas condições para que pudesse ser observado este não participava na observação e como tal era excluído do levantamento.

## **2.4 Material utilizado**

O material utilizado para a observação destes pacientes, foi aquele que se considerou necessário, para uma observação correcta e que permitisse uma recolha de dados fiável. Assim foram utilizados kits de observação, compostos por : um espelho de observação n.º 4 referência 4901 da Medesy, uma sonda Medesy para exploração, uma pinça Meriam 1024 da Medesy e uma sonda periodontal 973/80who da Martin milimetrada, com extremidade embola de 0,5mm, segundo normas da OMS para a realização do CPI.

Este material para observação, era devidamente embalado e esterilizado na Faculdade de Medicina Dentária do Porto e cedido pelo Departamento de Medicina Dentária Preventiva, que colaborou deste modo na realização deste levantamento.

Para além deste material foi utilizado durante todas as observações outro que garantiu as condições de higiene exigidas neste tipo de trabalho: luvas, máscaras, lenços de papel, etc, não sendo necessário especificar o momento da sua utilização, dado que este tipo de regras fazem parte de qualquer observação médica.

## **2.5 Método para recolha de dados**

Este levantamento foi feito através de uma observação clínica dos pacientes, com o preenchimento de uma ficha, previamente elaborada onde os idosos foram questionados sobre alguns aspectos das suas necessidades reais e sentidas no âmbito de tratamentos na

área da saúde oral; essa mesma ficha foi utilizada previamente pelo autor e pelo mesmo médico dentista que participou neste estudo, aquando de um levantamento de necessidades na área da saúde oral realizado em Espinho, com idosos residentes nas suas casas e que se deslocaram para essa observação clínica, a pedido do Centro de Saúde de Espinho.

O referido levantamento permitiu aos observadores testar a ficha, e corrigir alguns aspectos, que na prática, se tornavam difíceis de avaliar.

Assim este reavaliamento da referida ficha tornou mais fácil a sua utilização, e permitiu testar se o seu conteúdo estava realmente de acordo com o fim a que se propunha.

## **2.6 Análise da ficha para registo de dados**

A ficha para registo de dados (em anexo), composta por várias questões, que foram seleccionadas e colocadas em grupos de temas, de modo a facilitar o interrogatório a este tipo de paciente, e ao mesmo tempo que lhe causasse o menor incómodo, dado o número de questões de que era composta.

De um modo geral as questões estão relacionadas com a higiene da cavidade oral, o estado das peças dentárias a nível dentário propriamente dito e periodontal, as necessidades de tratamento dessas peças dentárias e ainda de um modo geral as necessidades próticas, tendo como objectivo comparar o que realmente é necessário em termos de tratamento na cavidade oral desses pacientes, com a necessidade que esses mesmos pacientes sentem em termos de tratamento médico dentário.

Apresenta-se assim as questões por grupos de temas, que se abordaram aquando da realização deste inquérito; em anexo, a respectiva ficha é apresentada integralmente.

### **2.6.1 Variáveis relacionadas com a identificação**

O nome, a idade e o sexo relativamente a cada inquirido, foram registado como elementos necessários para identificação de cada um de modo simples e também para a análise

destas mesmas variáveis, nomeadamente sexo e idade, que posteriormente foram comparadas e relacionadas com outras variáveis aquando do tratamento de todos os dados do inquérito.

A escolaridade, é um parâmetro colocado e analisado no sentido de comparar até que ponto o acesso á educação influenciou de modo positivo o idoso ao longo da sua vida relativamente aos aspectos da sua saúde oral.

A questão sobre os anos de permanência no lar, tem como principal objectivo, avaliar até que ponto o número de anos de permanência no lar influenciou ou não os seus hábitos de higiene e o seu comportamento e opinião relativamente aos problemas da saúde oral.

Idade	Definida nos intervalos: 65-69; 70-74; 75-79; 80-84; $\geq 85$
Sexo	Feminino e masculino
Escolaridade	Dicotomizada em sem escolaridade, menos de 4 anos e mais de 4 anos de escolaridade
Anos de permanência no lar	Dicotomizada em menos de 1 ano, entre 1 e 5 anos, entre 6 e 10 anos, entre 11 e 15 anos e mais do que 15 anos

Tabela II-3: Definição operacional das variáveis referentes á identificação do paciente

### **2.6.2 Variáveis relacionadas com os hábitos de higiene dos pacientes com dentes**

As questões colocadas neste grupo, foram dirigidas aos idosos que apresentavam peças dentárias na cavidade oral e tinham como objectivo avaliar os hábitos de higiene deste grupo, sendo os mesmos questionados sobre:

Número de vezes que escovava os dentes por dia

Usa pasta de dentes para a escovagem

Uso de desinfectantes ou outro produto como complemento da sua higiene oral

### Fio dentário sabe o que é

Aos idosos que não escovavam os dentes, era colocada uma questão relativamente ao problema, com o fim de determinar o motivo principal que o levava a não realizar a sua higiene oral :

### Porque não escova os seus dentes?

Número de vezes da escovagem diária	Dicotomizado em 0 vezes, 1vez e mais do que 2 vezes
Usa pasta de dentes para a escovagem	Dicotomizado em sim e não
Bochecha com alguma solução	Dicotomizado em sim e não
Fio dentário sabe o que é?	Dicotomizado em sim e não
Porque não escova os seus dentes	Dicotomizado em não sente necessidade, tem falta de destreza manual, tem falta de meios mecânicos, tem falta de apoio

Tabela II-4: Definição operacional das variáveis referentes á higiene dos pacientes com dentes

### **2.6.3 Variáveis relacionadas com os hábitos de higiene dos pacientes portadores de próteses**

Este grupo de questões dirigido aos pacientes, portadores de prótese, sem dentes ou com alguns dentes presentes na cavidade oral, tem como objectivo avaliar a higiene oral dos mesmos, aos quais foram colocadas as seguintes questões:

Quantas vezes escova a sua prótese por dia

O que usa para escovar a sua prótese

O que usa para lavar a sua prótese

Quantas vezes escova a prótese por dia	Dicotomizado em : 0 vezes por dia, 1 vez por dia, 2 vezes por dia e 3 ou mais vezes por dia
O que usa para escovar a prótese	Dicotomizado em escova de dentes, outro meio
O que usa para lavar a prótese	Dicotomizado em : água, sabão e dentífrico

Tabela II-5: Definição operacional das variáveis referentes aos hábitos de higiene dos portadores de prótese

#### 2.6.4 Variável relacionada com os hábitos de higiene ao longa da vida

Esta questão era colocada para poder avaliar as mudanças de hábitos de higiene influenciadas pelo meio, por exemplo, o uso de prótese ou mesmo a vinda para o lar.

Sempre teve os mesmos hábitos de higiene ao longo da sua vida

<b>Sempre teve os mesmos hábitos de higiene ao longo da vida</b>	<b>Dicotomizada em sim e não</b>
--	----------------------------------

Tabela II-6: Definição operacional da variável referente á mudança de hábitos de higiene



### **2.6.5 Variáveis relacionadas com a importância que o idoso dá ao médico dentista e à sua saúde oral nomeadamente ao aspecto da higiene oral**

As questões colocadas para tentar avaliar estes aspectos podem englobar-se em três grupos, que são:

- Questões dirigidas para tentar avaliar qual a noção que tinham de correcta higiene das suas próteses ou dentes e qual a necessidade que eles sentiam de recorrer a ajuda para que a higiene fosse correcta:

Considera a escovagem importante

Considera que higieniza correctamente a sua prótese / dentes

Acha que deveria haver aqui na instituição alguém que o ajudasse na higiene das suas próteses /dentes

- Questões relacionadas com a necessidade de visitar o médico dentista, sentida pelo próprio idoso.

Porque visita o médico dentista

Quando foi a última vez que visitou o médico dentista

Não visita regularmente o médico dentista porquê?

Se pudesse ir ao médico dentista neste momento o que pedia para ele lhe fazer

- Questões colocadas para tentar avaliar a noção que o idoso tem do médico dentista e se o considera importante na sua saúde oral, ao mesmo tempo que se tenta avaliar a aceitabilidade da visita ao médico dentista por parte destes pacientes:

Acha que o médico dentista pode ajudar a sua saúde oral

Aceitava que o médico dentista o tratasse nesta instituição

Independentemente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes

Considera a escovagem importante	Dicotomizada em sim e não
Considera que higieniza correctamente a sua prótese ou dentes	Dicotomizada em sim e não
Deveria haver na instituição alguém que o ajudasse na higiene das suas próteses ou dentes	Dicotomizada em sim e não
Porque visita o médico dentista	Dicotomizada em rotina, quando tem dor, extracção prótese, destartarizar, não visita nunca, outro motivo
Quando foi a última vez que visitou o médico dentista	Dicotomizada em 1 ano, 2 anos, 3 anos, 5 anos e há mais de 5 anos
Não visita regularmente o médico dentista porquê	Dicotomizada em não precisa, não tem recursos económicos, não pode deslocar-se, outro motivo
Se pudesse ir ao médico dentista neste momento o que pedia para ele lhe fazer	Dicotomizada em extracção, destartarização, tratar um dente, novas próteses, observação, outro tratamento
Acha que o médico dentista o pode ajudar na sua saúde oral	Dicotomizada em sim e não
Aceitava que o médico dentista o tratasse nesta instituição	Dicotomizada em sim e não
Independentemente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes	Dicotomizada em sim e não

Tabela II-8: Definição operacional das variáveis referentes á importância que o idoso dá ao médico dentista e á sua saúde oral nomeadamente ao aspecto da higiene oral

## **2.6.6 Avaliação do estado de saúde dentário da população inquirida, assim como das necessidades de tratamento**

### **2.6.6.1 Índice CPO**

Para a avaliação do estado de saúde dentário realizou-se a observação das peças presentes e ausentes da cavidade oral dos indivíduos observados neste estudo.

Esta observação foi feita sempre pelo mesmo observador, o médico dentista, que foi calibrado, por um examinador externo, referido anteriormente e com quem foram determinadas as diferenças médias inter-examinador, relativas á identificação de cáries.

Para esta avaliação foram seguidos os critérios, descritos no Oral Health Surveys (OHS,1997,Emili,1999,Klaus,1993), relativos a avaliação do estado de saúde dentário de uma população, adaptados á situação de uma população idosa; essas alterações não interferiram directamente na avaliação, apenas facilitaram o preenchimento da ficha.

Utilizou-se para esta observação directa apenas um espelho, uma sonda e uma pinça (devidamente descrito na secção material e métodos), procedendo-se a um exame, com uma observação dente por dente, de um dente ao outro dente e de espaço a espaço, isto é de uma forma organizada, considerando-se como dente presente na boca, todo o dente que apresentasse pelo menos uma parte do mesmo visível.

O registo na ficha seguiram os critérios, recomendados e considerou-se então para cada dente, três registos diferentes referentes : á coroa, á raiz e á necessidade de tratamento de cada elemento dentário.

## **2.6.6.2 Critérios utilizados**

### **2.6.6.2.1 Avaliação do estado da coroa do dente**

Para a recolha de dados referentes ao estado da coroa dos dentes e devido registo dos mesmos, foram considerados os seguintes critérios:

**Sã** (código 0): A coroa foi registada como **sã** se não apresentava sinais evidentes de tratamento ou de cárie. As fases de cárie que não apresentavam cavitação, bem como as situações iniciais de cárie foram excluídas porque não podiam ser registadas com clareza.

Assim uma coroa foi considerada **sã** quando:

- apenas apresentava uma mancha branca
- colorações ou manchas rijas, escuras e brilhantes que não apresentavam sinais de amolecimento á sondagem
- sulcos ou fissuras no esmalte que não apresentavam sinais visíveis de amolecimento detectável á sondagem
- lesões que pela sua distribuição e/ou história ou exame visual demonstraram serem provenientes de abrasão.

**Cariada** (código 1): Considerou-se **cariada** uma superfície onde existia uma lesão com amolecimento num buraco ou fissura ou em qualquer parede sem sinais de dúvida. Os dentes com restaurações temporárias foram incluídos neste critério. Quando existia destruição total da coroa e apenas restava a raiz, julgava-se que as cáries tinham tido origem na coroa e como tal foram registadas nesta secção.

**Obturada**(código 2): Considerou-se **coroa obturada**, quando esta apresentava uma ou mais restaurações permanentes, sem sinais evidentes de cárie.

**Perdida por cárie** (código 3) : Registaram-se os dentes que tinham sido perdidos na realidade por cárie.

**Extracção indicada** (código 4) : Este código foi usado para registo de dentes que apresentavam uma destruição tal, em que a recuperação se tornava impossível.

**Excluída ou perdida por outro motivo** (Código 5) : Foi usado este critério para dentes que se encontravam ausentes e que se pensa terem sido perdidos por outro motivo que não cárie, como: problemas congénitos, problemas periodontais, trauma, etc.

**Não registado** (código 9): Este código foi utilizado quando não era possível examinar o estado da coroa por qualquer motivo

#### **2.6.6.2.2 Avaliação da estado da raiz do dente**

Para a recolha de dados referentes ao estado da raiz dos dentes observados, foram utilizados os mesmos critérios na avaliação do estado da coroa, mas registados individualmente de acordo com as normas descritas e indicadas pela OMS.

Relativamente ao parâmetro não registado (código 9), na avaliação da raiz, foi utilizado como indicador de que a avaliação desta não era possível, devido à sua não observação, por exemplo pela existência de cálculos que não permitiam correcto diagnóstico.

#### **2.6.6.2.3 Necessidade de tratamento**

As necessidades de tratamento foram imediatamente extrapoladas da avaliação realizada sobre o estado da coroa e raiz de cada dente e registadas individualmente, de acordo com critérios que nos pareceram os mais indicados para esta situação e seguindo as indicações da OMS (OHS,1997).

Assim as **necessidades de tratamento** registaram-se com os seguintes códigos:

**Não necessita tratamento** (código 0): dente que não apresentava sinais clínicos de patologia ou quando o dente estava excluído ou perdido por cárie e como tal não necessitava tratamento

**Necessidade de obturação** (código 1): dente que apresentava coroa e/ou raiz com necessidade de restauração

**Necessidade de t.e.r.** (código 2): dente que apresentava sinais evidentes de necessidade de tratamento endodóntico radicular, e que possuía estrutura suficiente para ser recuperado

**Necessidade de extracção** (código 3): dente que se apresentava sem possibilidade de recuperação quer por destruição devida a cárie, quer por problemas periodontais, quer por necessidade de colocação de prótese ou outros.

**Não registado** (código 9): neste código eram registados aqueles dentes em que não era possível fazer uma avaliação correcta da necessidade de tratamento.



## **2.6.7 Variáveis relacionadas com a avaliação do estado periodontal da população inquirida assim como das necessidades de tratamento**

### **2.6.7.1 Índice CPI**

A escolha deste índice, foi preterida pois é aquele que a OMS e a FDI indicam como, o mais utilizado para levantamentos epidemiológicos, e com o fim de descrever a prevalência e a gravidade da doença periodontal, (Emili,1999).

No nosso caso o objectivo é conhecer as necessidades reais deste grupo populacional e assim a escolha deste método, foi feita não só por ser o mais recomendado mas também por ser aquele que através da sua realização nos dá uma perspectiva real das necessidades de tratamento a partir dos dados registados, sendo portanto esse o nosso objectivo.

Para a realização deste índice foram seguidas as normas da OMS e assim foi utilizada uma sonda Periodontal com a extremidade em bola de 0,5 mm de diâmetro e bandas escuras que serviam como indicadores da profundidade das bolsas periodontais quando existentes. Essas bandas estavam colocadas entre 3,5 - 5,5 mm e ainda outras bandas escuras aos 8,5 - 11,5 mm sendo usada com o mínimo de pressão possível(aproximadamente 20g, que corresponde a colocar a sonda por baixo da unha do polegar e fazer uma ligeira pressão até o tecido se colocar isquémico), tendo o critério de diagnóstico sido estabelecido, como foi referido anteriormente por uma calibragem prévia entre o examinador e um examinador externo.

### **2.6.7.2 Critérios utilizados**

Para a recolha dos dados foram seguidas as normas que definem este índice e as adoptadas pela OMS e descritas no Oral Health Surveys (OHS,1997,Emili,1999,Klaus,1993):

- A boca dividida em sextantes: 18-14 , 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e do 44-48.

- Para que cada sextante fosse avaliado, teriam que existir no mínimo duas peças dentárias não indicadas para extracção.
- Em cada sextante foram considerados apenas os dentes índice(em indivíduos maiores de 20 anos ), que foram: 17 e 16, 11 , 26 e 27, 36 e 37, 31 , 46 e 47.
- Na ausência de dentes índice são examinados todos os dentes desse sextante.
- Quando só existe um dente em num dado sextante, esse sextante é excluído e o dente avaliado no sextante adjacente.
- Quando os sisos eram avaliados não tínhamos em conta a sua avaliação distal
- Denominamos os sextantes pelos seus dentes índices:
  - O sextante de 18-14 foi designado por sextante 16
  - O sextante de 13-23 foi designado por sextante 11
  - O sextante de 24-28 foi designado por sextante 26
  - O sextante de 38-34 foi designado por sextante 36
  - O sextante de 33-43 foi designado por sextante 31
  - O sextante de 44-48 foi designado por sextante 46

Os códigos para o registo dos dados :

**Dente são** (Código 0): Ausência de sinais patológicos e hemorragia á sondagem

**Hemorragia á sondagem** (código 1): Quando não existia bolsa periodontal nem factores de retenção de placa bacteriana, mas surgia hemorragia após a sondagem feita com suavidade;

**Cálculos supra-gengivais**(código 2): Quando era possível sentir a presença de cálculos supra-gengivais ou outros factores de retenção de placa bacteriana, mas em que a zona escura dos 3,5-5,5 da sonda é ainda visível;



**Bolsas de 3,5-5,5 mm (código 3):** Quando a banda negra da sonda colocada a 3,5-5,5mm ficava parcialmente oculta;

**Bolsas  $\geq$  6mm (código 4):** Existência de bolsa periodontal igual ou maior do que 6mm, em um ou mais dentes do sextante, isto é a banda negra da sonda colocada a 5,5mm ficava oculta pela gengiva;

**Sextante excluído (código X):** Porque apresentava menos de dois dentes presentes, e como tal não era passível de observação

**Não registado (código 9):** Todos os sextantes que não eram registados

### 2.6.7.3 Medidas terapêuticas

As medidas terapêuticas podem facilmente ser extrapoladas a partir da análise do CPI, e assim temos (Klaus,1993, Emili,1999):

➤ Código 1  $\Rightarrow$  Ensino de métodos de escovagem apropriados e motivação

➤ Código 2 e 3  $\Rightarrow$  Ensino de métodos de escovagem apropriados e motivação

+

Remoção de cálculos e curetagem

➤ Código 4  $\Rightarrow$  Ensino de métodos de escovagem apropriados e motivação

+

Remoção de cálculos e curetagem / Tratamento cirúrgico complexo

## **2.6.8 Avaliação das necessidades de prótese**

Previamente á avaliação das necessidades de prótese, era feita uma observação á boca do paciente, para ser executado um diagnóstico relativamente á presença ou ausência de prótese, parcial ou total, e de portadores e não portadores de prótese; esse diagnóstico executado apenas por inspecção directa era registado com os seguintes códigos, quer para o maxilar quer para a mandíbula:

Total sem prótese (código 0): Desdentado completo sem prótese

Total com prótese portador (código 1): Desdentado completo com prótese e portador desta

Total com prótese não portador (código 2): Desdentado completo com prótese mas não portador

Parcial sem prótese (código 3): Desdentado parcial sem prótese

Parcial com prótese portador (código 4): Desdentado parcial com prótese e portador

Parcial com prótese não portador (código 5): Desdentado parcial com prótese , mas não portador

Com dentes( código 6): Paciente com todos os dentes presentes na cavidade oral

Não registado (código 9): Quando por qualquer motivo não foi possível registar o tipo de peças dentárias

### **2.6.8.1 Critérios utilizados**

Necessidade de prótese superior

Necessidade de prótese inferior

Para a avaliação das necessidades de prótese quer superior , quer inferior foram utilizados os seguintes códigos, registados individualmente para a mandíbula e para o maxilar, e seguindo as recomendações da OMS (OMS,1997), com pequenas adaptações para que a avaliação das necessidades se tornasse mais cómoda mas, sem que essas alterações interferissem de modo negativo na avaliação destas necessidades

**Sem necessidade de prótese (Código 1):** quando o paciente não apresentava sinais de necessidade de prótese ou por não ter perdido nenhuma peça dentária ou porque aquelas que perdeu foi em número que não justifica a sua substituição;

**Necessidade de conserto (Código 2):** não se valorizou a necessidade de rebasamento, apenas quando havia fracturas ou perdas de dentes que indicavam aumento do número de dentes da prótese e como tal a necessidade de conserto;

**Necessita de PPR (Código 3):** quando o paciente apresentava necessidade de substituição de algumas peças dentárias, ou quando a prótese que este apresentava na cavidade oral não tinha possibilidades de ser aumentada ou mesmo consertada por o seu estado o não permitir;

**Necessita PT (Código 4):** quando o paciente apresentava necessidade evidente de prótese total, ou porque não a possuía ou porque aquela que apresentava na cavidade oral não era possível a sua readaptação;

**Não registado (Código 9):** quando não era possível tal avaliação de necessidades de prótese.

Avaliação simples e directa por parte do médico dentista da necessidade de prótese total, através de um exame sobre retenção, estabilidade e controlo muscular.

Esta avaliação não tinha rigor científico, pois não havia condições para que fosse correctamente executada .Assim a inspecção era feita por avaliação directa.

Para a avaliação do controlo muscular- Pedíamos ao paciente para abrir bem a boca e observávamos se havia deslocação notória da prótese, nas superiores para baixo nas inferiores para cima.

Para a avaliação da retenção - Exercíamos uma ligeira pressão com o indicador entre a região palatina ou lingual e a região incisal da prótese, classificando como existindo ou não retenção

Para a avaliação da estabilidade- Exercíamos uma ligeira pressão com o dedo indicador na região pré-molar da prótese e observávamos se havia um deslocamento superior a 3mm da linha média, sendo assim registada estabilidade ou não da prótese.

#### **2.6.9 Variáveis relacionadas com o tempo e uso da prótese**

Uma questão foi colocada aos pacientes que usavam prótese no sentido de avaliar há quantos anos eram portadores

Há quanto tempo tem prótese

Outras questões, foram colocadas aos pacientes que embora necessitassem de prótese não eram portadores:

Não usa prótese, porquê?

Acha que se conseguia adaptar a uma prótese nova?

Há quanto tempo tem prótese	Dicotomizada em 1 ano, 2 a 5 anos, 6 a 10 anos, mais do que 10 anos
Não usa prótese porquê	Dicotomizada em não sente necessidade, não tem recursos económicos, não tem facilidade de se deslocar ao médico, não consegue usar
Acha que se conseguia adaptar a uma prótese nova	Dicotomizada em sim e não

Tabela II-9: Definição operacional das variáveis referentes ao tempo e uso da prótese

### 2.6.10 Variáveis relacionadas com as necessidades sentidas pelos idosos

Este grupo dirigido a todos os idosos da nossa amostra, desdentados ou com dentes, tenta avaliar o grau de satisfação do idoso com as condições da sua cavidade oral, tentando exprimir assim, a opinião do próprio inquirido, independentemente de ser a que na realidade se apresenta.

Foram assim propostas as seguintes questões:

Satisfeito com as condições gerais da cavidade oral

Satisfeito com a mastigação

Satisfeito com a aparência dos dentes/prótese

Dificuldades na fala dos portadores de prótese

<b>Satisfeito com as condições gerais da cavidade oral</b>	<b>Dicotomizado em sim e não</b>
Satisfeito com a mastigação	Dicotomizado em sim e não
<b>Satisfeito com a aparência dos dentes/prótese</b>	<b>Dicotomizado em sim e não</b>
Consegue falar sem dificuldade com as suas próteses	Dicotomizado em sim e não

Tabela II-7: Definição operacional das variáveis referentes á satisfação dos pacientes relativamente ás condições dos seus dentes ou prótese

## 2.7 Análise estatística

O processamento informático de todos os dados da ficha, utilizada para a recolha de informação, foi feito pelo programa SPSS 8.0 for Windows (Pereira,1999), Microsoft Word e Excel.

Utilizou-se o teste do Chi-Square , como teste de hipóteses bivariantes, para a comparação de duas variáveis independentes e que nos permitiu comprovar as diferenças ou verificar a existência de concordância ou associação entre as variáveis.

Consideram-se assim estatisticamente significativas todas as diferenças para as quais o valor p era inferior a 0,05, porque sempre que colocávamos uma hipótese nula, isto é , de não haver relação entre as variáveis e o p se apresentar inferior a este valor(0,05), esta era rejeitada e considerada a hipótese de haver relação.

### **3. ANÁLISE DOS RESULTADOS**



## **Análise dos resultados**

Dos indivíduos residentes nos cinco lares, observados no nosso estudo epidemiológico e pertencentes ao concelho de Gaia, que se apresentavam em condições físicas e psíquicas para poderem participar no mesmo, isto é, que conseguiam deslocar-se e expressar-se de modo a permitir a realização do inquérito e a avaliação do seu estado de saúde oral, foram observados 245.

Este número representa 61,5 % dos 398 indivíduos, residentes nestas instituições e que não se encontravam acamados, isto é, à partida seriam aqueles funcionalmente independentes, e que poderiam, salvo alguma ou outra excepção, participar neste estudo epidemiológico.

Para a análise dos diferentes grupos de variáveis, e dado que este grupo de idosos se apresentou muito heterogéneo, foram consideradas características que podiam ser avaliadas, de acordo com as variáveis apresentadas.

Estas características eram quase sempre o aspecto de serem pacientes desdentados totais ou parciais, isto é, de terem ou não alguma peça dentária na cavidade oral, e de acordo com a sua situação serem portadores de prótese ou não portadores.

### **3.1 Análise das variáveis relacionadas com a identificação: idade, sexo, escolaridade e anos de permanência no lar**

Relativamente á análise directa das variáveis agrupadas como relacionadas com a identificação, mas que tem como objectivo não só essa função mas também a caracterização deste grupo na generalidade, podemos inferir que dos idosos observados, 168 (68,6%) eram do sexo feminino e 77 (31,4%) eram do sexo masculino.

A distribuição por idades nas classes etárias consideradas era de 47 (19,2%) para a classe dos 65-69, 36 (14,7%) na classe dos 70-74, 66 (26,9%) na classe dos 75-79, 55 (22,4%) na classe dos 80-84 e de 41 (16,7%) para a classe dos indivíduos com mais de 85 anos ; quanto á escolaridade 63 (25,7%) dos indivíduos tinham 4 ou mais de 4 anos de escolaridade, 122(49,8%) tinham menos de 4 anos e 60 (24,5%) não tinha escolaridade.

Os anos de permanência no lar apresentavam a seguinte distribuição: 48 (19,6%) estavam como residentes no lar pelo menos há um ano, 101 (41,2%) tinham como anos de residência entre 2 - 5, 63 (25,7%) tinham entre 6-10 anos de residência, 18

(7,3%) tinham entre 11-15 e 15 (6,1%) permaneciam há mais de 15 anos como residentes do lar.

A distribuição de frequências das variáveis aqui apresentadas pode ser analisada na tabela III-1.

Na análise de algumas variáveis e para que, se possam estabelecer algumas conclusões, os idosos observados foram divididos em dois grandes grupos: idosos desdentados ( edentulos ) e idosos com peças dentárias presentes na cavidade oral (dentados).

A distribuição de frequências relativamente a este grupo de divisão e a sua relação com a idade e o sexo dos idosos observados apresenta-se na tabela III-2.

	<b>Classes</b>	<b>Indivíduos</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	65-69 anos	47	19,2
	70-74 anos	36	14,7
	75-79 anos	66	26,9
	80-84 anos	55	22,4
	≥ 85 anos	41	16,7
<b>Sexo</b>	Feminino	168	68,6
	Masculino	77	31,4
<b>Escolaridade</b>	≥ 4 anos	63	25,7
	< 4 anos	122	49,8
	Sem escolaridade	60	24,5
<b>Anos de permanência no lar</b>	≤ 1 ano	48	19,6
	2-5 anos	101	41,2
	6-10 anos	63	25,7
	11-15 anos	18	7,3
	> 15 anos	15	6,1

Tabela III-1: Indivíduos observados relativamente às variáveis referentes à identificação

Relativamente aos dados apresentados na tabela III-2 e que nos relacionam a idade dos inquiridos e a presença ou ausência de peças dentárias na cavidade oral, podemos concluir que dos 245 observados, 94 (38,4% ), não apresentavam peças na cavidade oral e 151 (61,6 %) apresentavam-se com alguma peça na cavidade oral; o teste do  $\chi^2$  realizado

permitiu-nos concluir que existe associação entre estas duas variáveis, pois este teste apresenta um valor de 16,681, com o  $P=0,002$ .

No que se refere á distribuição por sexo e ausência ou presença de peças dentárias na cavidade oral a conclusão é de que dos 168 (68,6%) dos indivíduos são do sexo feminino e que destes 99(58,9%) apresentavam alguma peça dentária e 69(41,1%) eram edentulos. O sexo masculino em que foram observados 77(31,4%), apresentavam peças dentárias na cavidade oral 52(67,5%) indivíduos e 25(32,5%) eram edentulos.

A realização do teste Chi-Square com um valor  $\chi^2=1,653$  e um valor de  $P=0,199$ , permitiu concluir que existe independência de relação entre as variáveis anteriores.

Idade	Edentulos		Dentados		Total	
	n	%	n	%	n	%
65-69	10	21,3	37	78,7	47	100,0
70-74	10	27,8	26	72,2	36	100,0
75-79	26	39,4	40	60,6	66	100,0
80-84	23	41,8	32	58,2	55	100,0
≥ 85	25	61,0	16	39,0	41	100,0
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>38,4</b>	<b>151</b>	<b>61,6</b>	<b>245</b>	
<b>Chi – Square=16,681 P= 0.002</b>						
Sexo	Edentulos		Dentados		Total	
	n	%	n	%	n	%
F	69	41,1	99	58,9	168	100,0
M	25	32,5	52	67,5	77	100,0
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>38,4</b>	<b>151</b>	<b>61,6</b>	<b>245</b>	
<b>Chi – Square =1,653 P=0,199</b>						

Tabela III-2:Indivíduos observados relativamente á presença e ausência de peças dentárias na cavidade oral.

### 3.2 Análise das variáveis relacionadas com os hábitos de higiene dos idosos com dentes

Este grupo de questões colocadas aos pacientes que apresentavam dentes na cavidade oral, teve como objectivo de análise os hábitos de higiene dos mesmos, sendo estes analisados não só relativamente á frequência de escovagem como também ao tipo de produtos usados

na sua higiene, sendo os pacientes que não escovavam os dentes questionados sobre o motivo dessa sua atitude.

O número de indivíduos observados que apresentavam dentes na cavidade oral, foi de 151 e que correspondiam a 61,6% dos nossos inquiridos.

Assim relativamente á variável sobre o número de vezes de escovagem diária, e relacionando-a com a idade dos pacientes, com o sexo, e com os anos de escolaridade, obtivemos os resultados que se apresentam nas tabelas III-3, III-4 e III-5 respectivamente.

### 3.2.1 Número de escovagens diárias

Na tabela III-3, podemos assim observar os valores relativamente á idade dos indivíduos e o nº de escovagens diárias, podendo concluir que na totalidade e não referenciando a idade 68 (45,0%), dos indivíduos dizem não escovar os dentes diariamente, 29(19,2%) escovam os dentes uma vez por dia e 50(33,2%) afirmavam escovar duas ou mais de duas vezes por dia; dos 151 que foram questionados 4(2,6%) não responderam de forma a que a sua resposta fosse avaliada, e assim foram considerados nr (não registados).

O teste do Chi-Square que apresentou um valor de 16,763, com um  $P=0,159$ , permite-nos concluir que não existe relação significativa entre estas duas variáveis

Esc/ dia	Idade										Total	
	65-69		70-74		75-79		80-84		≥ 85		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
0	20	54,1	12	46,2	12	30,0	14	43,8	10	62,5	68	45,0
1	8	21,6	5	19,2	9	22,5	6	18,8	1	6,3	29	19,2
≥2	6	16,2	9	34,6	18	45,0	12	37,5	5	31,3	50	33,2
nr	3	8,1			1	2,5					4	2,6
<b>Total</b>	<b>37</b>		<b>26</b>		<b>40</b>		<b>32</b>		<b>16</b>		<b>151</b>	<b>100,0</b>

Tabela III-3: Análise da relação Idade/escovagem diária

Da análise da tabela III-4, que relaciona a sexo dos observados com o número de vezes que escovavam os dentes diariamente, podemos concluir que os indivíduos do sexo feminino que não escovavam, são em número de 38(25,16%) dos 99 observados, que 16(10,6%) apenas escovavam uma vez por dia os seus dentes e que 44(29,13%) afirmavam escovar duas ou mais vezes os dentes. Relativamente ao sexo masculino os indivíduos que não escovavam eram em número de 30(19,86%) dos 52 observados, os que escovavam uma

vez dia eram 13(8,7%) e os que escovavam duas vezes ou mais eram 6(3,97%); os indivíduos que ao serem inquiridos não deram uma resposta concordante foram assinalados no quadro como nr (não registados) e representaram 2,66 % dos indivíduos que apresentavam dentes na cavidade oral.

A realização do teste do  $\chi^2$  apresentou um valor de 18,273 e um valor de  $P=0,000$  isto é menor do que 0,001 o que significa que estas duas variáveis estão associadas e que o nº de vezes de escovagem dia apresentava-se relacionado com o sexo

Esc/dia	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	38	25,16	30	19,86	68	45,03
1	16	10,6	13	8,7	29	19,20
≥2	44	29,13	6	3,97	50	33,11
nr	1	0,6	3	1,98	4	2,66
<b>Total</b>	<b>99</b>		<b>52</b>		<b>151</b>	<b>100,0</b>

**Chi-Square= 18,273                      P = 0,000**

Tabela III-4: Análise da relação Sexo/Escovagem diária

Conforme se pode observar na tabela III-5, dos idosos com um grau de escolaridade de quatro anos ou superior, que apresentavam dentes na cavidade oral, foram observados 44 dos quais dizem não escovar nunca os dentes 13 (29,5%), tendo este parâmetro valores diferentes para os indivíduos que apresentavam um grau de escolaridade inferior ou não apresentavam qualquer escolaridade, com esta questão a apresentar valores diferentes: 29 (42,0%) dos 69 observados com escolaridade inferior a quatro anos e 26 (68,4%) dos 38 sem escolaridade. De referir o aspecto dos valores apresentados para aqueles indivíduos que dizem escovar duas ou mais vezes dia os dentes e assim o grupo de escolaridade mais elevada apresenta um valor de 20(45,5%) dos indivíduos com grau de escolaridade igual ou superior a quatro anos e aqueles que afirmavam não possuir qualquer tipo de escolaridade que eram em número de 38 apenas 5 (13,2%) destes diziam escovar este número de vezes.

Relativamente ao teste do Chi-Square utilizado para se observar a existência de concordância entre estas variáveis ele apresenta um valor de 14,454 e um  $P= 0,025$  isto é inferior a 0,05 o que nos mostra a relação entre as mesmas.

Esc/Dia	Anos de escolaridade							
	≥4 anos		< 4 anos		Sem escolari.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	13	29,5	29	42,0	26	68,4	68	45,03
1	10	22,7	13	18,8	6	15,8	29	19,20
≥2	20	45,5	25	36,2	5	13,2	50	33,11
nr	1	2,3	2	2,9	1	2,6	4	2,66
<b>Total</b>	<b>44</b>		<b>69</b>		<b>38</b>		<b>151</b>	<b>100,0</b>

**Chi-Square= 14,454**

**P=0,025**

Tabela III-5: análise da relação Anos de escolaridade/ Escovagem diária

Aos indivíduos que diziam nunca escovar os seus dentes e que eram em número de 68 (45%) foi-lhes colocada a questão sobre o motivo dessa sua atitude, sendo analisados por sexo e idade como se pode observar na análise da tabela III-6; assim podemos constatar que 40 (58,8%) afirmavam não sentir necessidade de o fazer sendo 20 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, os restantes motivos considerados não apresentavam distribuições tão dispare. Podemos concluir que á medida que aumenta a idade o motivo porque os pacientes não escovam não é influenciado.

Deste grupo 12(17,6%) não deram uma resposta dentro das hipóteses consideradas e como tal foram englobados no grupo nr (não registado).

Relativamente á análise estatística entre as variáveis Porque não escova / Idade o teste do Chi-Square apresentava um valor de 35,836 e um  $P= 0,003$  o que nos permite estabelecer um sentido de associação entre estas duas variáveis. No que se refere á análise das variáveis Porque não escova / Sexo o teste do Chi-Square apresenta um valor de 8,510 e um  $P= 0,075$  o que nos mostra a independência das variáveis.

<i>Pq.</i> <i>N.</i> <i>Esc.</i>	<i>Idade</i>										<b>Total</b>												
	<b>65-69</b>		<b>70-74</b>		<b>75-79</b>		<b>80-84</b>		<b>≥ 85</b>														
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>n</i>	<i>%</i>											
	<i>n %</i>	<i>%</i>	<i>n %</i>	<i>n %</i>	<i>n %</i>	<i>n %</i>	<i>n %</i>	<i>n %</i>	<i>n %</i>	<i>n %</i>	<i>n</i>	<i>%</i>											
<b>N.s. nec</b>	3	15,0	9	45,0	7	58,3	2	16,7	4	33,3	7	58,3	5	35,7	1	7,1	1	10,0	1	10,0	40	58,8	
<b>F.d. man</b>	2	10,0							1	8,3						1	7,1			5	50,0	9	13,2
<b>F.m mec</b>	2	10,0							1	7,1								2	20,0			5	7,4
<b>F.a. fam</b>					1	8,3												1	10,0			2	2,9
<b>n.r.</b>	4	20,0			1	8,3	1	8,3						3	21,4	3	21,4					12	17,6
<b>Tot.</b>																						68	100,0

TabelaIII-6: análise da relação entre o motivo da não escovagem /idade/sexo

### 3.2.2 Meios complementares na escovagem diária

Através da tabela III-7, podemos analisar os meios complementares de higiene oral como o uso de pasta de dentes, de soluções para bochechar e o conhecimento sobre fio dentário. Desta análise os valores que mais se salientam são o não uso de pasta de dentes por 82 (54,3%) dos indivíduos e o uso de uma solução para bochechar apenas por 18 (11,9%) dos idosos observados com dentes na cavidade oral, sendo 127 (84,1%) os idosos que dizem não utilizar nenhuma solução para bochechar; ao relacionar esta variável com o sexo 84 (66,1%) dos que nada utilizam para bochechar são do sexo feminino e 43(33,8%) do sexo masculino, tendo apresentado-se assim diferenças estatísticas significativas com  $p= 0,023$ . Relativamente ao conhecimento do fio dentário apenas 5 (3,3%) diz ter conhecimento da sua existência.

	Pasta dentes		Bochecha solução		Fio dentário	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sim</b>	63	41,7	18	11,9	5	3,3
<b>Não</b>	82	54,3	127	84,1	137	94,0
<b>nr</b>	6	4,0	6	4,0	9	6,0
<b>Total</b>	151	100,0	151	100,0	151	100,0

Tabela III-7: Análise das variáveis usa pasta de dentes/ bochecha solução/ fio dentário sabe o que é?

A variável “usa pasta de dentes?” foi analisada relativamente às várias faixas etárias consideradas e ao sexo dos idosos, sendo a faixa etária dos 75-79 anos aquela que apresentava o maior número de idosos que afirmavam usar a pasta de dentes na escovagem dos seus dentes com um total de 23(36,5%) destes. Feita a análise estatística o teste do chi-square apresentou um valor de 13,386 e um valor de  $p=0,99$ , o que nos mostra a independência destas duas variáveis; relativamente á relação com o sexo dos idosos e o uso de pasta de dentes obtivemos que o sexo feminino deu uma resposta positiva em 49 (77,7%) dos 63 indivíduos que usavam pasta de dentes na escovagem; para a análise estatística destas duas variáveis utilizou-se o teste do chi-square com um valor de 11,741 e um  $p=0,003$  o que nos mostra a associação das variáveis.

### 3.3 Análise das variáveis relacionadas com os hábitos de higiene dos idosos portadores de próteses.

Para a análise destas variáveis consideramos os idosos portadores de prótese total superior ou inferior ou de parcial superior ou inferior, isto é, todos os idosos que possuíssem pelo menos uma prótese na cavidade oral, portanto os portadores.

Com estas condições foram encontrados neste grupo de 245 observados um total de 120 isto é, 49,0% dos idosos apresentavam-se com uma prótese na boca, sendo 87 (72,5%), portadores de prótese total.

Da análise deste grupo relativamente á sua distribuição por sexo e idade obtivemos os valores apresentados na tabela III-8, podendo concluir que 96 (80%) dos portadores são do sexo feminino e 24(20%) são do sexo masculino e que o maior número de portadores de prótese se encontra nas idades entre os 70-74 anos e os 80-84 anos representando estes grupos 56,6% dos portadores na sua totalidade.

Feita a análise estatística destas duas variáveis através do teste do Chi-Square obtivemos um valor de  $P=0,732$  o que nos leva a concluir que não existe relação estatística entre as variáveis sexo/idade relativamente a este grupo de portadores de prótese.



Sexo	Idade										Total	
	65-69		70-74		75-79		80-84		≥ 85		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>F</b>	5	62,5	16	80,0	30	83,3	25	78,1	20	83,3	<b>96</b>	<b>80</b>
<b>M</b>	3	37,5	4	20,0	6	16,7	7	21,9	4	16,7	<b>24</b>	<b>20</b>
<b>Tot.</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela III-8: Análise das variáveis idade/sexo dos portadores de prótese

Relativamente à variável do número de vezes que os portadores de prótese escovavam as mesmas diariamente foi relacionada com a idade e o sexo dos observados, e dessa relação apresentada na tabela III-9 concluímos que os idosos que escovavam as suas próteses duas ou mais de três vezes dia eram 39(32,5%) e 33(27,5%) respectivamente, isto é, um total de 72(60,0%) dos 120 idosos portadores de prótese.

### 3.3.1 Escovagem diária dos portadores de prótese

Analisando a tabela no que se refere à idade e ao número de escovagens dia, os idosos que não escovavam encontravam-se em maior número na faixa etária dos 70-74 anos com 9(39%) dos 23 idosos que não escovavam a sua prótese e os que escovavam mais de três vezes dia encontravam-se no grupo dos 75-79 em número de 16(48,5%) dos 33 idosos que escovavam esse número de vezes. Para avaliar a relação entre estas duas variáveis utilizou-se o teste do Chi-Square com um valor 25,709 e  $P=0,012$  mostrando assim a relação das mesmas.

No que se refere à relação do sexo com o número de escovagens dia ao analisarmos o teste do Chi-Square obtivemos um valor de 1,70 e  $P > 0,05$  o que nos mostra a independência desta duas variáveis.

Esc Port Prot	Idade										Total													
	65-69		70-74		75-79		80-84		≥85															
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	n	%												
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%												
0	1	1,0			6	6,3	3	12,5	3	3,1	1	4,2	5	5,2			4	4,2			23	19,0		
1					3	3,1			7	7,3			8	8,3	3	12,5	4	4,2			25	21,0		
2	3	3,1	2	8,3	4	4,2	1	4,2	7	7,3	2	8,3	6	6,3	2	8,3	1	10,4	2	8,3	0		39	32,5
≥3	1	1,0	1	4,2	3	3,1			1	13,5	3	12,5	6	6,3	2	8,3	2	2,1	2	8,3	3		33	27,5
																							<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela III-9: Análise das variáveis Sexo/Idade /Nº de escovagens dos pacientes portadores de prótese.

### 3.3.2 Métodos de higiene dos portadores de prótese

A este grupo de idosos foram ainda colocadas duas questões sobre os meios de higiene que utilizavam no cuidado das suas próteses, e que se encontram analisadas na tabela III-10.

Relativamente à questão do que usavam para lavar a sua prótese, dos 120 idosos portadores de prótese, o maior número utilizava o dentífrico como meio de lavagem em número de 55 isto é 43,3% dos inquiridos; o sabão é ainda utilizado por 21(17,5%).

A questão do que usavam para escovar a prótese foi colocada apenas aos 97 indivíduos que tinham referido escovar a sua prótese pelo menos uma vez por dia e destes 90(92,8%) utilizam uma escova de dentes normal para a escovagem diária, os restantes isto é, 5(5,2%) diziam utilizar outro meio como a “escova das unhas” como meio de escovagem e destes apenas 1 em todos os inquiridos diz utilizar uma escova para prótese.

Não foram consideradas duas respostas, por não serem dadas explicitamente pelos inquiridos representando 2,1% dos 97 idosos deste grupo.

<b>O que usa para lavar a sua prótese</b>		
	n	%
<b>Água</b>	47	39,2
<b>Sabão</b>	21	17,5
<b>Dentífrico</b>	52	43,3
<b>nr</b>		
<b>Total</b>	120	100,0
<b>O que usa para escovar</b>		
	n	%
<b>Escova de dentes</b>	90	92,8
<b>Outro meio</b>	5	5,2
<b>nr</b>	2	2,1
<b>Total</b>	97	100,0

Tabela III-10: Análise das variáveis o que usa para lavar e o que usa para escovar dos portadores de prótese

### 3.4 Análise da variável relacionada com os hábitos de higiene ao longo da vida

#### 3.4.1 Portadores de prótese

A análise desta questão foi feita aos portadores de prótese, para avaliar qual a influência que o uso de prótese teve na mudança dos seus hábitos de higiene.

Consideramos assim a análise referente a dois grupos, os que usavam pelo menos um tipo de prótese total e os que usavam pelo menos um tipo de prótese parcial (tabela III-11).

Os pacientes que usavam um tipo de prótese total superior ou inferior foram 87(35,5%) dos observados e os que usavam um tipo de prótese parcial superior ou inferior eram em número de 39 (15,9%) dos idosos participantes neste estudo, podendo haver aqui algum idoso que utiliza-se simultaneamente uma prótese parcial e uma prótese total.

No grupo dos pacientes portadores de prótese total (PT) ao qual foi colocada a pergunta sobre a mudança dos hábitos de higiene podemos concluir que 46(52,9%) diz ter modificado os seus hábitos pelo uso da prótese, não se verificando a mesma análise nos idosos portadores de prótese parcial (PPR), em que 34(87,2%) dos 39 idosos portadores de prótese parcial diz não ter modificado os seus hábitos de higiene.

	Portadores de PT		Portadores de PPR	
	n	%	n	%
<b>Sim</b>	40	46,0	34	87,2
<b>Não</b>	46	52,9	5	12,8
<b>nr</b>	1	1,1		
<b>Total</b>	87	100,0	39	100,0

Tabela III-10: Análise hábitos de higiene/ portadores de prótese

### 3.4.2 Não portadores de prótese com dentes

Neste grupo que englobava os pacientes que apresentavam peças dentárias na cavidade oral, mas não eram portadores de nenhum tipo de prótese e que se apresentaram em número de 119(48,6%) dos 245 idosos do estudo, a questão relativa á mudança ou não dos seus hábitos de higiene á qual responderam manter os seus hábitos de higiene 81(68,0%) e ter modificado esses hábitos apenas 36(30,2 %) não sendo consideradas duas respostas (1,5%); esta questão foi relacionada com a variável dos anos de permanência no lar e na realização do teste do Chi-Square este apresentou um valor de 12,923 e um  $P=0,115$ , concluindo-se que não havia relação estatística entre estas duas variáveis, isto é, os anos de permanência no lar não alteraram os seus hábitos de higiene, o que significa que as variáveis são independentes, tendo sido comprovado pela realização do teste ao nível de significância de 5%.

Há quantos anos está no lar	Sempre teve os mesmos hábitos de higiene							
	Sim		Não		nr		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>≤ 1 ano</b>	20	24,7	8	22,2			28	23,5
<b>1-5 anos</b>	35	43,2	13	36,1			48	40,3
<b>6-10 anos</b>	19	23,5	10	27,8	1	50,0	30	25,2
<b>11-15 anos</b>	5	6,2	1	2,8			6	5,0
<b>&gt;15 anos</b>	2	2,5	4	11,1	1	50,0	7	5,9
<b>Total</b>	81	100,0	36	100,0	2	100,0	119	100,0

Tabela III-11: Análise das variáveis sempre teve os mesmos hábitos de higiene e há quantos anos está no lar

### **3.5 Análise das variáveis relacionadas com a importância que o idoso dá ao médico dentista e à sua saúde oral nomeadamente ao aspecto da higiene oral**

#### **3.5.1 Análise das variáveis:**

**Considera a escovagem importante?**

**Considera que higieniza correctamente a sua prótese ou dentes?**

**Acha que deveria haver aqui na instituição alguém que o ajudasse na higiene das suas próteses ou dentes?**

A análise destas variáveis foi feita de uma maneira directa para que se pudesse avaliar a noção que alguns idosos deste grupo tinham relativamente à saúde oral; no entanto foram considerados dois grupos, os que não apresentavam peças dentárias naturais na cavidade oral, mas que eram portadores de pelo menos uma prótese e os que apresentavam peças dentárias na cavidade oral independentemente nesta situação de serem portadores de prótese ou não (tabela III-12).

Relativamente à variável “acha que deveria haver aqui na instituição alguém que o ajudasse na higiene dos seus dentes /prótese” colocada a ambos os grupos de idosos, podemos referir que a resposta destes foi na maioria negativa com 51(58,6%) dos idosos desdentados e 83(55,0%) dos indivíduos com dentes a responderem que não necessitavam ajuda na sua higiene oral.

A variável “considera a escovagem importante” apresentou valores de resposta positiva em ambos os grupos com percentagens de valores superiores à resposta negativa. No entanto nos mesmos, analisou-se esta resposta relativamente ao número de escovagens que os pacientes faziam diariamente, e assim no grupo dos desdentados totais e portadores de prótese que não escovavam diariamente a sua prótese e que eram em número de 18(20,7%) dos inquiridos, 16(88,9%) diziam considerar importante a escovagem.

Relativamente ao grupo dos indivíduos com dentes as questões foram analisadas do mesmo modo e os valores apresentados foram: dos 151 observados, 68(45,0%) diziam não escovar, mas destes 41(60,3%) achavam importante a escovagem.

No que se refere à associação destas duas variáveis, o teste do Chi-Square estabeleceu a existência de associação entre ambas, obtendo-se um valor de  $P=0,0$ .

A variável “considera que higieniza correctamente os seus dentes”, foi também no grupo dos pacientes com dentes na cavidade oral, analisada relativamente ao número de escovagens diárias que estes pacientes faziam e dos 68(45,5%) dos que não escovavam, 26(38,3%) afirmavam considerar que higienizavam correctamente os seus dentes.

A relação entre as variáveis foi estabelecida através da realização do teste do Chi-Square em que se obteve um valor de  $P=0,0$ .

	Cons.a esc. importante		Cons. que esc. correcta.		Ajuda na higiene							
	Port.P.Tot.	Com dent.	Port.P.Tot.	Com dent.	Port.P.Tot.	Com dent.	Port.P.Tot.	Com dent.				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sim</b>	82	94,3	119	78,8	78	89,7	106	70,2	34	39,1	60	39,7
<b>Não</b>	5	5,7	30	19,9	9	10,3	40	26,5	51	58,6	83	55,0
<b>Nr</b>			2	1,3			5	3,3	2	2,3	8	5,3
<b>Tot.</b>	87	100,0	151	100,0	87	100,0	151	100,0	87	100,0	151	100,0

Tabela III-12: Análise das variáveis considera a escovagem importante, considera que escova correctamente os seus dentes/prótese, acha que deveria haver aqui na instituição alguém que o ajudasse na sua higiene oral relativamente aos indivíduos sem dentes e portadores de prótese total e aos indivíduos com dentes na cavidade oral

### 3.5.2 Análise das variáveis:

**Independentemente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes?  
Acha que o médico dentista o pode ajudar na sua saúde oral?  
Aceitava que o médico dentista o tratasse nesta situação?**

Os grupos de idosos considerados foram os mesmos das variáveis analisadas anteriormente, mas relativamente à variável “ independentemente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes” foram analisadas apenas os idosos com dentes na cavidade oral(tabela III-13), e desta ultima análise 86(57,0%) dos 151 inquiridos responderam que independentemente do que fizerem acabam por perder os seus dentes. Relativamente às restantes questões analisadas na tabela III-13 as respostas, foram em ambas as questões colocadas, positivas, isto é, os idosos responderam que “sim” em maior percentagem .

	Acha que o m.d. o pode ajudar na saúde oral				Aceitava que o m.d. o tratasse na instituição				Independente. do que fizer perde os seus dentes	
	Port.p.tot.		Com dent.		Port.p.tot.		Com dent.		Com dent.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sim</b>	65	74,7	129	85,4	81	93,1	140	92,7	86	57,0
<b>Não</b>	20	23,0	17	11,3	4	4,6	8	5,3	60	39,7
<b>Nr</b>	2	2,3	5	3,3	2	2,3	3	2,0	5	3,3
<b>Tot.</b>	87	100,0	151	100,0	87	100,0	151	100,0	151	100,0

Tabela III-13: Análise das variáveis acha que o médico dentista o pode ajudar na sua saúde oral, aceitava que o médico dentista o tratasse nesta instituição relativamente aos grupos de idosos com dentes e portadores de prótese total. Análise da variável independentemente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes feita relativamente aos pacientes com dent

### 3.5.3 Análise das variáveis:

#### Quando foi a ultima vez que visitou o médico dentista? Não visita regularmente o médico dentista porquê?

Estas duas questões foram colocadas a ambos os grupos considerados, isto é, pacientes com dentes e pacientes desdentados portadores de prótese total, e os resultados obtidos sobre estas duas variáveis estão analisados nas tabelas III-14 e III-15.

Da tabela III-14, em ambos os grupos de idosos a maior parte destes não visita o médico dentista há mais de cinco anos com 59(67,8%) dos portadores de próteses total e 55(36,4%) dos pacientes com dentes a representarem este grupo maioritário.

Esta variável foi ainda analisada no grupo dos pacientes com dentes relativamente ao sexo dos idosos; dos resultados, os valores que mais se salientam desta relação de variáveis são aqueles dos pacientes que diziam não visitar o médico dentista há mais de cinco anos com 27(53,8%) dos 99 idosos do sexo feminino a responderem nesta opção e 28(53,8%) dos 52 idosos do sexo masculino.

A relação entre estas variáveis apresentou um valor de  $P=0,024$  através da realização do teste do Chi-Square que mostrou existir relação estatística entre ambas.

	Portadores de prótese total		Com dentes	
	n	%	n	%
Há um ano	11	12,6	47	31,3
Há dois anos	7	8,0	17	11,3
Há três anos	7	8,0	8	5,3
Há cinco anos	3	3,4	11	7,3
Há mais de cinco anos	59	67,8	55	36,4
<b>nr</b>			13	8,6
<b>Total</b>	87	100,0	151	100,0

TabelaIII-14: Análise da variável quando foi que visitou pela última vez o médico dentista, relativamente aos grupos de pacientes desdentados e portadores de prótese total e pacientes com dentes.

Relativamente ao motivo porque não visitam regularmente o médico dentista, os valores estão representados na tabelaIII-15, relativamente aos dois grupos considerados também anteriormente, e o motivo que em ambos os grupos se apresenta mais significativo, é o aspecto de não sentirem necessidade com 55(63,2%) dos portadores de prótese e 62(41,1%) dos pacientes com dentes. De referir que o aspecto de não terem recursos económicos também condiciona em alguns casos a sua visita com 24(27,6%) dos idosos portadores de prótese total e 47(31,1%) dos idosos com dentes a referenciarem ser este o motivo de não visitarem mais frequentemente o médico dentista.

	Portadores de prótese total		Com dentes	
	n	%	n	%
Não precisa	55	63,2	62	41,1
Não tem rec. económicos	24	27,6	47	31,1
Não pode deslocar-se	6	6,9	13	8,6
Outros	2	2,3	6	4,0
<b>n.r</b>			23	15,2
<b>Total</b>	87	100,0	151	100,0

TabelaIII-15: Análise da variável não visita regularmente o médico dentista porquê?, relativamente ao grupo de idosos portadores de prótese total e idosos com dentes na cavidade oral.



### **3.5.4 Porque visita o médico dentista?**

Esta variável foi apenas analisada relativamente aos idosos que apresentavam dentes na cavidade oral e dos resultados obtidos apenas a referir que das opções colocadas e que foram aqueles tratamentos que mais frequentemente são realizados no consultório médico dentário, a maior frequência de procura do médico dentista foi para a realização de extracções com 57(37,7%) dos 151 idosos que responderam e com 38(25,2%) a responderem que a sua visita se encontrava relacionada com a presença ou ausência de dor.

## **3.6 Análise CPO**

Na análise deste índice consideramos valores do mesmo para a coroa e para a raiz aparecendo designados respectivamente por CCPO e RCPO assim para a coroa, isto é, para CCPO foi de 22,3 o valor médio apresentado e para o RCPO foi de 20,5, relativamente aos 151 idosos do nosso estudo que apresentavam peças dentárias na cavidade oral e portanto em condições para a realização destes índices.

Como o índice CPO apresenta o seu verdadeiro valor epidemiológico quando se consideram separadamente os diferentes integrantes do mesmo, assim a análise deste índice será apresentada separadamente.

### **3.6.1 Análise do índice CPO relativamente ao sexo**

Para esta análise consideramos os componentes do índice CPO separadamente, isto é, dentes com coroa cariada, obturada e ausentes na cavidade oral e analisados relativamente ao sexo masculino e feminino tabela III-16 .

Relativamente ao valor do índice CPO para o sexo feminino obtivemos o valor de 22,78 e para o sexo masculino o valor de 21,34. Da análise dos componentes deste índice podemos concluir que o componente P(perdidos), apresenta o maior valor com 17,31 para o sexo feminino e 16,03 para o masculino, contribuindo com a maior percentagem para o cálculo do índice, não havendo diferenças significativas para os sexos.

Outro componente do índice, os dentes cariados, quando analisados relativamente ao sexo dos idosos, apresentam valores mais altos para o sexo masculino 5,03 , mas esses valores comparados com os do sexo feminino não apresentam uma diferença significativa.

A presença de dentes obturados em qualquer dos sexos apresenta-se como o componente do índice com mais baixos valores.

CPO	Sexo			
	Feminino		Masculino	
<b>Cariados</b>	4,42	19,4	5,03	23,6
<b>Perdidos</b>	17,31	76,0	16,03	75,1
<b>Obturados</b>	1,05	4,6	0,28	1,3
<b>Total</b>	22,78	100,0	21,34	100,0

TabelaIII-16 :Análise dos componentes do índice CPO relativamente ao sexo

Relativamente á análise estatística destas variáveis o teste do Chi-Square, apresentou os seguintes valores:

Cariados e o sexo:

Chi-Square=37,716 e p=0,002

Perdidos e o sexo:

Chi-Square=46,479 e p=0,028

Obturados e o sexo:

Chi-Square=13,051 e p=0,160

CPO e o sexo:

Chi-Square=44,819 e p=0,009,

Podendo concluir assim que as variáveis sexo e CPO se relacionam havendo assim relação estatística entre ambas.

### 3.6.2 Análise do índice CPO relativamente aos grupos etários considerados

Os componentes do índice CPO foram analisados relativamente aos grupos etários considerados e destes os que apresentam valores mais elevados para o índice são os grupos 70-74 anos e 80-84 anos com 24,52, sendo estes dois grupos etários os que mais altos valores apresentam para o componente perdidos..

Relativamente ao componente dentes cariados aparece o grupo dos idosos com mais de 85 anos a apresentar o mais alto valor deste, mas apresenta simultaneamente o mais baixo valor do componente obturados.

Os dentes obturados aparecem em maior número nos idosos do grupo dos 75-79 anos contribuindo com 6,8% para o valor do índice CPO deste grupo que é de 20,92 .

O mais baixo valor do índice relativamente aos grupos etários verifica-se no grupo dos 65-69 anos com um índice de 18,53.

CPO	Idade									
	65-69		70-74		75-79		80-84		≥85	
<b>Caria.</b>	4,0	21,5	4,3	17,54	3,8	18,2	4,09	16,7	7,2	31,73
<b>Perdi.</b>	14,13	76,25	19,26	78,56	15,7	75,0	19,78	80,7	15,37	68,0
<b>Obtur.</b>	0,40	2,25	0,96	3,9	1,42	6,8	0,65	2,6	0,06	0,27
<b>Total</b>	18,53	100,0	24,52	100,0	20,92	100,0	24,52	100,0	22,63	100,0

Tabela III-17 :Análise dos componentes do índice CPO e os grupos etários

A relação estatística entre a idade dos idosos e os diferentes componentes do índice foi analisada através da realização do teste do Chi-Square e os valores obtidos foram os seguintes:

Idade e dentes cariados:

Chi-Square= 102,9 e p=0,001

Idade e dentes perdidos:

Chi-Square= 184,528 e p=0,00

Idade e dentes obturados:

Chi-Square= 57,675 e p=0,012

CPO e idade:

Chi-Square= 138,261 e p=0,007

Da análise estatística através da realização do teste do Chi-Square concluímos que existe relação estatística entre a idade e o CPO e entre a idade e cada componente deste índice, pois neste teste os valores encontrados para p foram sempre inferiores a 0,05 e assim podemos dizer que existe associação entre as variáveis que analisamos.

### 3.6.3 Análise das necessidades de tratamento

A análise das necessidades de tratamento foi realizada de uma maneira directa e relativamente aos tratamentos mais comuns da área da medicina dentária, considerando-se as obturações, os tratamentos endodonticos radiculares e as exodontias analisadas relativamente ao número de dentes que necessitam cada um destes tratamentos.

A análise da não necessidade de tratamento também foi executada relativamente a cada tratamento, isto é o número de dentes presentes que não necessitam cada um destes tratamentos mais comuns.

Para melhor se compreender esta análise das necessidades consideraram-se classes com um número de dentes, isto é, como o máximo de dentes que um indivíduo apresentava a necessitar de tratamento era de 12, foram consideradas três classes: 1-4 dentes, 5-8 dentes e 9-12 dentes a necessitar tratamento.

Assim da tabela III- , que nos apresenta os valores de cada classe relativamente a cada tipo de tratamento e também relativamente á não necessidade destes tratamentos, podemos concluir que a maior percentagem de indivíduos apresenta entre 1-4 dentes que necessitam cada um dos tratamentos, sendo as obturações o tratamento de maior necessidade em todas

as três classes consideradas, de referir ainda a existência de uma grande quantidade de pacientes que não necessitam tratamentos endodónticos radiculares com 89(58,9%) dos 151 indivíduos considerados.

Relativamente às necessidades de tratamento entre 9-12 dentes, aparecem com uma diferença bastante significativa relativamente às classes de dentes que englobam 1-4 dentes e 5-8 dentes a necessitar de tratamento, concluindo assim, que poucos são os idosos que necessitam por exemplo mais de 9 obturações ou mesmo t.e.r.

	Obturações		T.e.r.		Exodontias	
	n	%	n	%	n	%
<b>S/Tratam.</b>	50	33,1	89	58,9	69	45,6
<b>1-4 dentes</b>	72	47,7	50	33,1	51	33,8
<b>5-8 dentes</b>	27	17,9	10	6,7	25	16,6
<b>9-12 dentes</b>	2	1,3	2	1,3	6	4,0
<b>Total</b>	151	100,0	151	100,0	151	100,0

TabelaIII-18 :Análise das necessidades de tratamento relativamente ao número de dentes

### 3.7 Análise CPI

Para realização do índice CPI , neste grupo de idosos, foram seleccionados apenas os idosos que apresentavam peças dentárias na cavidade oral e que eram em número de 151, representando 61,6% dos nossos inquiridos.

#### 3.7.1 Análise do CPI por sextantes

Os dados relativamente a esta análise estão representados na tabelaIII- , e relacionam os sextantes considerados e os códigos do CPI, definidos previamente na secção material e métodos, aquando da definição dos critérios utilizados para a realização deste índice.

Da análise dos resultados obtidos, podemos referir que , nestes grupo de idosos, não foram praticamente encontrados sextantes, com dentes que se apresentassem com saúde periodontal, referindo apenas 1(0,7%) dos segundos sextantes que foi registado como são , isto é, na sua totalidade os sextantes ou estão excluídos ou apresentam algum tipo de doença periodontal; assim, como sextantes que apresentassem dentes com hemorragia á

sondagem foram igualmente pouco representativos, surgindo apenas 1(0,7%) segundo sextante e 2 (1,3%) quintos sextantes, que apresentavam estas características.

A presença de cálculos supra-gengivais nos dentes representativos de cada sextante, foi a característica que mais se verificou, nesta análise do índice CPI, aparecendo 71 segundos sextantes, isto é, 47,0% dos segundos sextantes observados, que apresentavam cálculos supra-gengivais; esta característica apresenta a sua máxima representatividade na observação dos quintos sextantes com 87(57,6%), dos mesmos a apresentarem cálculos supra-gengivais.

As bolsas periodontais, com 3,5-5,5mm de profundidade apresentaram a sua máxima representatividade a nível do quinto sextante, com 29(19,2%), destes a apresentarem esta característica.

No que se refere ao aparecimento de bolsas periodontais com tamanho superior a 6mm, apenas se verificou a sua presença em 4 (2,6%) terceiros sextantes e em 4(2,6%) quintos sextantes, de todos os observados.

De referir que a presença de sextantes excluídos, por não terem dentes ou estes não apresentarem as condições que exige o índice CPI para serem examinados, considerando-se assim excluídos no registo.

Estes apresentam-se como os mais numerosos neste grupo ultrapassando o valor percentual de 50% em todos os sextantes com excepções para o segundo e o quinto sextantes, que representam os dentes das zonas anteriores, com 55(36,4%) e 29(19,2%) respectivamente.

O terceiro sextante é aquele em que a condição de exclusão de dentes para observação mais se verifica com 96(63,6%) dos indivíduos a apresentarem este sextante sem dentes ou com dentes que não se apresentavam em condições para serem considerados.

	SEXTANTES											
	1		2		3		4		5		6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>São</b>			1	0,7								
<b>Hemor.á sondagem</b>			1	0,7					2	1,3		
<b>Cálculos. Supra-gengivais</b>	45	29,8	71	47,0	40	26,5	49	32,5	87	57,6	51	33,8
<b>Bolsas de 3,5-5,5 mm</b>	14	9,3	22	14,6	11	7,3	15	9,9	29	19,2	13	8,6
<b>Bolsas ≥6mm</b>			1	0,7	4	2,6	2	1,3	4	2,6	1	0,7
<b>Excluído</b>	92	60,9	55	36,4	96	63,6	85	56,3	29	19,2	86	57,0
<b>Total</b>	151	100,0	151	100,0	151	100,0	151	100,0	151	100,0	151	100,0

TabelaIII-19 : Análise CPI por sextantes.

Sextantes: 1( dentes representantes 16 e 17); 2 ( dentes representantes: 11); 3 (dentes representantes: 26 e 27); (4 dentes representantes 36e 37); 5(dentes representantes 31); 6(dentes representantes 46 e 47).

### 3.7.2 Análise do índice CPI e a sua relação com a idade dos idosos

O índice CPI foi analisado relativamente á idade dos indivíduos observados resultados apresentam-se nas tabelas III-20 ,III-21 ,III-22 ,III-23 ,III-24 .

Onde podemos concluir que na faixa etária dos 65-69 anos foram observados 37 (24,5%) dos 151 pacientes e que a presença de cálculos supra-gengivais foi a característica que mais se verificou em todos os sextantes; de referir ainda o aspecto de que nesta faixa etária

o número de sextantes excluídos foi bastante significativo sendo o sexto sextante o que maior percentagem apresentou com 20(54%) dos 37 indivíduos observados.

Idade 65-69	Sextantes											
	1		2		3		4		5		6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
São			1	2,7								
Hemor. á sondagem			1	2,7								
Cálculos sup-geng.	16	43,2	21	56,8	14	37,8	15	40,6	16	43,2	13	35,1
Bolsas 3,5-5,5mm	6	16,2	7	18,9	4	10,8	6	16,2	13	35,1	4	10,8
Bolsas ≥6mm												
Excluído	15	40,5	7	18,9	19	51,4	16	43,2	8	21,6	20	54,1
Total	37	100,0	37	100,0	37	100,0	37	100,0	37	100,0	37	100,0

TabelaIII-20 :Análise do índice CPI dos sextantes considerados nos pacientes da faixa etária dos 65-69

Relativamente á faixa etária dos 70-74 anos foram observados 26(17,2%) dos indivíduos do estudo e também aqui a presença de cálculos supra-gengivais é a característica mais prevalente sendo o primeiro e o terceiro sextantes aqueles que apresentam uma maior percentagem de exclusão na observação com 76,9% de não observações relativamente ao número de sextantes considerados para análise.

A presença de bolsas periodontais de profundidade igual ou superior a 6mm, não se verificou em nenhuma ocasião em indivíduos deste grupo.

Idade 70-74	Sextantes											
	1		2		3		4		5		6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
São												
Hemor. á sondagem												
Cálculos sup-geng.	5	19,2	11	42,3	5	19,2	9	34,6	18	69,2	12	46,2
Bolsas 3,5-5,5mm	1	3,8	1	3,8	1	8,8	1	3,8	2	7,7		
Bolsas ≥6mm												
Excluído	20	76,9	14	53,8	20	76,9	16	61,5	6	23,1	14	53,8
Total	37	100,0	26	100,0	26	100,0	26	100,0	26	100,0	26	100,0

TabelaIII-21:Análise do índice CPI dos sextantes considerados nos pacientes da faixa etária dos 70-74

A análise dos sextantes nos pacientes que apresentavam a sua idade, nesta faixa etária dos 75-79 anos e que eram em número de 40(26,4%) dos observados, apresenta-se na tabela III- , e nela podemos realçar o aspecto de que a percentagem de sextantes excluídos relativamente aos considerados para observação aumenta chegando nesta faixa etária a atingir 24(60,0%) para o sexto sextante dos 40 considerados para observação neste grupo. Mais uma vez a presença de bolsas periodontais aparece nesta faixa etária apenas em dois quintos sextantes, isto é 5,0% dos quintos sextantes observados neste grupo de idosos. A condição periodontal do CPI mais frequente foi a presença de cálculos supra-gengivais como o maior valor do índice CPI para os indivíduos deste grupo.

Idade 75-79	Sextantes											
	1		2		3		4		5		6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>São</b>												
<b>Hemor. á sondagem</b>												
<b>Cálculos sup-geng.</b>	17	42,5	17	42,5	15	37,5	13	32,5	26	65,0	12	30,0
<b>Bolsas 3,5-5,5mm</b>	2	5,0	9	22,5	3	7,5	6	15,0	5	12,5	4	10,0
<b>Bolsas ≥6mm</b>									2	5,0		
<b>Excluído</b>	21	52,5	14	35,0	22	55,0	21	52,5	7	17,5	24	60,0
<b>Total</b>	40	100,0	40	100,0	40	100,0	40	100,0	40	100,0	40	100,0

TabelaIII - 22 :Análise do índice CPI dos sextantes considerados nos pacientes da faixa etária dos 75-79 anos

Nesta faixa etária a presença de cálculos supra-gengivais é o mais alto valor do índice CPI, sendo também mais uma vez significativo o aspecto do número de sextantes excluídos que apresenta nas idades compreendidas nesta faixa, valores como 87,5% para o terceiro sextante.

Idade 80-84	Sextantes											
	1		2		3		4		5		6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>São</b>												
<b>Hemor. á sondagem</b>									2	6,3		
<b>Cálculos sup-geng.</b>	6	13,8	15	46,9	3	9,4	5	15,6	19	59,4	9	23,1
<b>Bolsas 3,5-5,5mm</b>			3	9,4	1	3,1	2	6,3	3	9,4	3	9,4
<b>Bolsas ≥6mm</b>			1	3,1					1	3,1	1	8,1
<b>Excluído</b>	26	81,3	13	40,6	28	87,5	25	78,1	7	21,9	19	59,4
<b>Total</b>	32	100,0	32		32	100,0	32	100,0	32	100,0	32	100,0

TabelaIII-23 :Análise do índice CPI dos sextantes considerados nos pacientes da faixa etária dos 80-84



Com a idade superior a 85 anos foram observados 16 indivíduos que representam 10,6% dos 151 considerados para análise do índice CPI.

Neste grupo os sextantes excluídos apresentam-se como o aspecto de maior relevância na análise do quadro, surgindo os sextantes laterais com maior percentagem de registos de excluídos relativamente aos sextantes do segmento anterior.

A presença de bolsas periodontais com profundidade igual ou superior a 6mm é uma característica que atinge a sua maior percentagem neste grupo, aparecendo em 25% dos terceiros sextantes observados.

Idade ≥85	Sextantes											
	1		2		3		4		5		6	
São	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Hemor. á sondagem</b>												
<b>Cálculos sup-geng.</b>	1	6,3	7	43,8	3	18,8	7	43,8	8	50,0	5	31,3
<b>Bolsas 3,5-5,5mm</b>	5	31,3	2	12,5	2	12,5			6	37,5	2	12,5
<b>Bolsas ≥6mm</b>					4	25,0	2	12,5	1	6,3		
<b>Excluído</b>	10	62,5	7	43,8	7	43,8	7	43,8	1	6,3	9	56,3
<b>Total</b>	16	100,0	16	100,0	16	100,0	16	100,0	16	100,0	16	100,0

Tabela III-24 : Análise do índice CPI dos sextantes considerados nos pacientes da faixa etária ≥85 anos.

Da análise estatística, através da realização do teste do Chi-Square para avaliação da relação existente entre a idade e o CPI obtivemos os seguintes valores:

Primeiro sextante e a idade:

Chi-Square= 30,770 e p=0,00

Segundo sextante e a idade:

Chi-Square= 21,551 e p=0,36

Terceiro sextante e a idade:

Chi-Square=50,141 e p=0,00

Quarto sextante e a idade:

Chi-Square=31,086 e p=0,02

Quinto sextante e a idade:

Chi-Square=27,155 e p=0,04

Sexto sextante e a idade:

Chi-Square=8,458 e p=0,74

### 3.7.3 Análise do índice CPI e a sua relação com o sexo dos idosos

A análise do índice CPI foi também realizada em relação ao sexo dos da população estudada, sendo posteriormente analisada a sua relação estatística.

Relativamente ao sexo feminino os resultados desta análise são apresentados na tabela III-25 , e podemos referir que dos 99 indivíduos do sexo feminino observados, não foi registado nenhum sextante em que se verificasse ausência de doença periodontal, sendo a hemorragia á sondagem e a presença de cálculos supra-gengivais as condições do índice CPI mais verificadas nos indivíduos deste sexo.

Sexo Feminino	Sextantes											
	1		2		3		4		5		6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>São</b>												
<b>Hemor. á sondagem</b>			1	1,0					2	2,0		
<b>Cálculos sup-geng.</b>	28	23,3	42	42,4	22	22,2	31	31,1	59	59,6	35	35,4
<b>Bolsas 3,5-5,5mm</b>	11	11,1	16	16,2	8	8,1	11	11,1	17	17,2	9	9,1
<b>Bolsas ≥6mm</b>			1	1,0	4	4,0	2	2,0	3	3,0	1	1,0
<b>Excluído</b>	60	60,6	39	39,4	65	65,7	55	55,6	18	18,2	54	54,5
<b>Total</b>	99	100,0	99	100,0	99	100,0	99	100,0	99	100,0	99	100,0

TabelaIII-25 :Análise do índice CPI dos sextantes considerados nos pacientes do sexo feminino

Relativamente á análise do índice CPI e a sua relação com os 52 indivíduos do sexo masculino observados, concluímos que a presença de bolsas periodontais com profundidade igual ou superior a 6mm é dos aspectos menos verificados na análise deste indivíduos, conjuntamente com a presença de hemorragia á sondagem que não apresenta nenhum registo e a presença de sextantes com ausência de doença em que apenas é feito um registo.

Sexo	Sextantes											
	1		2		3		4		5		6	
Masculino	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
São			1	1,9								
Hemor. à sondagem												
Cálculos sup-geng.	17	32,7	29	55,8	18	34,6	18	34,6	28	53,8	16	30,8
Bolsas 3,5-5,5mm	3	5,8	6	11,5	3	5,8	4	7,7	12	23,1	4	7,7
Bolsas ≥6mm									1	1,9		
Excluído	32	61,5	16	30,8	31	59,6	30	57,7	11	21,2	32	61,5
Total	52	100,0	52	100,0	52	100,0	52	100,0	52	100,0	52	100,0

Tabela III-26 :Análise do índice CPI dos sextantes considerados nos pacientes do sexo masculino

Da análise estatística, através da realização do teste do Chi-Square para avaliação da relação existente entre o sexo e o CPI obtivemos os seguintes valores, que nos permitem concluir que não existe relação estatística entre o sexo e qualquer dos sextantes da análise, confirmando-se assim a independência das variáveis:

Primeiro sextante e o sexo

Chi-Square= 1,277 e p=0,528

Segundo sextante e o sexo:

Chi-Square= 5,442 e p=0,364

Terceiro sextante e o sexo:

Chi-Square=4,523 e p=0,210

Quarto sextante e o sexo:

Chi-Square=1,594 e p=0,661

Quinto sextante e o sexo:

Chi-Square=2,180 e p=0,703

Sexto sextante e o sexo:

Chi-Square=1,108 e p=0,775

### 3.7.3 Análise das necessidades de tratamento periodontal

Para a avaliação das necessidades de tratamento directamente da tabela III-19 , podemos concluir que os códigos 2 e 3 ,isto é, a presença de cálculos supra-gengivais e bolsas de profundidade moderada entre 3,5 –5,5 mm apresentam-se como podemos inferir com maior prevalência representando respectivamente 37,8% e 11,5% em média , somando 49,3% de todas as condições verificadas.

Assim o tratamento necessário é o ensino de métodos de escovagem e motivação, e a remoção de cálculos aquando da sua presença, não se verificando necessidades de outro tipo de tratamentos mais complexos como o caso de tratamentos cirúrgicos pois a condição do índice CPI que o exige aparece apenas com uma prevalência de 1,3%, isto é, a presença de bolsas periodontais com profundidade igual ou superior a 6mm.

### 3.8 Análise das variáveis referentes às condições das próteses

#### 3.8.1 Necessidades de prótese

Para a análise das necessidades de prótese foram avaliados todos os idosos participantes neste levantamento e os resultados obtidos são expressos na TabelaIII-27.

Assim nesta análise as maiores necessidades são relativamente aos pacientes desdentados totais em pelo menos uma arcada e que apresentam necessidades de prótese na arcada superior pelo menos 85(34,7%) dos 245 indivíduos observados e na arcada inferior 92(37,6%) dos mesmos indivíduos.

	Necessidade de prót. superior		Necessidade de prót. inferior	
	n	%	n	%
<b>Sem necessidade</b>	78	31,8	64	26,0
<b>Necessita de conserto</b>	9	3,7	8	3,3
<b>Necessita PPR</b>	73	29,8	81	33,1
<b>Necessita PT</b>	85	34,7	92	37,6
<b>Total</b>	245	100,0	245	100,0

TabelaIII-27 :Análise das variáveis necessidade de prótese superior e necessidade prótese inferior

### 3.8.2 Tempo de uso da prótese

Para a análise desta variável apenas foram considerados os indivíduos portadores de algum tipo de prótese na cavidade oral parcial ou total, superior ou inferior.

Os valores encontrados relativamente a este grupo são representados na tabela III-28, sendo de referir que 70(58,3%) dos indivíduos são portadores de prótese há mais de 10 anos.

Estes valores que se nos dá esta análise foram relacionados com as visitas ao dentista feitas por este grupo de indivíduos portadores de prótese e dos indivíduos que eram portadores de prótese há mais de 10 anos afirmaram, 44(68,8 %) dos 64 que afirmaram não visitar o dentista há mais de 5 anos, a relação estatística destes variáveis foi analisada pelo teste do Chi-Square e obtivemos um valor de  $P= 0,00$ , o que nos permite aceitar a relação estatística entre estas variáveis e excluir a hipótese de que o serem portadores de prótese há mais anos não influencia a visita ao médico dentista.

	<b>Há quanto tempo tem prótese</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<2 anos	7	5,8
2-5 anos	16	13,3
6-10 anos	27	22,5
> 10 ano	70	58,3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela III-28 : análise da variável há quanto tempo tem prótese feita aos pacientes portadores de prótese

### 3.8.4 Porque não usa prótese e adaptação a uma prótese nova

Para a análise destas duas variáveis foram considerados os idosos que apesar de terem necessidade de prótese em alguma das arcadas não eram portadores de um tipo de prótese pelo menos numa das arcadas em que ela era necessária (tabela III-29 e tabela III-30).

Nestas condições foram encontrados 152 (62,0%) dos 245 observados.

Desta análise poderemos salientar o aspecto de que 41(27,0%) diz não usar prótese porque não sente necessidade e 90(59,2%) diz que talvez não se conseguisse adaptar á prótese que lhe faltava para a sua reabilitação oral.

<b>Não usa prótese porquê?</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Não sente necessidade</b>	41	27,0
<b>Não tem recursos económicos</b>	45	29,6
<b>Não tem facilidade de se deslocar ao dentista</b>	4	2,6
<b>Não consegue usar</b>	26	17,1
<b>nr</b>	36	23,7
<b>Total</b>	152	100,0

TabelaIII-29 : Análise da variável não usa prótese porquê?" relativamente aos pacientes que não são portadores

<b>Acha que se conseguia adaptar a uma prótese nova?</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	54	35,5
<b>Não</b>	90	59,2
<b>Nr</b>	8	5,3
<b>Total</b>	152	100,0

Tabela III-30 : Análise da variável "acha que se conseguia adaptar a uma prótese nova" , relativamente aos indivíduos não portadores

### 3.9 Análise das variáveis referentes ao grau de satisfação dos pacientes

A análise destas variáveis foi feita relativamente ao grupo de pacientes desdentados totais portadores de próteses ou não e ao grupo de pacientes com peças dentárias na cavidade oral portadores ou não de próteses.

Desta análise as respostas foram sempre positivas em relação a todas as questões colocadas nos dois grupo analisados, sendo estas mesmas respostas, sempre acima de valores superiores aos 67,0% nos pacientes desdentados e superiores a 61,6% nos pacientes com peças dentárias na cavidade oral (tabelaIII- 31 e tabelaIII-32 ).

	Satisfeito com as cond. da cav. oral		Satisfeito com a aparência das próteses		Satisfeito com a mastigação		Consegue falar sem dificuldade com as suas próteses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sim</b>	64	68,1	73	77,7	63	67,0	69	73,4
<b>Não</b>	29	30,9	14	14,9	30	31,9	9	9,6
<b>nr</b>	1	1,1	7	7,4	1	1,1	16	17,0
<b>Total</b>	94	100,0	94	100,0	94	100,0	94	100,0

Tabela III-31 ; Análise das variáveis "satisfeito com as condições da cavidade oral", "satisfeito com a aparência das próteses", "satisfeito com a mastigação", "consegue falar sem dificuldade sem as suas próteses", relativamente aos pacientes desdentados.

	Satisfeito com as cond. da cav. oral		Satisfeito com a mastigação		Satisfeito com a aparência dos seus dentes	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sim</b>	93	61,6	111	73,5	107	70,9
<b>Não</b>	55	36,4	38	25,2	40	26,5
<b>nr</b>	3	2,0	2	1,3	4	2,6
<b>Total</b>	151	100,0	151	100,0	151	100,0

Tabela III- 32 : Análise das variáveis "satisfeito com as condições da cavidade oral", "satisfeito com a mastigação", "satisfeito com a aparência dos seus dentes", relativamente aos pacientes que apresentavam peças dentárias na cavidade oral

## **4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



O envelhecimento das populações não pode ser encarado como uma desgraça colectiva, mas sim como uma conquista social, a que muitas vezes por ignorância se atribuí um carácter negativo, considerando-se que sociedades envelhecidas são um problema social, pelos inúmeros aspectos associados aos idosos nomeadamente a dependência de terceiros para a sua sobrevivência no aspecto económico, social e funcional.

Perante este conjunto de factores e realidades é necessário repensar o futuro e renovar mentalidades.

No nosso país como em muitos outros esta é a realidade com que vivemos e nos últimos quarenta anos a população idosa duplicou, prevendo-se que entre 2015 e 2020 o número de pessoas idosas no nosso país ultrapasse o número de jovens.

Como se referiu anteriormente esta conquista de um número cada vez maior de anos que poderemos viver, deve-se a vários factores, mas, entre eles, o avanço da medicina parece ser um dos responsáveis directos ou indirectos desta situação.

Transpondo um pouco para uma área específica da medicina que é a medicina dentária, estes aperfeiçoamentos e avanços associados a uma mudança de atitude de muitos profissionais, vieram transformar a área de actuação nos idosos, pois deixaram de ser encarados como um grupo meramente utilizador de próteses, nomeadamente próteses totais, para se apresentarem como os pacientes do futuro, com os dentes naturais na sua totalidade ou parcialmente, e requerendo tratamentos nomeadamente na área da prevenção como qualquer indivíduo em qualquer idade, associado claro está á sua condição de idoso e todos os problemas de abordagem que se apresentam.

Os conceitos correntes de saúde oral, reconhecem assim a dependência de muitas variáveis sociais e funcionais na avaliação do estado de saúde oral de qualquer indivíduo nomeadamente, atribuindo-lhe mais significado, quando tentamos avaliar, o conceito de saúde oral em pacientes de idade avançada, e portanto, em que o aspecto funcional, isto é, em que as suas capacidades físicas e mentais estão afectadas em inúmeras situações com influências tão negativas, que levam a alterações no modo como encaram a sua saúde oral.

Os estudos epidemiológicos na área da medicina dentária no nosso país, estão na maior parte das vezes relacionados com problemas de saúde oral de populações de crianças ou adultos jovens, no entanto já começaram a aparecer alguns trabalhos que abordam temas directamente relacionados com esta faixa etária de populações menos jovens, e em que não apenas o edentulismo é abordado como o tema predominante de tratamento.

Para contribuir com alguma informação nomeadamente relacionada com necessidades de tratamento sentidas, com aquelas que na realidade apresentam, com a importância que este grupo atribuí ao profissional da medicina dentária, isto é, com a percepção de saúde oral que os indivíduos idosos tem, realizámos este estudo epidemiológico, que pensamos poder vir a fazer repensar a atitude de muitos profissionais na abordagem deste grupo populacional.

#### 4.1 População pesquisada

Os lares de idosos, representam sempre um conjunto populacional diversificado, e a nossa escolha relativamente aos lares, para além do fácil acesso que nos proporcionam a este grupo de pacientes, foi precisamente esse aspecto de termos a encontrar idosos de áreas sociais, económicas e culturais diferentes e avaliar, como entendem estes, a sua saúde oral. O conceito de que, um lar de idosos é um local de última escolha para residência e de que a sua população é apenas constituída por idosos com fracos recursos económicos é hoje em dia totalmente inaceitável.

Durante a nossa observação, encontramos idosos provenientes dos mais diversos distritos do país, alguns foram emigrados noutro país, provenientes de áreas sociais muito diferentes e portanto com experiências de vida totalmente diversificadas o que contribuiu assim para a heterogeneidade deste grupo observado.

A amostra de conveniência foi então constituída por idosos que voluntariamente acederam a participar neste estudo e que se encontravam em condições físicas e psíquicas para serem observados, tendo-nos surgido em algumas situações respostas a certas questões colocadas que nos pareceram despropositadas e que evidentemente não foram consideradas.

Relativamente aos idosos que não quiseram participar no nosso estudo, deve fazer-se referência, pois esta parte de população pode representar os que mais vezes visitam o dentista, ou os que apresentam certa relutância em serem observados algumas vezes por medo, ou ainda os que são desmotivados pela gratuitidade do exame (Davis,1983), apesar de nestas situações ser recomendada uma segunda abordagem, não foi tentada por nós, porque nos pareceu que nestas idades é sempre difícil contrariar uma decisão, mesmo porque poderemos deparar-nos com atitudes e posições surpreendentes.

De referir que a amostra de conveniência apesar de apresentar limitações em termos de representatividade, foi aquela que nos pareceu mais fácil de conseguir para o estudo, dada a falta de informação que muitas vezes acompanha estas instituições relativamente á informação generalizada sobre os idosos residentes.

No entanto o numero de idosos observados nos lares visitados e que representou 61,6% dos idosos que aí residiam, pareceu-nos representativa, pois em todos os lares foram sempre observados 50% ou mais dos idosos que poderiam ser observados e em algum caso quase a totalidade dos residentes.

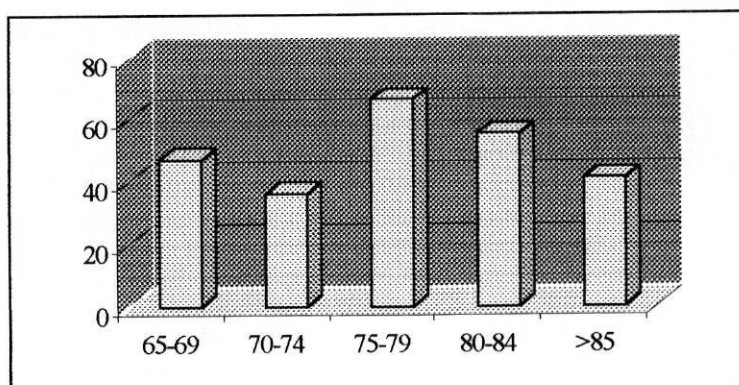
Comparativamente a outros estudos similares efectuados, sobre indivíduos nestas faixas etárias, por exemplo, no Canada, foram observados 67,0% dos indivíduos residentes em instituições escolhidas para o estudo (Barbara J. Paine,1995), nos EUA noutro estudo similar apenas 39% observados (Hand,1998), no nosso país num estudo sobre “Necessidades próteticas na população portuguesa institucionalizada” foram observados 71,8% dos idosos (João Fernandes,1995).

#### 4.2 Variáveis relacionadas com a identificação: idade, sexo, escolaridade e anos de permanência no lar

A distribuição dos idosos pelas faixas etárias consideradas, apresenta-se representada no Gráfico IV-1, onde poderemos observar que dos indivíduos inquiridos o maior número encontrava-se nas idades superiores a 75 anos, com 162(66,2%) dos indivíduos observados a ocupar estas faixas etárias(TabelaII).

Comparativamente a estudos efectuados no nosso país e noutros países, a distribuição dos idosos por faixas etárias é sensivelmente a mesma.

Num estudo de “Necessidades próteticas na população portuguesa institucionalizada”, os indivíduos observados com mais de 74 anos representavam 64,19% (João Fernandes,1995); outro estudo realizado em Espanha sobre “ La salud buco-dentária de los ancianos institucionalizados em Espanha”( Gerardo,1998), os idosos observados com mais de 75 anos e menos de 90 anos representavam 69,9%.



GráficoIV-1: Distribuição dos observados por faixas etárias

A média de idades dos idosos observados, neste estudo foi de 78 anos, comparativamente a outros estudos esta foi a mais baixa média por nós encontrada, pois analisamos estudos do realizados com idosos em que as médias ultrapassavam estas médias.

Quanto á distribuição por sexos dentro de cada classe etária, de referir que em todas elas foram observados mais indivíduos do sexo feminino do que do sexo masculino, conforme podemos observar no Gráfico IV-2. A única faixa etária em que não aparece uma diferença de observados tão significativa entre os dois sexos é entre os 65-69 anos.

O número total de indivíduos observados do sexo feminino foi de 168 representando 68,6% dos 245 indivíduos observados; relativamente ao sexo masculino o número de observados foi de 77, isto é, 31,4% dos indivíduos. Pareceu-nos que estas diferenças entre o número de representantes dos dois sexos se encontrava dentro dos observados noutros estudos idênticos realizados sobre este tipo de população.

Assim comparativamente a outros estudos similares realizados, por exemplo em Viscaya (Javier,1991), dos 565 indivíduos observados 35,22% eram do sexo masculino e 64,78% eram do sexo feminino e a faixa etária em que essa diferença era notória era a dos 80-84 anos; em Singapore (Loh T,1996), outro estudo sobre idosos foram observados 891 em que 64,9% eram do sexo feminino e 35,1% do sexo masculino.

Também no nosso país o trabalho realizado, sobre necessidades próteticas (João Fernandes,1995), o número de idosos observados foi de 634 em que 62,46% eram representantes do sexo feminino e 37,54% do masculino.

Estas diferenças do número de observados relativamente ao sexo, em que os representantes do sexo masculino eram sempre em número inferior dos observados foram notórias em todos os estudos que tivemos a oportunidade de conhecer.

No nosso país os dados revelados pelo INE, dizem-nos que nestas faixas etárias as mulheres vivem em média mais 3,5 anos do que os homens; no ano de 1998 por cada 100 mulheres com idade superior a 85 anos apenas existiam 42 homens.

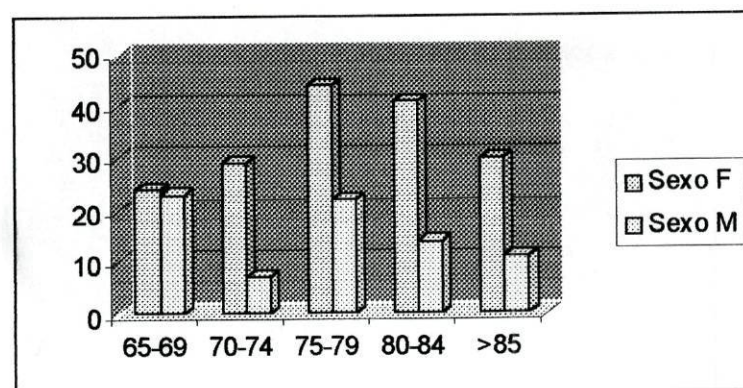


Gráfico IV-2: Número de idosos observados no sexo masculino e sexo feminino

Uma das questões colocadas aos idosos, era relativamente aos anos de permanência no lar. Esta questão ao ser analisada relativamente á idade dos mesmos revelou-nos que em qualquer faixa etária a maioria dos idosos tem entre 1-10 anos de permanência e que dos indivíduos observados na faixa etária dos 65-69 a maioria já se encontrava na instituição há mais de um ano. Esta análise foi executada apenas para que se pudesse tirar alguma conclusão relativamente aos hábitos que muitos podem ter adquirido com a integração na

instituição, nomeadamente aos hábitos de higiene; quando foi colocada esta questão aos idosos com dentes na cavidade oral e que não eram portadores de nenhum tipo de prótese, 68% diz não ter modificado os seus hábitos de higiene, com a mudança para o lar.

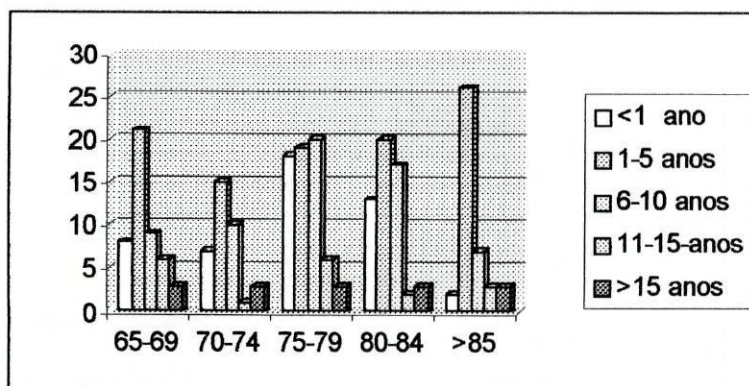


Gráfico IV-3: Anos de permanência no lar e idades dos idosos.

Quanto ao nível educacional atingido pelos idosos observados, decidiu-se apenas considerar os que não tinham escolaridade alguma, os que possuíam menos ou quatro anos básicos de escolaridade e os que possuíam mais do que quatro anos, porque seriam os níveis mais frequentes na altura em que estes tiveram acesso à educação.

Dos idosos observados 122 que representavam 49,8% da população inquirida, diziam ter menos de quatro anos de escolaridade e 60, isto é, 24,5% afirmavam não ter nunca frequentado a escola e destes alguns apenas sabiam escrever o seu nome, Gráfico IV-4.

Quando analisados outros estudos, realizados com idosos, sobre saúde oral, noutros países, também este aspecto do nível educacional era analisado, e relacionado com outra variáveis, que se pensava existir alguma relação; no entanto em alguns deles não se considerava estes graus de nível educacional, talvez porque à partida nesses países, se considerasse mesmo para essa faixas etárias graus académicos superiores.

Deste modo num estudo efectuado na Noruega (Jostein, 1978), o nível educacional era analisado na classe de menos de 7 anos ou mais de 7 anos, e também neste estudo, dos 241 inquiridos, 70,5% não tinham mais de 7 anos de escolaridade.

Este aspecto da formação educacional dos indivíduos observados, pode assim dar-nos uma ideia geral do nível educacional a que alguns tiveram acesso, e ao mesmo tempo avaliar até que ponto este aspecto teve por exemplo, influência no modo como cuidaram ou cuidam da sua higiene oral.

Do grupo de indivíduos que apresentavam peças dentárias na cavidade oral e que representavam 61,6% dos observados, foi colocada a questão relativamente ao número de escovagens diárias e esta variável foi assim analisada relativamente ao nível educacional destes idosos Tabela III-5. os indivíduos que não escovavam diariamente os seus dentes e que representavam 45,03% dos 151 inquiridos, 55, isto é, 36,5% não tinham escolaridade ou tinham frequência de menos de quatro anos. Dos idosos que escovavam duas ou mais vezes os seus dentes e que diziam nunca ter frequentado a escola apenas se observaram 5. Da análise estatística entre estas duas variáveis, através da realização do teste do Chi-Square, obteve-se um valor de  $P=0,025$ , o que nos permitiu concluir que existe relação estatística entre ambas,

isto é, o nível educacional dos idosos inquiridos influencia o número de vezes de escovagem diária das peças dentárias.

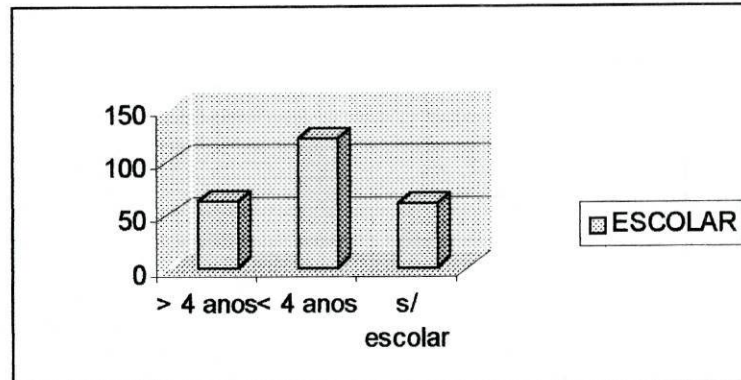


Gráfico IV-4: Número de indivíduos observados e nível educacional

Outro aspecto que pode caracterizar este grupo populacional, é a presença ou ausência de peças dentárias na cavidade oral e que foi analisado relativamente á idade e sexo dos idosos e que nos permitiu na análise de dados avaliar algumas questões que eram colocadas e dirigidas a um tipo ou outro de idosos, sendo esta uma das características consideradas em quase todos os estudos efectuados com idosos e por nós analisados.

Desta análise e relativamente ao número de idosos dentados foram observados 151 (61,6%) e edentulos um total de 94 (38,4%) dos 245 da nossa população; quando analisado este aspecto da presença ou ausência de dentes na cavidade oral relativamente ao sexo dos inquiridos Gráfico IV-5, não foi encontrada relação estatística entre as variáveis, pois o valor de P na realização do teste do Chi-Square foi de 0,199, o que nos mostrou a independência das variáveis, o que significa que a presença ou ausência de peças dentárias na cavidade oral não se relaciona com o sexo dos indivíduos.

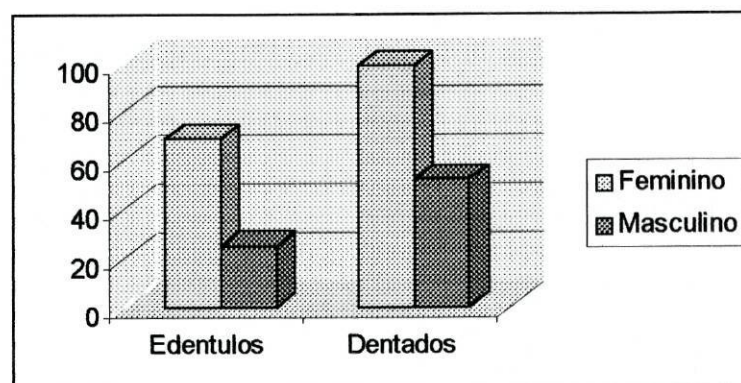
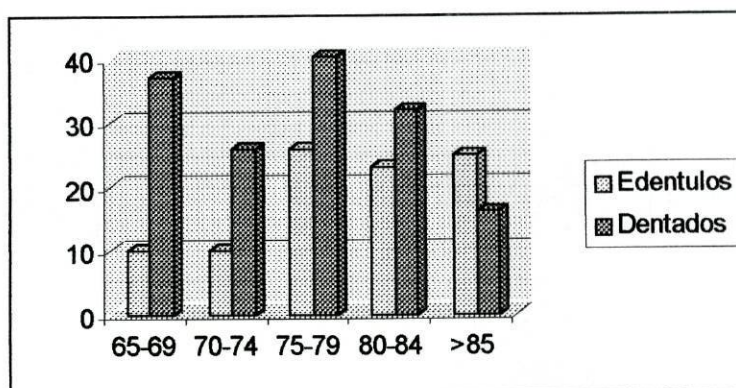


Gráfico IV-5: Número de dentados e edentulos em cada sexo

O gráfico IV-6 representa o número de dentados e edentulos em cada faixa etária considerada, e desta representação facilmente se pode concluir que existe uma diferença significativa nas cinco faixas etárias. Os grupos mais novos apresentam um nível mais baixo de edentulismo e à medida que aumenta a idade dos indivíduos o número de edentulos aumenta proporcionalmente, chegando a ultrapassar na faixa etária dos 85 anos ou mais, o número de dentados.

Da análise estatística das duas variáveis, e na realização do teste do Chi-Square o valor de P obtido foi de 0,002, isto é, inferior a 0,05, o que nos leva a concluir a relação existente ambas.



GráficoIV-5 :Número de edentulos e dentados em cada classe etária

### 4.3 Hábitos de higiene dos idosos com dentes

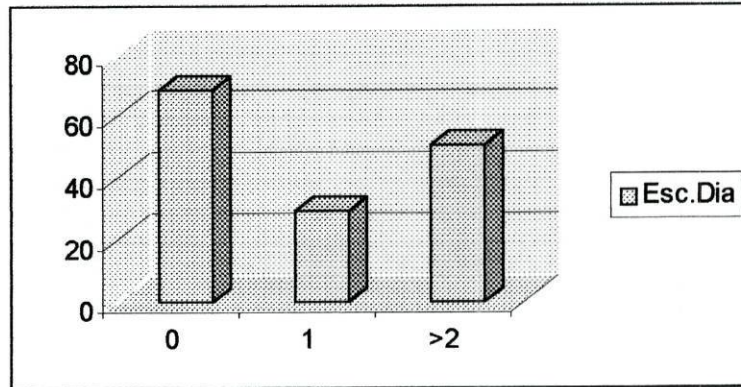
Para se poder avaliar, os hábitos de higiene dos idosos observados com dentes, estes foram questionados sobre a frequência de escovagem e os meios que utilizavam para completar a higiene dos seus dentes diariamente.

Relativamente á frequência de escovagem a avaliação foi feita de acordo com as vezes que estes escovavam os seus dentes diariamente, GráficoIV-6, e esta questão colocada aos 151 idosos com peças dentárias, apresentou como resposta mais frequente, “não escovarem os dentes diariamente”, com 68, isto é, 45% dos idosos questionados a responderem assim “zero vezes diariamente”; dos restantes 50(33,2%) afirmaram escovar duas ou mais vezes diariamente e 29(19,2%) apenas uma vez por dia.

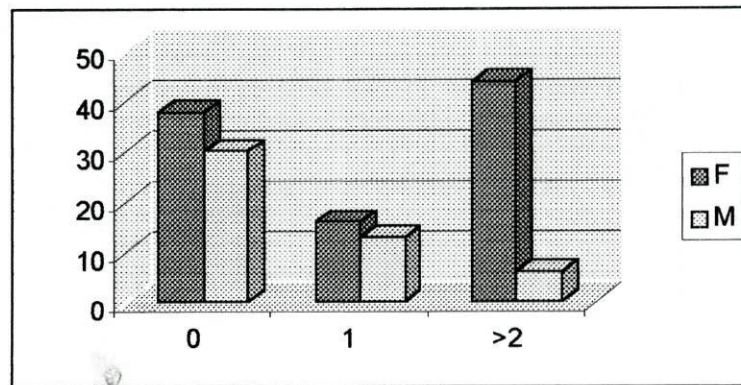
A frequência de escovagem quando analisada relativamente ao sexo dos idosos questionados, apresentou relação estatística, com um valor de  $P=0$ , através da realização do teste de Chi-Square, o que nos permite afirmar que estas duas variáveis se encontram relacionadas e que o número de escovagens diário é influenciado pelo sexo.

No Gráfico IV-7, está representado o número de indivíduos de cada sexo e o número de escovagens diárias. E podemos concluir que dos indivíduos que escovam duas ou mais

vezes diariamente o maior número, são do sexo feminino com 44(29,13%), de representantes.



GráficoIV-6: Número de escovagens diárias e número de indivíduo

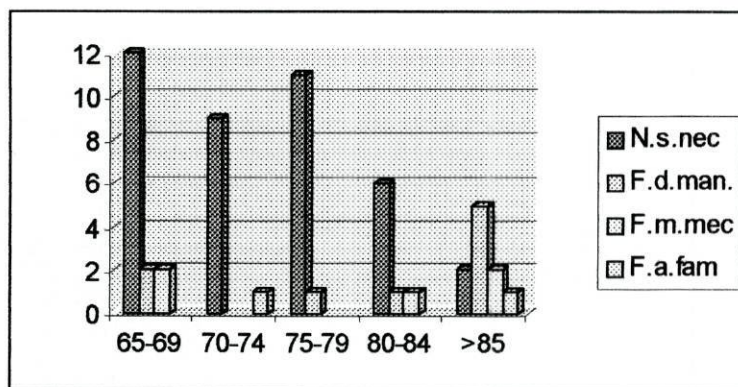


GráficoIV-7: Número de idosos por sexo e frequência diária de escovagens.

O motivo que os indivíduos afirmavam ter para não escovar os dentes, foi também estudado, mas claro está, relativamente aos 68 indivíduos que afirmavam não escovar os dentes diariamente. Destes, 40 indivíduos, que representavam 58,8% afirmaram não sentir necessidade de o fazer, e os restantes apresentavam-se distribuídos por outros motivos como a falta de destreza manual(13,2%), falta de meios mecânicos(7,4%) e a falta de apoio familiar, apenas com 2,9% dos questionados.



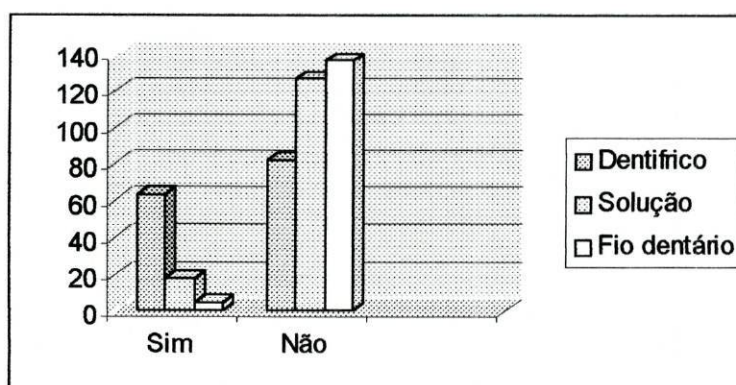
Quando analisados relativamente às faixas etárias consideradas, o “motivo pelo qual não escovavam os dentes” apresentou uma distribuição que podemos observar no GráficoIV-8, e que nos permite concluir que apenas na faixa etária dos 85 anos ou mais o motivo pelo qual não escovam é em primeiro lugar a falta de destreza manual.



GráficoIV-8: Número de indivíduos por faixas etárias relativamente ao motivo porque não escovavam os dentes.

O uso de meios complementares de higiene oral, GráficoIV-9, como por exemplo o dentífrico, foi também avaliada neste grupo de idosos que afirmaram em número de 82(54,3%), não usar pasta dos dentes, assim como o uso de uma solução para bochechar que apenas diziam utilizar 18 dos indivíduos questionados.

O uso do fio dentário afirmaram não usar ou mesmo desconhecer a sua existência, 137(94,0%) dos idosos a quem se colocou a questão.



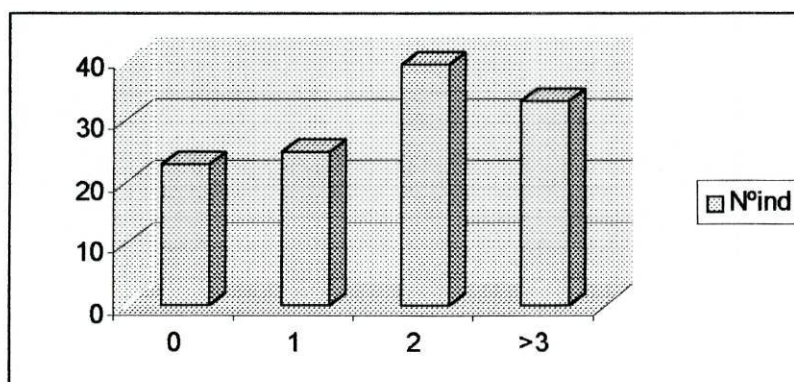
GráficoIV-9: Meios complementares de higiene e número de idosos que usam ou não.

#### 4.4 Hábitos de higiene dos idosos portadores de prótese

Neste deste grupo de idosos, foram considerados portadores de prótese aqueles indivíduos, que tinham pelo menos uma prótese na cavidade oral podendo ser total, parcial, superior ou inferior, tendo sido observados nestas condições 120 idosos, isto é 49,0% do total observado.

Da análise de resultados relativamente ao número de escovagens diárias da prótese, concluímos que 23(19,0%) afirmavam não escovar a sua prótese e a maior parte destes escovavam duas vezes por dia, representando este grupo 32,5%, isto é, 39 dos idosos questionados(GráficoIV-10).

Se comparasse-mos estes resultados com os referentes á frequência de escovagem dos idosos com dentes, concluíamos que estes portadores de prótese escovam mais vezes a sua prótese do que os indivíduos os seus dentes naturais



GráficoIV-10:Distribuição dos indivíduos pela frequência de escovagem diária da prótese.

No Gráfico IV-11, podemos observar o número de idosos portadores de prótese que escovam a mesma, zero, uma, duas, três ou mais vezes diariamente, distribuídos pelas faixas etárias consideradas. Através da realização do teste do Chi-Square concluímos haver uma relação estatística entre estas duas variáveis, pois o valor de p apresentado pela realização deste teste foi inferior a 0,05.

Da observação do gráfico, ao aumentar a faixa etária parece-nos haver uma distribuição mais uniforme relativamente ao número de escovagens, isto é, os idosos em cada faixa etária estão distribuídos uniformemente pela frequência diária de escovagens.

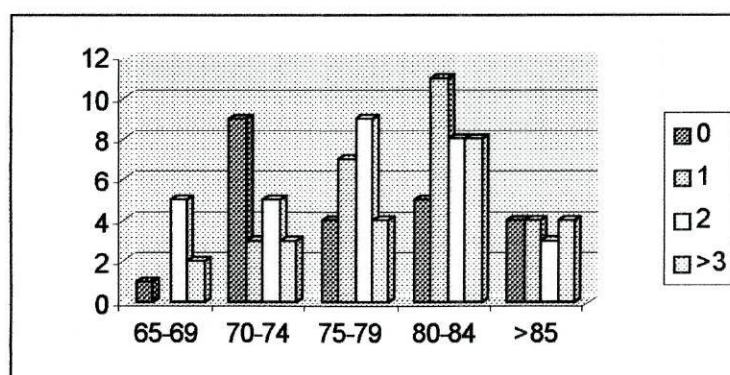


Gráfico IV-11: distribuição dos indivíduos por faixas etárias relativamente ao número de escovagens diárias da prótese

Quanto aos meios que utilizavam para manter a higiene das suas próteses, estes indivíduos responderam em maioria ser o dentífrico, o meio mais utilizado com o número de respostas de 52 representando 43,3% dos idosos aos quais se colocou a questão; claro está que neste grupo de idosos estão incluídos portadores de prótese total e parcial e destes últimos que ainda apresentam peças dentárias na cavidade oral é natural que utilizem o mesmo dentífrico para os dentes e para a prótese e ainda que utilizem a escova de dentes para a escovagem e o número dos indivíduos que afirmaram escovar pelo menos uma vez por dia 92,8% utilizavam a escova de dentes para o fazer; no entanto relativamente aos idosos portadores de próteses totais muitas vezes afirmavam não escovar e apenas lavar a sua prótese com as mãos ou com sabão em alguns casos referiram utilizar uma escova das unhas.

#### 4.5 Hábitos de higiene ao longo da vida

Dos portadores de prótese, quer total quer parcial foi-lhes colocada a questão directa sobre a mudança de hábitos de higiene, ao qual responderam ter modificado os seus hábitos de higiene 46(52,9%) dos indivíduos portadores de prótese total, na maioria das vezes porque afirmaram que os alimentos ficavam na prótese e sentiam assim necessidade de os remover após as refeições.

O mesmo não se verificou com os portadores de prótese parcial em que 34 (87,2%) afirmou ter mantido os seus hábitos de higiene mesmo depois de passar a usar aquele tipo de prótese.

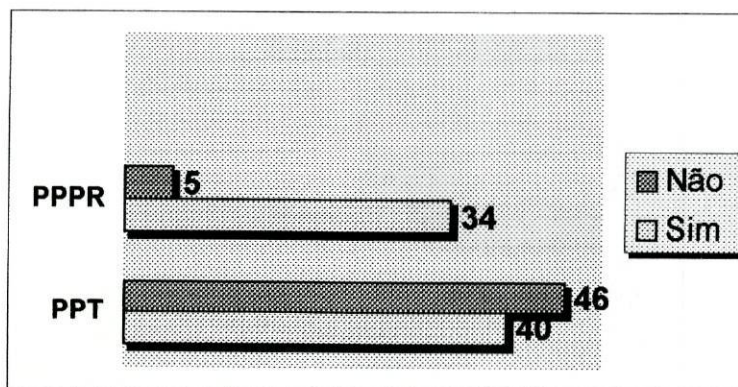


Gráfico IV-12-: Representação do número de indivíduos portadores de prótese total (PPT) e portadores de prótese parcial (PPPR) relativamente á questão " Sempre teve os mesmos hábitos de higiene".

Aos idosos com dentes na cavidade oral mas que não utilizavam nenhum tipo de prótese, também se analisou esta questão da mudança dos hábitos de higiene mas relativamente á permanência no lar, e verificamos que, a presença no lar não veio alterar em nada os hábitos de higiene, pois 68,8% afirmou ter mantido sempre os mesmos hábitos, tendo sido comprovada a independência das variáveis pela realização do teste de Chi-Square, que nos apresentou um valor de  $P > 0,05$ .

#### **4.6 Importância da escovagem e noção de uma correcta escovagem**

Quando se pretendeu avaliar estas questões que nos pudessem levar á ideia que os idosos tinham relativamente á noção de escovagem e da importância que esta poderia ter na manutenção das sua peças dentárias, isto é., na generalidade, mais alguma questão que nos levasse a compreender como entendiam eles a sua saúde oral.

Neste âmbito colocaram-se questões a todos os idosos, mas analisaram-se em dois grupos diferentes, com dentes e desdentados totais com prótese, porque estes grupos poderiam apresentar uma maneira diferente de entender as questões dada a sua condição.

No entanto quando confrontados com a questão da importância da escovagem, em ambos os casos a maioria respondeu considerar a escovagem importante para a manutenção da sua saúde oral assim como relativamente ao aspecto de que se consideravam que escovavam correctamente quer os seus dentes quer as suas próteses também nos deparamos com valores de resposta positiva de 89,7% para os portadores de próteses total e de 70,2% para os pacientes com dentes na cavidade oral.

Quanto á necessidade de ajuda na manutenção da higiene oral a percentagem foi sempre acima dos 50,0% para a resposta “não” em ambos os grupos.

#### **4.7 Importância do médico dentista na saúde oral dos idosos**

Para uma avaliação da importância do médico dentista, na manutenção da saúde oral destes idosos, foram colocadas algumas questões que nos pudessem, depois de analisadas levar a uma conclusão sobre o que eles pensam do papel do clinico.

As questões foram analisadas separadamente relativamente aos idosos com dentes na cavidade oral e aqueles que não apresentavam peças dentárias na cavidade eram portanto desdentados totais mas dentro destes escolhemos os portadores de prótese, para que a nossa análise fosse feita em ambos os grupos e pudessemos assim comparar estes mesmos que se apresentam assim em condições orais tão diferentes.

Relativamente ás questões “Acha que o médico dentista o pode ajudar na sua saúde oral “; e “A ceitava que o médico dentista o tratasse nesta instituição” os dois grupos podem ser analisados nos Gráficos IV-13 e 14, e de onde podemos concluir que ambos os grupos respondem afirmativamente a ambas as questões em maior número.

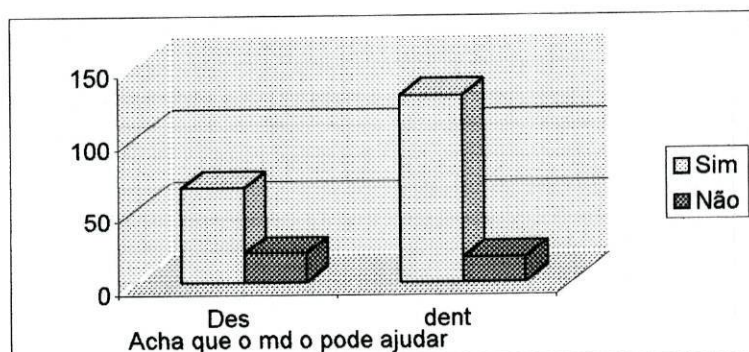


Gráfico IV-13: Número de respostas positivas e negativas relativamente à questão "acha que o médico dentista o pode ajudar na sua saúde oral" no grupo de desdentados(des) e no grupo dos dentados(dent)

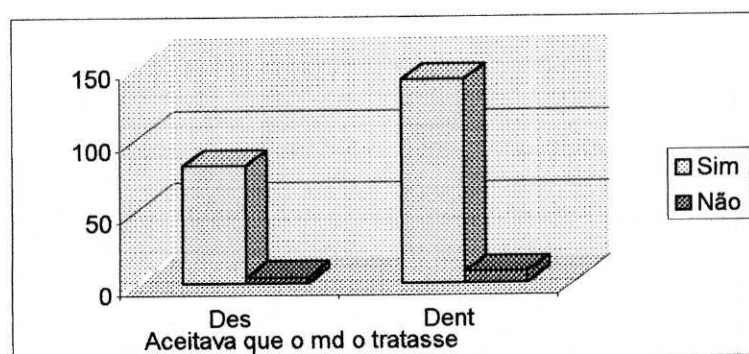


Gráfico IV-14: Número de respostas positivas e negativas relativamente à questão "Aceitava que o médico dentista o tratasse nesta instituição" no grupo de desdentados(des) e no grupo dos dentados(dent).

Uma outra questão foi colocada com o mesmo fim: "Independentemente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes", mas apenas aos idosos que tinham dentes na cavidade oral, para que pudéssemos avaliar se estes pensavam que apesar de um ou outro cuidado especial os seus dentes acabavam por se perder naturalmente e destes idosos responderam afirmativamente 57,0% isto é, 86 dos 151 questionados.

#### 4.8 Visitas ao médico dentista

As questões analisadas relativamente ao número de visitas ao médico dentista e o motivo porque alguns dos idosos não visitavam regularmente o mesmo, continuam no nosso âmbito de avaliação da importância do médico dentista para este grupo, mas agora, tentando saber se visitam e porque não o fazem.

Quando analisados os dois grupos e também porque consideramos que estes poderiam apresentar resultados muito diferentes chegamos à conclusão que quer os idosos que eram desdentados, quer aqueles que apresentavam peças dentárias na cavidade oral não visitavam regularmente o médico dentista e o maior número quer num caso quer no outro distribuía-se em maior percentagem por uma visita há mais de cinco anos; no entanto esse número era maior nos idosos desdentados e portadores de próteses com 67,8% dos mesmos a afirmarem que a sua última visita foi há mais de cinco anos.

Dos pacientes com dentes 47(31,3%) afirmou ter visitado o médico dentista há menos de um ano.

Estes grupos foram também confrontados com a questão “ Porque não visitam?”, e aqui quer num grupo quer no outro a resposta foi em maior percentagem para a opção: “Não sente necessidade”; existindo ainda quer num grupo quer no outro um número de respostas bastante significativo para a opção “Não tem recursos económicos”.

Ao grupo dos idosos com dentes e ainda relativamente às visitas ao médico dentista colocou-se a questão de qual o motivo da visita, quando o faziam e a esta questão as opções eram os tratamentos mais comuns efectuados num consultório médico dentário, tendo sido a opção extracção a que maior escolha obteve com 37,7% de respostas.

## 4.9 CPO

O índice CPO foi descrito inicialmente por Knutson e constitui a forma habitual de medir a intensidade da afecção por cárie de uma população; a prevalência e o índice CPO constituem assim as referências epidemiológicas básicas de qualquer estudo de cáries numa população (Manau, 1996).

A maioria dos estudos sobre cáries fazem referência a populações infantis nomeadamente à idade dos 12 anos que aparece como a mais avaliada em termos de presença ou ausência de cáries.

Neste tipo de população jovem as ausências de dentes são pouco numerosas, pelo que tanto a prevalência como o CPO, são altamente representativos da situação cariada da população estudada.

O mesmo não ocorre nas populações idosas em que o edentulismo é quase tão frequente como a presença de dentes; além disso dentro dos grupos de idosos que apresentam dentes o número de dentes presentes é muito baixo, e assim os estudos de prevalência de cáries em idosos não tem a representatividade que tem nos estudos com indivíduos jovens, podendo ser este um dos motivos que justifique a existência de poucas investigações epidemiológicas que citam a prevalência de cáries em idosos.

O índice CPO por nós utilizado relativamente à coroa e à raiz de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde e segundo os critérios por nós definidos na secção material e métodos.

Como o interesse era a avaliação do estado de saúde dentário da população em questão, que no nosso caso foram analisados 151 idosos porque eram aqueles que apresentavam dentes na cavidade oral e que nos permitiam assim realizar este índice.

Os valores que obtivemos para o mesmo, relativamente ao grupo em questão foram de 22,78 para o sexo feminino e 21,34 para o sexo masculino, isto no que diz respeito ao CPO para a coroa; estes valores quando comparados relativamente a outros estudos realizados em países europeus não se apresentavam com diferenças de valores que pudéssemos considerar significativas dada a heterogeneidade dos grupos analisados.

Em Espanha, num estudo realizado em idosos em 1998, em que a população escolhida para tal tinha as mesmas características que o grupo por nós analisado, já que se tratava de idosos institucionalizados (Baciero, 1998), apresentaram-se valores de CPO de 29,00 para o sexo feminino e 29,37 para o sexo masculino; outro estudo também apresentado no mesmo país mas na região do País Vasco em 1990, o valor deste índice foi de 20,8 em média para ambos os sexos, o que se aproxima um pouco mais dos valores médios por nós obtidos que foi de 22,06.

Nos Estados Unidos um estudo de Graves, apresentou um valor médio de 19,8 para o índice em questão (Graves, 1985), um pouco inferior ao nosso; no entanto na Irlanda em



1994(O'Mullan,1994), refere um valor de 27,3 também num estudo com populações que apresentavam estas características.

Nos países ocidentais os valores médios de dentes cariados, perdidos e obturados, não apresentam também valores muito diferentes dos apresentados no nosso estudo e daqueles aqui referenciados; no Canadá (Kuc,1990), o valor de CPO referido foi de 25 e em Melbourne (Bergman,1991) o valor para este índice foi de 26.

Quando analisamos este índice relativamente a cada um dos seus componentes em particular, e que pensámos ser esta a análise que maior valor informativo nos poderia dar, dada a importância do valor da componente "perdidos", que se nos apresentou em média com uma representatividade de 75,55 % do valor do índice CPO, para ambos os sexos, isto demonstra que a ausência de dentes, influência em muito o valor de CPO para estas idades, visto ser a componente com maior valor e que para este grupo teve várias causas como: cáries, doença periodontal, tratamentos, próteses e muitas vezes iatrogenia.

Quando analisada a relação estatística entre o sexo e o índice CPO ou mesmo o sexo e cada um dos componentes deste mesmo índice verificámos através da realização do teste do Chi-Square existir essa relação dado que os valores de P encontrados em cada caso foram sempre inferiores a 0,05, o que nos confirmou a sua existência.

Se somarmos os outros dois componentes deste índice (cariados e obturados), podemos concluir que em média vão contribuir apenas com um valor de 24,45% para o valor total do índice CPO analisado. Como curiosidade este grupo apresenta um valor médio de dentes obturados, em ambos os sexos de 2,95% relativamente ao número de dentes analisados, onde mais uma vez podemos questionar sobre várias causas para esta situação, como: acesso a serviços médico-dentários especializados, conhecimento da manutenção das peças dentárias na cavidade oral quer por parte do idoso quer muitas vezes por parte de quem executou os tratamentos na cavidade oral, interesse da população relativamente á saúde oral, etc.

Comparativamente a trabalhos realizados e por nós analisados também a componente ausente em muitos deles ultrapassou os 70%, como por exemplo em Espanha (Baciero,1998), que apresentou um valor de 88,34%.

A análise deste índice foi ainda feita relativamente á idade dos idosos analisados, e a sua relação estatística foi confirmada pela realização do teste do Chi-Square que apresentou valores de P também sempre inferiores a 0,05, quer para o CPO em geral, com um valor de P de 0,007, quer para cada um dos seus componentes em particular.

Através desta análise, os grupos com maior valor de CPO foram as idades dos 70-74 e 80-84, sendo também estas faixas etária as que maiores valores apresentam para a componente perdidos com 19,26 e 19,78 respectivamente.

Para a raiz foi também analisado o índice CPO (RCPO), e que apresentou um valor sensivelmente inferior ao CCPO ( CPO coroa) e que foi de 20,5, sendo claro está, a componente perdido a de maior representatividade e a componente obturado a de menor com 148 indivíduos dos 151 observados a não apresentarem raízes obturadas na cavidade oral.

#### 4.9.1 Necessidades de tratamento

Esta análise foi feita para que pudéssemos avaliar as necessidades de tratamento que na realidade se nos apresentavam na boca deste grupo analisado. Estas necessidades foram apenas nesta situação relativamente aos tratamentos mais comuns na área da medicina dentária ( extracções, obturações e tratamentos endodonticos radiculares), e para que pudéssemos interpretar mais facilmente esta situação depois de uma primeira análise resolvemos dividir estas população por número de dentes que na cavidade oral necessitavam de tratamento, criando assim classes de: sem dentes para tratamento, 1-4 dentes a necessitar tratamento, 5-8 dentes , 9-12 dentes( GráficoIV-15).

Desta análise concluímos que entre 1-4 dentes era o valor médio mais representativo de necessidade de tratamento (todo o tipo de tratamentos), na nossa população, isto é, a maioria destes idosos apresentavam entre 1 a 4 dentes a necessitar de tratamento; sendo as obturações o tratamento de maior necessidade, com 72 indivíduos a apresentarem assim, este número de dentes a precisar deste tipo de tratamento.

Outro aspecto de referir, foi de que 69 indivíduos não necessitavam de exodontias e apenas 6 indivíduos apresentavam necessidade de realizar 9 a 12 exodontias.

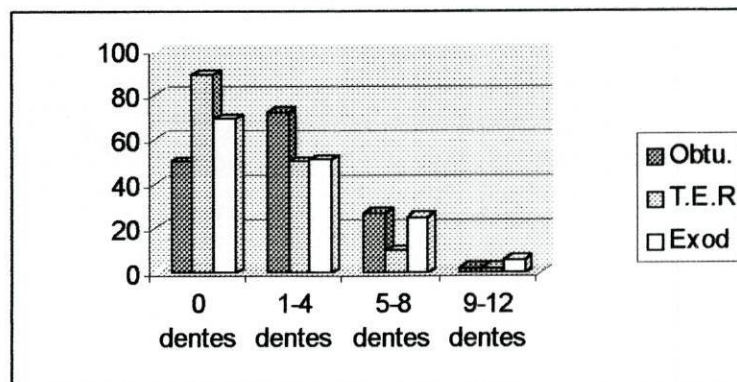


Gráfico IV-15: Número de dentes a necessitar cada um dos tratamentos referidos.

## 4.10 CPI

Os estudos que se referem ao aspecto periodontal são muito menos frequentes que os estudos sobre cáries, e aqueles que se apresentam, em maior número são os que se referem à população de grupos etários entre os 35-44 anos, segundo a OMS.

A população idosa volta no que se refere a este índice a ser muito menos estudada, que os restantes grupos etários.

O estudo periodontal do nosso grupo foi estudado claro está através da realização do índice CPI, que nos permitiu avaliar assim este mesmo estado e conhecer as necessidades de tratamento neste campo.

Este índice foi utilizado, porque claro está foi aquele que se concebeu especificamente para estudos epidemiológicos de populações (e não para outros estudos como é vulgarmente empregue), explorando dentes índice e com condições de protocolo muito concretas.

Da nossa análise o primeiro aspecto que se salienta, é a ausência de saúde periodontal nos indivíduos observados, pois apenas, encontramos um sextante que representou 0,1% dos sextantes analisados (Gráfico IV-16), que se apresentava completamente são, isto é, com ausência de doença periodontal; este valor pode assim considerar-se como insignificante e quando comparado este mesmo resultado com outros estudos realizados por exemplo na Dinamarca onde os valores apresentados foram, inferiores a 3% para este parâmetro de avaliação (Vigild, 1998), e em Espanha (Velasco, 1995) que apresentou valores de 0,3%, não o podemos considerar muito afastado do normal.

Relativamente ao segundo código do CPI (hemorragia à sondagem), os valores que se apresentam,

no nosso estudo representam 0,3% com apenas 3 sextantes observados com esta característica, mas também estes resultados não estão em desacordo com outros estudos por nós observados na nossa pesquisa como por exemplo o caso de Baciero em Espanha (Baciero, 1998), em que os valores para este parâmetro foram de 1,3%, representando também aqui uma das características periodontais menos observados.

No entanto ao analisarmos um trabalho de revisão bibliográfica realizado por um grupo para a FDI (FDI, 1993), constatamos que foi encontrada uma grande heterogeneidade com prevalência deste código para o CPI, isto é, apareciam valores que variavam entre 1% e 100%.

O código CPI de maior representatividade no estudo por nós realizado foi o código 2, isto é, presença de cálculos supragengivais, que apresentou valores muito altos com uma prevalência de 37,9% dos sextantes que observámos. Comparativamente a valores por nós encontrados em estudos deste tipo realizados não no nosso país mas noutros países como, por exemplo, em Espanha (Baciero, 1998), em que os valores apresentados para este código foram de 18,9% para pacientes observados com dentes na cavidade oral, parece-nos existir

uma diferença de valores, mas ao analisarmos outros estudos no mesmo país encontramos valores que variavam entre 38,9% e 65,3% e portanto que se encontravam na média por nós constatada.

No que diz respeito ao código CPI para a presença de bolsas periodontais moderadas, isto é, a variar entre 3,5-5,5 mm de profundidade, os valores que encontramos apresentam uma prevalência de 11,5%, no entanto na revisão bibliográfica por nós realizada, os valores deste código apareceram em algumas ocasiões como os mais prevalentes como nos estudos de Baciero e de Vigil (Baciero,1998; Vigil,1998), o que não se verificou no nosso caso.

As bolsas periodontais profundas foram encontradas em apenas 1,3% dos nossos observados o que não veio a ser contrariado por outros estudos feitos na área por exemplo na Noruega em que foi a característica menos prevalente (Grytten,1989), para além dos estudos em Espanha (Baciero,1998; Puigdollers,1995) em que o mesmo se verificou.

A maior prevalência no nosso estudo vai para os sextantes excluídos que representam no nosso estudo 48,9% dos observados. Este aspecto foi também verificado em todos os estudos que consultámos como revisão bibliográfica e em que se concluí que na idade geriátrica aproximadamente metade dos sextantes estão excluídos para exploração periodontal.

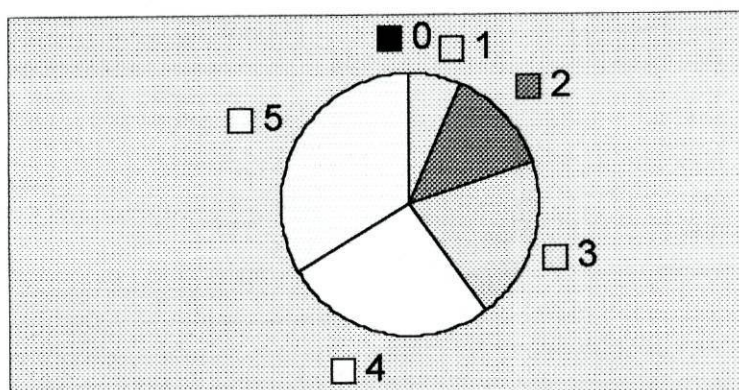


Gráfico IV-16: Representação dos valores da análise do CPI; 0=são; 1=Hemor; 2=Cálculos; 3=Bolsas 3,5-5,5; 4=Bolsas 6mm; 5=excluído

#### **4.10.1 Necessidades de tratamento**

Relativamente às necessidades de tratamento e depois de observados os valores por nós obtidos para a realização do CPI, podemos concluir que quase 100% dos idosos por nós observados com dentes na cavidade oral tem necessidade de tratamento periodontal.

Mas ao avaliarmos essas necessidades podemos concluir que os tratamentos necessários não são de realização complexa, pois a presença de bolsas periodontais profundas, que seria o aspecto que nos exigiria um tratamento mais complexo, é uma das características menos observadas, isto é com menos prevalência no nosso estudo.

Quando analisámos os nossos resultados, concluímos que o ensino de métodos adequados de escovagem, motivação, associados à remoção simples de cálculos acabava por ser sem dúvida o

tratamento mais necessitado e que acabaria por resolver a maior parte das necessidades que estes idosos apresentam, pois 49,4% dos sextantes observados com problemas periodontais necessitam apenas deste tratamento.

Estes resultados não são contrariados por nenhum dos estudos que foram por nós revistos e já referidos anteriormente, e que apontavam para este concordância.

A ausência de necessidade de tratamentos complexos, verifica-se dado o registo apenas de 1,3% de indivíduos com bolsas periodontais profundas provavelmente porque os dentes em piores condições periodontais nestas idades acabam por ser extraídos ou caírem naturalmente.

#### **4.11 Condições e necessidades do uso de prótese**

Este aspecto foi por nós analisado de um modo muito superficial, apenas para que pudéssemos ter alguma informação sobre necessidades de prótese que realmente se apresentam nesta população por nós observada.

Assim quando analisamos a nossa população inicialmente, obtivemos as características principais da mesma no que se refere à sua condição oral, isto é, este grupo foi caracterizado pela presença de todos os dentes na cavidade oral, presença de um tipo de prótese total ou parcial, superior ou inferior, ausência de algum tipo de prótese na cavidade oral, quando era necessária, subdividindo este tipo de pacientes em pacientes sem prótese e pacientes com prótese não portadores.

Estas características permitiram que a análise da nossa população pudesse ser feita de acordo com aspectos que poderiam ter mais interesse num tipo de pacientes que em outro, através da selecção de casos.

Por exemplo quando pretendemos avaliar a necessidade de prótese e de acordo com os critérios estabelecidos por nós na secção material e métodos, avaliamos por exemplo a necessidade de uma prótese total superior ou inferior e aqui concluímos que 34,7% necessitavam uma prótese total superior nova e 37,6% da nossa população necessitava uma prótese inferior nova, por alguma das razões que definimos inicialmente.

Mas este aspecto levou-nos então a analisar o tempo que tinha a prótese e aqui seleccionamos os idosos que tinham pelo menos um tipo de prótese na cavidade oral independentemente de ser total ou parcial, superior ou inferior; concluímos assim que 58,3% usavam a prótese á mais de 10 anos.

Relativamente ao motivo porque não usavam prótese, claro está que a nossa selecção de casos foi feita e escolhidos para serem analisados todos os pacientes que apesar de terem necessidade do uso de pelo menos um tipo de prótese em alguma das arcadas, não eram portadores de um tipo de prótese em pelo menos uma das arcadas; o motivo que a maioria apresentou como justificativo do seu não uso, foi a falta de recursos económicos em 29,6% dos estudados relativamente a esta questão e nas condições da selecção feita, sendo o aspecto de não sentirem necessidade o segundo apresentado com 27,0% dos observados a responderem com esta escolha.

Depois destes resultados resolvemos estudar neste grupo a questão relativa á adaptação a uma nova prótese e 59,2% afirmou que não se conseguiria adaptar a uma nova prótese.

Estes resultados obtidos relativamente ao aspecto das próteses deram-nos uma ideia de que os idosos na sua maioria não está muito interessado em modificar o seu estado de reabilitação oral mostrando assim mais uma vez a desmotivação relativamente ao aspecto de uma mudança das condições da sua cavidade oral.

#### **4.12 Satisfação com as condições da cavidade oral**

O grau de satisfação com as condições da cavidade oral manifestado pelos idosos, foi analisado relativamente a dois grupos os que apresentavam peças dentárias na cavidade oral e os que apresentavam ausência total de peças dentárias.

O objectivo desta divisão foi verificar se condições tão diferentes levavam a opiniões também muito diferentes, mas o que acabamos por obter é que em ambas as situações e colocadas as questões sobre satisfação com a mastigação, aparência e condições gerais, obtivemos sempre uma maioria de respostas positivas, isto é, em grande parte os idosos da nossa população estavam satisfeitos com as condições em que se encontrava a sua cavidade oral, relativamente ao aspecto da mastigação, aparência e condições em geral; inclusivamente os desdentados e com próteses totais que por nós foram analisados como apresentando necessidade de substituição das mesmas quer por falta de retenção,

estabilidade e controlo muscular, perfeitamente visível através de uma observação directa, afirmaram numa percentagem de 73,4% estarem satisfeitos com estas condições não demonstrando alguma necessidade de mudança.

Num estudo realizado em Inglaterra (James,1997), algumas questões deste tipo foram também colocadas a um grupo populacional de condições idênticas a este por nós observados e também aqui se obtiveram respostas positivas na maioria das situações a estas questões sobre a satisfação manifestada pelos idosos, com respostas afirmativas de 94,3% á questão da satisfação com as condições da cavidade oral, colocada nesta situação a idosos com dentes na cavidade oral, e que se analisássemos também apresentavam problemas que os autores descreveram como necessidades para a reabilitação.

## **5. RESUMO E CONCLUSÕES**



Os estudos sobre aspectos da saúde oral dos idosos, tem surgido nos últimos anos em maior número devido aos problemas que se nos apresentam e apresentarão cada vez mais complicados num futuro muito próximo, com o aspecto do envelhecimento das populações ao qual o nosso país não será excepção.

Dentro dos poucos estudos encontrados sobre idosos portugueses, nenhum deles abordava este aspecto que nos propusemos analisar nesta faixa etária e que propunha uma avaliação do conhecimento que estes apresentavam da sua saúde oral e da importância que o clínico médico dentário poderia representar na melhoria mesma.

Numa análise directa da mesma concluímos que:

- 1- Foram observados 245 idosos de uma população institucionalizada pertencente ao concelho de Gaia . Esta amostra representou 61,5% dos idosos residentes em lares neste concelho.
- 2- Dos 245 observados 168 eram do sexo feminino e 77 do sexo masculino, distribuindo as suas idades a partir dos 65 anos e apresentando uma média de idades de 78 anos.
- 3- Da observação directa das suas bocas, obtivemos que 94, isto é, 38,4% eram desdentados totais e 61,6% apresentavam peças dentárias na cavidade oral.
- 4- Dos idosos que apresentavam dentes na cavidade oral 45% destes afirmavam não escovar os seus dentes diariamente, sendo esta percentagem dividida em 25,16% de indivíduos do sexo feminino e 19,86% do sexo masculino.
- 5- Dos 68 indivíduos com dentes na cavidade oral que afirmavam não escovar os seus dentes diariamente, 55 deles não tinham escolaridade ou tinham um grau de escolaridade inferior a 4 anos.
- 6- Este grupo de indivíduos ao serem questionados sobre o motivo dessa sua atitude de não escovar os seus dentes 58,8% afirmou não sentir necessidade de o fazer e 13,2% respondeu Ter falta de destreza manual para o fazer.
- 7- uso de dentífrico foi referido por 41,7% dos 151 idosos como auxiliar da escovagem, e deste grupo 84,1% diz não usar nenhuma solução para bochechar, sendo que 96,7% não usa fio dental ou mesmo desconhece a sua existência.
- 8- Dos indivíduos portadores de pelo menos um tipo de prótese dentária na cavidade oral, quando questionados sobre o número de escovagens que executavam diariamente da sua prótese, apenas 19% afirmava escovar zero vezes diariamente e 32,5% afirmava escovar pelo menos 2 vezes por dia.
- 9- Quanto aos meios utilizados para escovar/lavar a sua prótese os portadores em 43,3% dos casos utilizavam o dentífrico acompanhado de uma escova de dentes simples.
- 10- A mudança de hábitos de higiene foi outra das questões colocadas aos idosos com dentes e sem dentes na cavidade oral portadores de prótese total ou parcial. Os portadores de prótese total afirmavam ter modificado os seus hábitos de higiene quando passaram usar este tipo de prótese e os portadores de prótese parcial afirmavam não ter modificado os seus hábitos em 87,2% dos casos.

- 11- A escovagem dos dentes ou das próteses foi considerada importante e necessária por 94,3% dos indivíduos portadores de prótese total e por 78,8% dos indivíduos com dentes.
- 12- 89,7% dos portadores de prótese total achava que escovava correctamente assim como 70,2% dos indivíduos com dentes.
- 13- Relativamente ao médico dentista poder ajudar na saúde oral, 74,7% dos desdentados concordavam assim como 85,4% dos idosos com dentes.
- 14- Quando questionados se aceitavam ser tratados pelo médico dentista na instituição 93,1% e 92,7% dos desdentados e dos dentados respectivamente concordavam.
- 15- No entanto 57% dos idosos com dentes afirmavam que independentemente do que fizessem acabavam sempre por perder os seus dentes.
- 16- Relativamente às visitas ao médico dentista em ambos os grupos a maioria dos idosos não visita o médico dentista há pelo menos 5 anos com 67,8% dos desdentados portadores de próteses e 36,4% dos pacientes com dentes a firmarem tal situação.
- 17- motivo porque não visitam o médico dentista é em ambos os grupos o aspecto de considerarem que não precisam.
- 18- Os idosos com peças dentárias na cavidade oral afirmavam que visitavam o médico dentista apenas quando necessitavam de tirar um dente em 37,7% das situações.
- 19- índice CPO apresentou valores médios de 22,3 para a coroa e 20,5 para a raiz.
- 20- No que diz respeito aos componentes em particular do índice CPO o valor dos dentes perdidos representam 75,6% deste índice, os dentes cariados 21,3% e os obturados 3,1%.
- 21- Os tratamentos que se apresentavam como os mais necessários, isto é, os que em maior número eram necessários na cavidade oral dos idosos, foram as obturações, existindo nesta situação 72 dos 151 idosos que tinham necessidade de tratamento nas suas bocas de 1 a 4 cáries e 29 que apresentavam necessidade de tratamento de mais de 5 cáries.
- 22- Da análise do CPI, concluímos que a presença de cálculos supragengivais é o código do mesmo com maior prevalência apresentando 37,8% das situações encontradas através da realização deste índice e que apenas 0,1% dos idosos observados para a realização deste índice apresentavam saúde oral.
- 23- As maiores necessidades de tratamento periodontal eram apenas de métodos de higiene adequados, motivação e remoção simples de cálculos supragengivais.
- 24- As necessidades de prótese, apenas relativamente aos portadores de prótese total, eram depois de observados de 85 próteses superiores totais e de 92 novas próteses inferiores totais de acordo com os critérios estabelecidos.
- 25- grupo dos desdentados totais quando questionados sobre o grau de satisfação com as suas próteses relativamente á fala, mastigação e aspecto em geral (aparência), afirmaram em qualquer situação estarem muito satisfeitos.
- 26- A maioria dos idosos portadores de prótese afirmavam usá-la há mais de 10 anos.
- 27- Os que não eram portadores de pelo menos um tipo de prótese apesar de quando observados ter sido constatado que a necessitavam, afirmavam em 27% das situações acharem que não necessitavam e em 29,6% não terem recursos económicos para a obter.
- 28- No entanto 59,2% destes afirmavam talvez não conseguir adaptar-se a uma nova prótese se a tivessem que usar.

- 29- grau de satisfação com as condições gerais da cavidade oral dos idosos desdentados e com dentes foi sempre positivo quando questionados sobre aparência dentes/prótese, mastigação e fala.
- 30- Apesar dos valores que se obtiveram relativamente ao estado de saúde oral dos idosos observados e das necessidades de tratamento apresentadas, estes indivíduos afirmavam estarem muito satisfeitos com as condições em que a sua saúde oral se encontrava, o que nos leve a concluir que estes apresentam um total desconhecimento e desinteresse por esta área da sua saúde.

Como conclusão geral, as necessidades de actuação na área da saúde oral dos idosos é necessária, e cada vez mais a procura de tratamentos nestas idades irá aumentar, como consequência das alterações demográficas que se apresentam em todos os países e ao qual o nosso não vai diferir.

È necessário que todos nós clínicos, médicos dentistas e mesmo higienistas orais, que poderão como podemos constatar ter um papel muito importante na resolução da maior parte dos problemas dos idosos, estejamos sensibilizados, para aprofundar os nossos conhecimentos nesta área da medicina dentária, que exige, para além dos conhecimentos clínicos necessários á situação, uma sensibilidade aumentada para a sua abordagem, porque, o desconhecimento e o desinteresse por eles manifestado é realmente preocupante e a sua abordagem será como poderemos assim constatar um pouco diferente da maioria dos pacientes de outras faixas etárias que nos procuram, porque estas situações são na maioria dos casos acompanhados de outros problemas importantes como os sociais, económicos, familiares, etc., dos quais não os poderemos dissociar.

O idoso é um “paciente especial”, por todos os aspectos que ao longo deste trabalho foram inúmerados.

Muitas vezes nós clínicos na nossa prática diária, não atendemos a este facto passando assim despercebido, e não transmitimos a necessária atenção, que pode muitas vezes modificar atitude de passividade destes pacientes perante os seus problemas de saúde oral. Existe uma tendência muito grande de estereotipar os idosos como vitimas incapazes de receber e de aproveitar as nossas instruções. Por este motivo os médicos dentistas encontram assim as dificuldades que os levam a não saber distinguir entre processos e doenças que podem ser perfeitamente tratáveis e as manifestações orais do envelhecimento.

Parece-nos que é chegada a altura de modificarmos estas atitudes e ajudar os idosos a conhecer as necessidades de saúde oral que ignoram, por desconhecimento da sua importância na sua saúde geral e portanto no seu bem estar.

A solução de actuação nesta área passa por olharmos um pouco mais para estes casos e pensarmos que também a actuação na área da prevenção passa por estas idades.

Os programas de prevenção não podem dirigir-se apenas ás idades jovens.

Os menos jovens também apresentam problemas, que podem ser resolvidos na área da prevenção, talvez não só a um nível primário de actuação mas, a outros níveis que poderão a longo prazo contribuir para a minimização dos mesmos.

A base da resolução passa pela informação, algo a que este tipo de pacientes não tem acesso, e que poderia na maior parte das situações resolver os problemas que se lhes apresentam.

Assim a actuação nestas áreas, deverá ter como componente principal uma base informativa que pode despertar nestes uma motivação, isto é, uma vontade de aprender a cuidar da sua saúde oral.

## **6. BIBLIOGRAFIA**

1. Andrews CH. Sickle cell anemia: Na etiological factor in pulpar necrosis. *J. Endodontics*. 1983; 19:249-252.
2. Barbara J. Payne, John C. Ford and David Locker. Loss to follow-up in a longitudinal oral health survey of older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23: 297-302.
3. BeckJD, Koch GG, Offenbacher S. Attachment loss trends over 3 years in community-dwelling older adults. *J Periodontol* 65:737,1994
4. Bergman JD, Wright FAC, Hammond RH. The oral health of elderly in Melbourne. *Aust Dent J* 1991;36:280-5.
5. Berjano Peirats, E. y Berjano Zanón, F. La formacion de los trabajadores sociales en el ámbito de la Gerontologia. *Rev Esp Geriatr Gerontolol* 1999;34(3):151-155.
6. Billings R, Brown L, Kaster C. Contemporary treatment strategies for root surface dental caries. *Gerodontics*. 1985. 1: 20-27.
7. Budtz-Jorgensen E: Oral muvosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol* 10:65,1981.
8. Budtz-Jorgensen E: Prognosis of overdenture abutments in elderly patients with controlled oral hygiene: A five year study. *J Oral Rehabil* 22:3,1995
9. Burt RA. Influences for change in the dental health status of populations: Na historical perspective. *J Public Health Dent* 38-272,1978.
10. Burt RA: Influences for change in the dental health status of popoulations: An historical perspective. *J Public Health Dent* 38:272,1978.
11. Carlos Subirá Pifarré, Emilio Cuenca Sala: La prescripcion de farmacos en el paciente anciano: Implicaciones en odonto-Estomatologia: *Revista Europea de odonto-estomatologia* 445-352,1993
12. Chauncey HH. Principle cause of ttooth extraction in a sample of US male adults. *Caries Res* 1989; 23: 200-5.
13. Christine D. La Rocca y Dennis W. Jahnigen. História clinica y valoracion del riesgo. *Clinicas odontológicas de Norte America* 4:755-768,1997.
14. Chutka DA, Evans JM, Fleming KC; et al: Drug prescribing for elderly patients. *Mayo Clin Proc* 70:685, 1995
15. Ciocon JO, Potter JF: Age-related changes in human memory: Normal and abnormal. *Geriatrics* 43,1988

16. Clark DC; Morgan J, MacEntee MI. Effects of a 1 percent chlorhexidine gel on the cariogenic bacteria in high risk elders. *Spec Care Dent* 11:101, 1991.
17. Clive DM, Stoff JS: Renal syndromes associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med* 310:563,1984
18. Davis RK, Meyer K, Freitas E, Kristoffersen T. Tooth loss and prosthetic replacement in Portugal. A baseline study in youth and adults. *Rev Port Estomato Cir Maxilo Facial* 1983;24(3):291-309
19. DeBaat C, Kalk W, Schuil GRE: The effectiveness of oral hygiene programmes for elderly people-a review. *Gerodontology* 10:109,1993
20. E. Velasco; G. Machuca. *Odontologia Preventiva En El Paciente Geriatrico. Revista Europea de Odonto-Estomatologia* 1995;3:139-144.
21. E. Velasco; G. Machuca: *Odontologia Geriatrica. Conceptos, Objectivos y Desarrollo. Revista Europea de Odonto-Estomatologia* 1995;2:105-110
22. Elson Cormack. A saúde oral do idoso.  
@ <http://odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>
23. Emili Cuenca Sala, Carolina Manau Navarro. Lluís Serra Majem. *Odontologia Preventiva y Comunitária. Principios métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson* 1999: 314-16.
24. Enrique A, Avellana JÁ: Estudio prospectivo del consumo de medicamentos en el paciente geriátrico. *Revista Española de Geriatria y Gerodontology*,11: 14-21,1992
25. Ettinger R, Beck J. Geriatric dentistry: is there such a discipline? *Aust Dent j.* 1984,29(6): 355-361.
26. Ettinger RL and Beck JD. Geriatric dental curriculum and needs of the elderly. *Spec Care Dentist* 1984;4:207-13.
27. Ettinger RL: Clinical manifestations of oral mucosal aging. In Squier CA; Hill MW(eds): *The Effects of Aging in Oral Mucosa and Skin. BocaRaton,FL; CRC Press,1994, pp 15-23.*
28. Ettinger RL: clinical training for geriatric dentistry. *Gerodontics* 1987, 3: 275-279.
29. Ettinger RL: Cohort differences among aging populations: A challenge for the dental profession. *Spec Care Dent* 13:19, 1993.
30. Ettinger, R, L. Oral diseases and its affects on the quality of life. *Gerodontics*1987; 3: 103-6.

31. Ettinger, R. L. Considerações geriátricas em odotologia prótica.
32. Ettinger, R.L.The unique oral health needs of an aging populacion.Clinical decision making in geriatric dentistry.the dental clinics of North America. 1997; 637-49.
33. Fass R, Sampliner RE; Mackel C; et al: Age- and gender\_ related differences in 24-hour esophageal pH monitorig of normal subjects. Dig Dis Sci 38:1926, 1993
34. FDI Working Group of Oral Health, research and epidemiology. Oral Health needs of elderly na international review. Int Dent 1993;43:348-54.
35. Feinberg MJ,Knebl J, Tully J et al: Aspiration and the elderly. Dysphagia 5:61-71,1990
36. Felder RS, Millar SB: dental care of the polymedication patient. Dent Clin North Am 38: 525-536,1994
37. Gerardo Rodrigues Baciero,F.J. Gandarias,Luciano Mallo Pérez. Oral health in the elderly in the Spain.Espanha,1998,169 pp.  
Gerodontologia estado actual y perspectiva de futuro. Valencia: Ed
38. González Moles MA. Lesions precancerosas de la mucosa oral. RCOE 1997;8:599-617.
39. Graves RC. Oral health in the United States: Prevalence of dental caries. J Dent Education 1985; 49:341-51.
40. Grytten J, Holst D, Gjermo P. Validity of CPITN's hierarchical scoring method for describing the prevalence of periodontal conditions. Community Dent Oral Epidemiol 1989;17:300-3.
41. Hand JS, Kohout FJ, Cunningham MA. Incidence of edentulism in a non-institutionalized elderly population. Gerodontology 1998; 4: 13-17.
42. Heylen D. Geriatric dentistry: developing a new philosophy of care. CDA J.1984,12(1): 16-18.
43. Hunt RJ. Periodontal treatment needds in na elderly population in Iowa. Gerodontology 2:24, 1986.
44. INE. Estatísticas demográficas ,2000.
45. J. Alves Dunkerson.O atendimento ao paciente odontogeriatrico. joseli@odontologia.com.br 1998
46. James G.Steele, S.M.Taghi Ayatollahi,Angus W.G,Walls and John J.Murray. Clinical factors related to reported satisfaction whit oral function amongst dentate older adults in England. Community Dent Oral Epidemiol 1997;25:143-9.



47. Javier Caballero Garcia, Gerardo Rodriguez Baciero, Maria Angeles Martinez Garcia: Estado dental y necesidad de tratamiento en la población geriátrica institucionalizada de Vizcaya: *Revista odontoestomatologica* 3: 57-64,1991.
48. João Carlos A. S. Fernandes. Necessidades próticas na população portuguesa institucionalizada. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto,1995.
49. Johansen E, Papas A, Fong W et al. Remineralisation of carious lesions in elderly patients. *Gerodontology* 1987. 3: 47-50.
50. John E. Fantasia. Diagnóstico e tratamiento de las lesiones orales más comunes encontradas en ancianos. *Clinicas odontológicas de Norte America* 4:1008-1023,1997.
51. Joseli Alves Dunkerson. A odontologia na 3ª idade.Brasil, 1997. Internet
52. Jostein Rise and Leif Arne Heloe. Oral conditions and need for dental treatment in na elderly population in Northern Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 1978;6:6-11.
53. Kalish, R A, La Vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano,1996.
54. Kalk W. Baat C. Meeuwissen J. Is there a need for gerodontology? *Int Dent J* 1992. 42: 209-216.
55. Kane RL; Ouslander JG, Abrass IB: The elderly patient: Demography and epidemiology: In *Essentials of Clinical Geriatrics*: New York, McGraw-Hill, 1994, p 29
56. Kilmartin CM: Managing the medical compromised geriatric patient. *J prosthet Dent* 72:492-499,1994
57. Kiyak, h.A e Mulligan, K. Studies of the relationship between oral healt and psychological wellbeing. *Gerodontology* 3: 109-12,1987.
58. Klaus H. & Edith, M. Rateitschak, Herbert F. Wolf,2º ed.Barcelona: Massom –Salvat 1993: 39-41.
59. Kress G. Vidmar G.Critical skills assessement for the treatment of geriatric patients. *Spec Car Dent*. 1985, 5(3): 127-129.
60. Kuc MI; Hargreaves Jh, Thompson GW et al. Dental health status and tretment needs of elderly residents of Edmonton; Alberta. *J Can Dent Assoc* 1990; 56:521-5.
61. Lakatta EG: Cardiovascular system. In *Handbook of Physiology: Aging*. New York, Oxford University Press: 413,1995

62. Lea Erickson. Prevención e promoción de la salud oral en adultos mayores. *Clinicas odontológicas de Norte América*. 4:825-854, 1997.
63. Levy SM, Baker KA, Semia TP, Kohout FJ: Medications with dental significance. *Oral Pathol*, 79; 13-19, 1989
64. Lichtman SM: Oral complaints in older cancer patient. *Eur j Cancer B Oral Oncol* 29B:83, 1993
65. Lipsitz LA: Altered blood pressure homeostasis in advanced age: Clinical and research implications. *J Gerontol* 44:M179, 1989
66. López Dóriga Bonnar P, Guillen Llera F. Aproximación clínica al paciente geriátrico. Técnicas de valoración geriátrica. Evaluación clínica Funcional, mental y social. Monografía de actualización geriátrica. Madrid: Smithkline & Beecham 1996: 5-18.
67. López Jornet P, Saura Ingles, A y Cozar Fernandez, A. Estudio de las lesiones precancerosas de la mucosa bucal en el paciente geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(3):163-171.
68. Lot T, Ow RKK, Neo J, Khoo J, Lim LP. Tooth loss and coronal caries of elderly residents in Singapore. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:300-1.
69. MacEntee MI. How severe is the threat of caries to old teeth? *J Prosthet Dent* 71:473, 1994.
70. Manau C. Medidas de prevalência e incidência de cáries: consideraciones sobre el uso adecuado del índice CPO. *Arch Odontol* 1996;12:403-8.
71. Mazer MS: Geriatric pharmacology and dental implications. *General dentistry*, 40: 215-220, 1992
72. McDaniel TF, Miller D, Jones R, et al: Assessing patient willingness to reveal health history information. *J Am Dent Assoc* 126: 375-379, 1995
73. Miller CS, Kaplan AL, Guest GF, Cottone JA: Documenting medication use in the adult dental patient. *JADA*, 123: 41-48, 1992
74. Mulligan R: Medical regimen compliance in the elderly and its implications for the dental practitioner. *Gerodontology*, 1:231-235, 1985
75. Nelson EA and Dannefer d. Aged heterogeneity : fact or fiction? The fate of diversity in gerontological research. *Gerontologist*, 1992;32:17-23.
76. Newbrun E. Prevention of root caries. *Gerodontology*. 1986. 5: 33-40.

77. Niessen LC, Douglass CW: Preventive actions for enhancing oral health. *Clin Geriatr Med* 8: 201,1992
78. Nordahl L. Delivery of oral health care to the elderly patient. *Int Dent J*.1991. 41:295-299.
79. O'Mullane D, Whelton H. Caries prevalence in the Republic of Ireland. *Int Dent J* 1994;44:387-91.
80. Olson RA, Osborn DB. Surgery for the geriatric patient. In *Oral Health and Aging*. Tryon AF. Eds. PSG Publishing Inc. Company. Littleton. Massachusetts.1986;p: 325-342.
81. Page RC: Oral health status in the United States: Prevalence of inflammatory periodontal diseases. *J. dent Educ* 49:354; 1985.
82. Palmer BF, Levi M: Kidney disease in the elderly. In Jahnigen DW , Schrier RW (eds): *Geriatric Medicine*. Cambridge, MA, Blackwell Science, 1996
83. Pereira A. Guia prático de utilização do SPSS - Análise de dados para ciências sociais e psicologia, 1ª edição ed., Lisboa, Edições Sílabo, Lda., 1999; Março, 192p.
84. Petersen JK: Xerostomia. *Scand J Rheumatol* 61(suppl): 185,1986
85. Phillips PA, Rolls BJ, Ledingham JG, et al: Reduced thirst after water deprivation in healthy elderly men. *N Engl J Med* 311:753,1984  
Promolibro1997.p.35-54.
86. Pualu C. Petry, Salete Maria Pretto: Educação e motivação em saúde bucal: Em: promoção de saúde bucal: *Artes médicas*, 363:370,1997
87. Puigdollers A, Jové LL, Cuenca E. Encuesta epidemiológica de la Salud Bucodental en la población geriátrica institucionalizada Catalana, 2ª parte: Caries dental y necesidades de tratamiento. *Arch Odontol* 1995;11:353-70.
88. Richard E. Walton. Consideraciones endodónticas en el paciente geriátrico. *Clinicas odontológicas de Norte America* 4:909-934,1997
89. Riggs BL: Overview of osteoporosis. *West J Med* 154:63,1991
90. Rob Berg, Nora E. Morgenstern. Physiologic changes in the elderly. Clinical decision making in geriatric dentistry. *the dental clinics of North America*. 1997;651-68.
91. Rosário G. Rafael G: Patologia Buco- Dental Geriátrica. *Revista Europea de Odontol- Estomatologia* 1991;6:403-410.

92. Scavone JM: The effects of aging on drug therapy: En: Geriatric Dentistry. Aging and Oral Health. St. Louis: Mosby, 55-70,1992
93. Selkoe DJ: Aging brain, aging mind. Sci Am 267:134,1992
94. Shay K. Identifying the needs of the elderly dental patient. Dent Clin North Am 38:499-523,1994
95. Sheth N, Diner WC: Swallowing problems in the elderly. Dysphagia 2:209-215, 1988
96. Sonies BC: Oropharyngeal dysphagia in the elderly. Clin Geriatr Med 8:569-577, 1992
97. Strauss RP; Hunt RJ: Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life: J Am Dent Assoc 124:105,1993
98. Strayer MS. Dental health among homebound elderly. J Public Health Dent 53:12, 1993.
99. Velasco E, Obando R, Bullón P. La valoración del estudio dental en adultos mayores. Ach Odontoest 1995;11:377-84.
100. Velasco Ortega E. Fisiopatología del envejecimiento en la cavidad oral. En:
101. Vigild M. Oral hygiene and periodontal conditions among 202 dentate institutionalized elderly. Gerodontology 1998;4:140-5.
102. WHO 1997. Oral Health Surveys. Basic Methods, 4<sup>a</sup> ed. Ginebra: World Health Organization 1997.
103. Wiinberg N, Hoegholm A, Christensen HR: 24-h ambulatory blood pressure in 352 normal Danish subjects, related to age and gender. Am J Hypertens 8:978,1995
104. Xic Q, Ainamo A. Association of edentulousness with systemic factors in elderly people living at home. Int Community Dent Oral Epidemiol 1999;27:202-209.

## **7. ANEXOS**

Carta ao Provedor da Misericórdia e directores dos lares

Ficha utilizada para o levantamento epidemiológico

Valores de K para a calibragem executada

PORTO, 18 DE OUTUBRO DE 1999

Exmo.Sr.Director Clínico da  
Santa Casa da Misericórdia do Porto  
Lar Pereira de Lima

Nós, ADOLFO SEVERIANO MAGALHÃES e SANDRA GAVINHA, Médicos Dentistas , Alunos do mestrado de Saúde Oral Comunitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto,vimos por este meio, pedir autorização a V<sup>a</sup>.Ex<sup>a</sup>., para realizar um inquérito e levantamento do estado da saúde oral da população deste lar. Sendo que, este ultimo, está enquadrado num trabalho mais alargado e que abrange a população Sénior institucionalizada do Concelho de Gaia.

Desde de já queremos agradecer a urgente atenção dada ao assunto,e a colaboração sempre inestimável que sabemos poder contar de todo o pessoal auxiliar do Lar.

Sem outro assunto de momento,

com os nossos melhores cumprimentos.

DR. ADOLFO MAGALHÃES

DRA. SANDRA GAVINHA

ID(1) (3) EX (4) O/D (5) DIA (7) MÊS (9)

### Identificação

Nome \_\_\_\_\_

**Idade** ----- (10)

- 1 - 65-69
- 2- 70-74
- 3- 75-79
- 4- 80-84
- 5- > 85
- 9- Não registado

**Sexo** ----- (11)

- 1- F
- 2- M
- 9- Não registado

**Escolaridade**----- (12)

- 1- ≥ 4 anos
- 2 - < 4 anos
- 3 - Sem escolaridade
- 9 - Não registado

**Há quantos anos está no lar?**----- (13)

- 1- ≤ 1 ano
- 2- 1 – 5 anos
- 3- 6 – 10 anos
- 4- 11 – 15 anos
- 5- > 15 anos
- 9- Não registado

### Pacientes desdentado

(14) Sup Inf (15)

--	--

- 0- Total sem prótese
- 1- total com prótese portador
- 2- total com prótese não portador
- 3- Parcial sem prótese
- 4- Parcial com prótese portador
- 5- Parcial com prótese não portador
- 6- Com todos os dentes
- 9- Não registado

### Hábitos de higiene dos pacientes com dentes

**Quantas vezes escova os dentes por dia** ----- (16)

- 1- 0
- 2- 1
- 3- ≥ 2
- 9- não registado



**Porque não escova os seus dentes?**----- (17)

- 1- não sente necessidade
- 2- Tem falta de destreza manual
- 3- Falta de meios mecânicos
- 4- Falta de apoio de auxiliares ou familiares
- 9- Não registado

**Usa pasta dos dentes?**----- (18)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Bochecha com alguma solução?**----- (19)

- 1- Sim                      Qual ? \_\_\_\_\_
- 2- Não
- 9- Não registado

**Fio dentário, sabe o que é ?**----- (20)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Sempre teve os mesmos hábitos de higiene ao longo da sua vida ?**----- (21)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Não usam prótese, porque?** ----- (22)

- 1- Não sentem necessidade
- 2- Não tem recursos económicos
- 3- Não tem facilidade de se deslocarem ao médico
- 4- Não conseguem usar
- 9- Não registado

**Há quanto tempo tem prótese ?**----- (23)

- 1- < 2 anos
- 2- 2-5 anos
- 3- 6-10 anos
- 4- >10 anos
- 9- Não registado

### **Hábitos de higiene dos portadores de próteses**

**Quantas vezes escova a sua prótese por dia?**----- (24)

- 1- 0
- 2- 1
- 3- 2
- 4-  $\geq 3$
- 9- Não registado

**O que usa para escovar a sua prótese?**----- (25)

- 1- Escova de dentes
- 2- Outro meio (com as mãos)
- 9- Não registado

**O que usa para lavar a sua prótese?**----- (26)

- 1- Água
- 2- Sabão
- 3- Dentífrico
- 9- Não registado

**Considera a escovagem importante?**----- (27)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Considera que higieniza correctamente a sua prótese /dentes?**----- (28)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Acha que deveria haver aqui na instituição alguém que ajudasse na higiene dos seus dentes / prótese**----- (29)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Acha que se conseguia adaptar a uma prótese ?**----- (30)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

### **Grau de satisfação com as condições dos seus dentes ou próteses**

**Satisfeito com as condições gerais da cavidade oral**----- (31)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Satisfeito com a mastigação**----- (32)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Satisfeito com a aparência dos dentes / prótese**----- (33)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Consegue falar sem dificuldade com as suas próteses?**----- (34)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Quando foi a última vez que visitou o Médico Dentista**----- (35)

- 1- Há um ano
- 2- Há dois anos
- 3- Há três anos
- 4- Há cinco anos
- 5- Há mais de cinco anos
- 6- Excluído( nunca foi )
- 9- Não registado

**Porque visita o médico dentista**----- (36)

- 1- Rotina
- 2- Só quando tem dor
- 3- Extracção
- 4- Prótese
- 5- Destartarizar
- 6- Não visita nunca
- 7- Outros
- 9- Não registado

**Não visita regularmente o médico dentista porquê?**----- (37)

- 1- Não precisa
- 2- Não tem recursos económicos
- 3- Não pode deslocar-se
- 4- Outros ( medo )
- 5- Excluído (visita)
- 9- Não registado

**Independentemente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes?--** (38)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Aceitava que o médico dentista o tratasse nesta instituição ?**----- (39)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Se pudesse ir ao médico neste momento o que pedia para ele lhe fazer?**----- (40)

- 1- Extrair um dente
- 2- Destartarizar
- 3- Tratar um dente
- 4- Novas próteses
- 5- Observação
- 6- Outra (nada)
- 9- Não registado

**Acha que o dentista pode ajudar a sua saúde oral ?**----- (41)

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

**Estado de saúde dentário**  
Índice CPO

<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>		<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
(42)	(43)	(44)	(45)	(46)	(47)	(48)	(49)		(50)	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(56)	(57)
(58)	(59)	(60)	(61)	(62)	(63)	(64)	(65)		(66)	(67)	(68)	(69)	(70)	(71)	(72)	(73)
(74)	(75)	(76)	(77)	(78)	(79)	(80)	(81)		(82)	(83)	(84)	(85)	(86)	(87)	(88)	(89)
(90)	(91)	(92)	(93)	(94)	(95)	(96)	(97)		(98)	(99)	(100)	(101)	(102)	(103)	(104)	(105)
(106)	(107)	(108)	(109)	(110)	(111)	(112)	(113)		(114)	(115)	(116)	(117)	(118)	(119)	(120)	(121)
(122)	(123)	(124)	(125)	(126)	(127)	(128)	(129)		(130)	(131)	(132)	(133)	(134)	(135)	(136)	(137)
<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>		<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>

**COROA**

- 0-são
- 1-cariado
- 2-obturado
- 3-perdido por cárie
- 4-extração indicada
- 5-excluído ou perdido por outro motivo
- 9-não registado

**RAIZ**

- 0-são
- 1-cariado
- 2-obturado
- 3-perdido por cárie
- 4-extração
- 5-excluído
- 9- Não registado

**TRATAMENTO**

- 0-Não necessita tratamento
- 1-obturaçãõ
- 2-t.e.r
- 3-extração
- 9-Não registado

**CPITN**

17	16	11	26	27
47	46	31	36	37

0-são

- 1-hemorragia á sondagem
- 2-cálculos supra-subgingivais
- 3-bolsas de 3,5-5,5mm
- 4-bolsas ≥6mm
- 5-excluído
- 9-Não registado

**Necessidade de prótese**

(138)	Sup	Inf	(139)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

- 1- Sem necessidade
- 2- Necessita de conserto
- 3- Necessita de PPR
- 4- Necessita de PT
- 9- Não registado

**Avaliação real das condições da prótese:**----- (140)

- 1- Com retenção, estabilidade, controlo muscular.
- 2- Sem retenção e/ou estabilidade e/ ou controlo muscular.
- 9- Não registado

Contagem dos códigos

Sandra		Manuel		a	b	c	d
S	C	S	C				
5	1	5	1	5	0	0	1
5	1	4	2	4	1	0	1
3	3	5	1	3	0	2	1
0	6	1	5	0	0	1	5
2	4	2	4	2	0	0	4
2	4	2	4	2	0	0	4
5	1	4	2	4	1	0	1
4	2	4	2	4	0	0	2
1	5	0	6	0	1	0	5
5	1	3	3	3	2	0	1
3	3	3	3	3	0	0	3
4	2	4	2	4	0	0	2
5	1	3	3	3	2	0	1
5	1	5	1	5	0	0	1
2	4	2	4	2	0	0	4
5	1	5	1	5	0	0	1
2	4	4	2	2	0	2	2
1	5	1	5	1	0	0	5
3	3	4	2	3	0	1	2
2	4	1	5	1	1	0	4
2	4	3	3	2	0	1	3
3	3	1	5	1	2	0	3
0	6	0	6	0	0	0	6
				59	10	7	62

IK = 0,754

