



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Monografia de Investigação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

**Cuidadores de Idosos Institucionalizados - Avaliação das
competências, formação e perceção sobre saúde oral**

Sandra Cristina Freitas da Silva

Porto 2014

**Cuidadores de Idosos Institucionalizados - Avaliação das competências,
formação e perceção sobre saúde oral**

Monografia de Investigação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Autora:

Sandra Cristina Freitas da Silva

sandracfreitas54otmail.com

mimd09033@fmd.up.pt

Orientadora:

Prof. Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Coorientadora:

Prof. Doutora Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires



Agradecimentos

À Prof. Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira, pela orientação desta tese, pela incansável dedicação, pela ajuda imprescindível na elaboração de todo este trabalho e por todo incentivo que sempre me transmitiu.

À Prof. Doutora Isabel Pires, pela colaboração imprescindível.

A todos os cuidadores de idosos, que tornaram possível a execução deste trabalho.

Aos Diretores dos Lares de idosos, por terem contribuído para a realização deste trabalho.

Índice

1- Resumo.....	6
2- Abstract.....	7
3- Introdução.....	9
4- Material e Métodos.....	11
5- Resultados.....	13
6- Discussão.....	25
7- Conclusão.....	33
8- Bibliografia.....	34
9- Anexos.....	37

Índice de Tabelas

Tabela I – Caracterização da amostra segundo as características sociodemográficas.

Tabela II - Caracterização da amostra segundo a formação profissional do cuidador.

Tabela III- Caracterização dos participantes relativamente ao conhecimento sobre os fatores que influenciam o aparecimento da cárie dentária.

Tabela IV- Caracterização dos participantes relativamente ao conhecimento sobre formas de prevenção da cárie dentária.

Tabela V - Caracterização da amostra relativamente às sequelas e prevenção da doença periodontal, formação e ações realizadas na prevenção da doença periodontal.

Tabela VI - Caracterização da amostra segundo o seu conhecimento, formação e ações realizadas a nível da saúde oral do idoso autónomo.

Tabela VII- Caracterização da amostra segundo o seu conhecimento, formação e ações realizadas a nível da saúde oral do idoso não autónomo.

Tabela VIII- Caracterização da amostra segundo as suas principais dúvidas em relação à saúde oral.

Tabela IX – Caracterização dos participantes relativamente à associação entre informação sobre saúde oral e saúde geral.

Tabela X - Caracterização dos participantes que receberam formação específica relativamente ao fato de fornecerem instruções de higiene oral aos idosos autónomos.

Tabela XI - Caracterização dos participantes que receberam formação específica relativamente ao fato de realizarem a higiene oral dos idosos não autónomos.

Tabela XII - Caracterização dos participantes que receberam formação em relação à saúde oral e o conhecimento da influência da alimentação na saúde oral.

Tabela XIII- Caracterização dos participantes que receberam formação em relação à saúde oral e o conhecimento da influência da consistência dos alimentos na saúde oral.

Tabela XIV - Caracterização dos participantes que receberam formação em relação à saúde oral e o conhecimento que a doença periodontal pode levar à perda de dentes.

Tabela XV - Caracterização dos participantes que receberam formação em relação à saúde oral e o conhecimento sobre as principais doenças que afetam um portador de prótese dentária.

Tabela XVI - Caracterização dos participantes que reconhecem a relação entre saúde geral e oral e hábito de examinar a boca dos idosos.

Lista de Abreviaturas

%- Percentagem

n- Número

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

Ens. - Ensino

Resumo

Introdução: O declínio da fecundidade e o aumento da esperança média de vida são fatos que provam que a população mundial está a envelhecer. Mas este aumento da esperança de vida só se torna um progresso para a sociedade se não se acompanhar de uma diminuição da qualidade de vida das pessoas idosas.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento do cuidador em relação às principais doenças que afetam a cavidade oral do idoso, caracterizar os cuidados prestados aos idosos em termos de promoção de saúde oral. Adicionalmente pretendeu-se caracterizar os conhecimentos do cuidador em relação aos determinantes de saúde oral.

Materiais e métodos: Este estudo transversal foi elaborado através da aplicação de um questionário, por entrevista, a uma população de 197 cuidadores de idosos institucionalizados que exerciam a sua profissão em Instituições do distrito do Porto.

Resultados: Segundo este estudo verificou-se que o perfil dos cuidadores de idosos era representado principalmente pelo género feminino, com mediana de idades de 34 anos, e de nacionalidade maioritariamente portuguesa, cuja maioria concluiu o Ensino secundário. Os cuidadores do distrito do porto apresentavam razoáveis conhecimentos sobre a saúde oral, principalmente no que diz respeito à cárie dentária. Verificou-se também, um elevado desconhecimento em relação às principais doenças que afetam um individuo idoso portador de prótese dentária, assim como desconhecimento relativo à doença periodontal.

Conclusão: Os resultados deste estudo indicam a necessidade de maior atenção aos cuidados de saúde oral do idoso, que tem como ponto de partida a possibilidade de oferecer aos cuidadores mais formação para lidar com os problemas de saúde oral do idoso.

Palavras chave: Higiene oral, educação, cuidadores de idosos, prevenção de doenças, promoção de saúde oral, desenvolvimento de programas de saúde oral

Abstract

Introduction: The decline of fertility and the increase of life expectancy are facts that prove that the world population is aging. But this increase in life expectancy only becomes a progress for society if it is not accompanied by a decrease in the quality of life of older people.

Objectives: The aim of this study was to assess the knowledge of caregivers in relation to major diseases that affect the oral cavity of the elderly, characterize the care for the elderly in terms of oral health promotion. Additionally we sought to characterize the caregiver knowledge regarding the determinants of oral health.

Materials and methods: This cross-sectional survey was conducted through a questionnaire, by interview, with a population of 197 caregivers of institutionalized elderly people who exercised their profession institutions in the Oporto district.

Results: According to this study it was found that the profile of caregivers of elderly is represented mainly by females, with median age of 34 years. Mostly of them are Portuguese and have completed secondary education. Caregivers demonstrated reasonable knowledge about oral health, especially related to dental caries. There was also a high ignorance about the major diseases that affect an individual elderly patient with dentures, as well as a significant ignorance about periodontal disease.

Conclusion: The results of this study shows greater awareness to elderly oral health care, which has the purpose of offering more training to care providers to cope with the problems of oral health of the elderly.

Key words: Dental hygiene, education, nursing home staff, disease's prevention, health promotion, older people, oral health systems development

“ Uma pessoa permanece jovem enquanto for capaz de aprender, adquirir novos hábitos e tolerar as contradições.”

Marie von Ebner-Eschenbch

Introdução

É um fato constatado, que a população mundial está a envelhecer.¹ O declínio da fecundidade e o aumento da esperança de vida, é um dos binómios responsáveis por este fato.² A organização mundial da saúde – OMS – define a população idosa como sendo aquela com idade igual ou superior a 65 anos.³

Tendo em conta os dados da direção geral de saúde, à data dos Censos 2011 residiam em Portugal Continental 10 047 083 habitantes, dos quais 15% tinha menos de 15 anos e 19% tinha 65 e mais anos. Para 2020, espera-se que a proporção de jovens (0-14 anos) diminua para 14% e a da população de 65 e mais anos aumente para 21%, incluindo neste valor 6% de indivíduos com 80 ou mais anos.⁴ A população residente em Portugal tem envelhecido de uma forma continua nas últimas quatro décadas, e em particular na faixa etária superior a 85 anos.⁴ Mas este aumento da esperança de vida só se torna um progresso para a sociedade se não se acompanhar de uma diminuição da qualidade de vida das pessoas idosas.²

O envelhecimento é uma etapa da vida que se acompanha de numerosas transformações fisiológicas com repercussões ao nível da saúde geral e oral.^{5,6} Como enunciado pelas várias teorias sobre o processo de envelhecimento o estado de saúde dos idosos transcende os limites biológicos.⁷ Considerando uma abordagem psicossomática do envelhecimento ser idoso não passa somente pela idade definida em anos de vida, mas implica um conjunto de alterações a nível biológico, psicológico e social.⁸

As alterações da cavidade oral mais prevalentes na população idosa são a cárie dentária, a periodontite, a perda dentária, diminuição da quantidade e qualidade da saliva, alterações estruturais nas glândulas salivares, alteração na cor e na forma das estruturas dentárias principalmente devido ao desgaste, atrição, abrasão e lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas na mucosa oral.^{7,9}

De uma forma geral o processo de envelhecimento acompanha-se de um maior grau de dependência. Como consequência de diversos fatores, tais como a dependência, fatores de origem social e económica, ausência de familiares ou incapacidade destes em cuidar do idoso, surge a necessidade de recorrer à institucionalização da pessoa idosa.^{1,10} É neste momento que

pode surgir na vida do idoso a figura do Cuidador. A palavra cuidador faz do ato de cuidar algo intrinsecamente humano e crescente na sociedade atual, quem cuida, trabalha pelos interesses de alguém e preocupa-se com este alguém.¹¹ Estes cuidadores têm como meta, não ajudar o idoso a viver mais anos, mas sim ajudá-los a viver esses anos com mais qualidade.¹ Deste fato surge a necessidade de avaliar o cuidado prestado para que este não se transforme em algo automático e se perca de vista, que quem recebe o cuidado, é um sujeito com dimensão existencial.¹¹

As transformações fisiológicas podem acarretar uma diminuição da capacidade mastigatória, fonética, estética e bem-estar geral podendo ter repercussões nas atividades quotidianas e nas relações interpessoais.^{5,7,9,12} Algumas alterações nas estruturas orofaciais podem ser vistas como verdadeiras alterações decorrentes da idade, outras podem estar relacionadas com patologias ou serem a combinação de ambas. Estas alterações variam de individuo para individuo de acordo com as condições físicas e psíquicas e no mesmo individuo em tempos diferentes.^{5,13}

A saúde oral é considerada uma parte integrante da saúde geral^{4,14}, os cuidadores devem possuir conhecimentos em relação à saúde geral e oral do idoso a quem prestam cuidado.

Este trabalho teve como objetivos principais avaliar o conhecimento do cuidador em relação às principais doenças que afetam a cavidade oral do idoso e caracterizar os cuidados prestados aos idosos em termos de promoção de saúde oral. Adicionalmente pretendeu-se caracterizar os conhecimentos do cuidador em relação aos determinantes de saúde oral.

Materiais e Métodos

Tipologia do estudo

Este estudo transversal foi elaborado através da aplicação, por entrevista, de um questionário numa população de cuidadores de idosos institucionalizados.

População e seleção da amostra

A população alvo era constituída pelos cuidadores de idosos institucionalizados que aceitaram participar no estudo e que no período entre Dezembro de 2013 e Março de 2014 trabalhavam em lares dos distritos do Porto.

Foram tidos como critérios de inclusão para a escolha das Instituições a analisar os Lares participados pela Segurança Social e existência de cuidadores de idosos que frequentavam a Instituição em regime de internato.

A partir da análise da Carta Magna da Segurança Social, analisada em Dezembro de 2013, verificou-se que existiam 197 instituições.

Foi enviado um e-mail a todos os responsáveis das instituições com a explicação do estudo (Anexo 1) e a solicitar permissão para efetuar o levantamento epidemiológico.

Um número, inferior ao esperado, aceitou o convite e por este motivo optou-se por fazer um segundo contato via telefone. Da totalidade das instituições convidadas a participar (n=197), 26 responderam afirmativamente o que correspondeu, considerando os lares como unidade de estudo a uma taxa de participação de 13,2%. Nestas 26 instituições foram entregues 352 inquéritos, sendo que 197 cuidadores aceitaram responder, o que considerando os cuidadores como unidade de estudo, a taxa de participação foi de 56%.

Depois de aceite o levantamento epidemiológico pelos Provedores das Misericórdias e Diretores dos Lares (Anexo 4), procedeu-se à entrega dos questionários (Anexo 3) aos cuidadores e foram descritos os objetivos do estudo e solicitado o preenchimento de um consentimento informado (Anexo 2).

Registo de dados

O questionário aplicado era composto por duas partes (Anexo 3). A primeira era constituída por 9 perguntas, cujo objetivo foi caracterizar o cuidador sob o ponto de vista sociodemográfico (idade, sexo, nacionalidade e formação profissional) e relativamente à auto-percepção da sua saúde oral.

A segunda, constituída por 22 perguntas, teve como objetivo analisar as atitudes, percepções e competências dos cuidadores dos idosos institucionalizados em relação à saúde oral e formas de prevenção das principais doenças que afetam a cavidade oral do idoso. O questionário continha questões relacionadas com a etiologia e prevenção da cárie dentária e periodontite e questões relacionadas com as ações de higiene oral realizadas nos idosos autónomos e não autónomos. Por fim foram colocadas questões sobre o interesse em participar em programas de formação relacionados com a saúde oral do idoso e principais dúvidas sobre a saúde oral.

Tratamento estatístico dos dados

As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas foram descritas utilizando a mediana, o valor máximo e o valor mínimo.

Para o tratamento e análise estatística das variáveis, foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17,0.

Foi utilizado o teste de independência do Qui-Quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas. Foi usado um teste de significância de 0,05 para todos os testes de hipóteses.

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pela Comissão de ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. (Anexo 5)

Foi mantida a confidencialidade dos dados, sendo que a cada um dos inquiridos respondidos pelos cuidadores foi atribuído um número.

Resultados

Características Sociodemográficas da Amostra

Na tabela I descrevem-se os resultados relativos às características sociodemográficas dos participantes. Nesta amostra foram inquiridos 197 indivíduos, sendo que 92,4% eram do sexo feminino. A maioria dos cuidadores (97,5%) era de nacionalidade portuguesa. Relativamente à escolaridade, os indivíduos foram agrupados em 5 categorias, 1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico; Ensino Secundário e Ensino Superior. Verificou-se que os participantes tinham predominantemente concluído o Ensino Secundário (42%).

Tabela I – Caracterização da amostra segundo as características sociodemográficas.

	n	%
Sexo		
Feminino	182	92,4
Masculino	15	7,6
Nacionalidade		
Portuguesa	192	97,5
Outra	5	2,5
Escolaridade		
1ºCiclo do Ensino básico	15	7,8
2ºCiclo do Ensino básico	15	7,8
3ºCiclo do Ensino básico	51	26,4
Ensino Secundário	81	42
Ensino Superior	31	16,1
Idade (anos)		
Mediana	Min.	Max.
36	18	62

Formação profissional do cuidador relativamente à saúde e saúde oral do idoso

Os dados relativos à formação profissional do cuidador apresentam-se na Tabela II. No que se refere à formação profissional específica, 32,5% dos participantes referiu não ter formação profissional direcionada, especificamente, à população idosa. A principal formação profissional dos cuidadores era em Geriatria 36,3%. Ainda relativamente à formação profissional, verificou-se que 91,5% recebeu formação sobre a saúde em geral e 67,2%, valor comparativamente menor, recebeu formação profissional sobre a saúde oral. Nos casos em que o cuidador não recebeu formação profissional relativamente à saúde oral do idoso, este obteve conhecimento sobre o tópico através de diferentes entidades, sendo que a maioria 53,3% adquiriu informação a partir do dentista. Em relação à auto-percepção da saúde oral por parte do cuidador 47,2% afirmaram possuir uma saúde oral razoável.

Tabela II - Caracterização da amostra segundo a formação profissional do cuidador.

		n	%
Formação específica relacionada com o idoso*	Sim	131	67,5
	Não	63	32,5
Formação Específica α	1º Socorros	13	11,5
	Animação Social e Cultural	8	7,1
	Apoio Psicosocial	13	11,5
	Cuidados Básicos e Continuados	8	7,1
	Apoio à Família e à Comunidade	9	8
	Aux. Ação Médica	9	8
	Geriatria	41	36,3
	Gerontologia	2	1,8
	Higiene e Segurança no trabalho	6	5,3
	Geriatria e 1º Socorros	4	3,5
Formação específica sobre saúde geral	Sim	119	91,5
Formação específica sobre saúde oral	Sim	88	67,2
Cuidador não recebeu formação específica sobre saúde oral, obteve informação através β	Escola	20	33,3
	Dentista	32	53,3
	Família	11	18,3
	Leitura	21	35
	Meios de comunicação	16	26,7
Auto-percepção da saúde oral π	Mau	4	2,1
	Razoável	92	47,2
	Bom	75	38,5
	Excelente	24	12,3

* Não responderam à questão 3 cuidadores

α Não responderam à questão 84 cuidadores

β Cada cuidador podia escolher mais de 1 opção e não responderam 3 cuidadores

π Não responderam 3 cuidadores

Conhecimento, formação e ações realizadas a nível da saúde oral (Tabela III e IV)

Relativamente às principais causas para o aparecimento da cárie dentária a maioria dos inquiridos referiu como principal causa a má higiene oral (96,4%) e 21,3% referiram o envelhecimento. Também se observou que um elevado número de inquiridos tem um adequado conhecimento sobre alimentos potencialmente cariogénicos. A maioria dos cuidadores (93,4%), referiu que a alimentação influencia a saúde oral e 78,2% referiu existir relação entre a consistência dos alimentos e a saúde oral.

No que diz respeito à consistência da dieta dos idosos nas instituições, a maioria dos cuidadores (64%) referiu que esta era, predominantemente, constituída por alimentos fibrosos, cereais e carne. Em relação às ações necessárias para prevenir a cárie dentária, 33% referiu uma “Boa Higiene oral”, 23,3% uma “Boa higiene oral e visitas regulares ao dentista” e 28,5% “Boa higiene oral e alimentação saudável”.

Tabela III- Caracterização dos participantes relativamente ao conhecimento sobre os fatores que influenciam o aparecimento da cárie dentária.

		n	%
Etiologia da cárie dentária*	Má higiene dentária	190	96,4
	Antibióticos	80	40,6
	Abuso de açúcar	127	64,5
	Falta de visitas ao dentista	114	57,9
	Presença de bactérias	101	51,3
	Consumo de antibióticos	39	21,8
	Envelhecimento	42	21,3
	Não sabe	4	2
Alimentos cariogénicos*	Bolachas	88	44,7
	Pão	10	5,1
	Gomas	178	90,4
	Carne	10	5,1
Influência da alimentação na saúde oral	Sim	184	93,4
	Não	10	5,1
	Não sei	3	1,5
Influência da consistência dos alimentos na saúde oral	Sim	154	78,2
	Não	21	10,7
	Não sei	22	11,2
Principal consistência da dieta	Pastosa	28	14,2
	Pastosa e fibrosa	43	21,8
	Fibrosa, cereais e carne	126	64

*Cada participante podia escolher mais de 1 opção

Tabela IV- Caracterização dos participantes relativamente ao conhecimento sobre formas de prevenção da cárie dentária.

Fatores para a prevenção da cárie dentária *	n	%
Higiene oral	65	33
Alimentação	2	1
Higiene oral e alimentação	65	33
Visitas regulares ao dentista e Higiene oral	46	23,3
Visitas regulares ao dentista, higiene oral e meios auxiliares de higiene (Fio dentário, Elixir, Flúor)	14	9
Higiene oral e alimentação	57	28,5

*Cada participante podia responder a mais de 1 opção

Na tabela V estão apresentados os dados relativos à doença periodontal. Uma elevada percentagem dos cuidadores, 49,8%, não reconheceu ou não soube que esta patologia pode levar à perda dos dentes. Em relação às ações para a prevenção desta patologia verificou-se que 50,3% não responde e 2,5% referiu não saber, daqueles que responderam, a maioria (17,8%) referiu como ação de prevenção a “Higiene oral”.

Tabela V - Caracterização da amostra relativamente às sequelas e prevenção da doença periodontal, formação e ações realizadas na prevenção da doença periodontal

	n	%
Doença periodontal pode causar perda de dentes		
Sim	97	50,3
Não	96	49,8
Ações de prevenção para a doença periodontal		
Higiene oral	35	17,8
Alimentação	2	1
Higiene oral e alimentação	7	3,6
Visitas Regulares ao dentista	13	7,2
Visitas regulares ao dentista e Higiene oral	28	14,2
Visitas regulares ao dentista, higiene oral, uso de meios auxiliares de higiene	4	2
Higiene oral e meios auxiliares de higiene	3	1,5
Não responde	100	50,3
Não sei	5	2,5

Alterações orais e relação com saúde geral

Relativamente ao fato do cuidador considerar que existe uma relação entre as alterações orais e a saúde em geral 12,3% referiu não saber ou não existir e 87,7% referiu conhecer esta relação.

Doenças orais que afetam portador de prótese dentária

No que diz respeito ao conhecimento das alterações que ocorrem na cavidade oral de um idoso que seja portador de prótese dentária, a grande maioria dos cuidadores referiu não ter conhecimento dessas alterações (61,7%).

Conhecimento, formação e ações realizadas a nível da saúde oral relativamente ao idoso autónomo

Relativamente à existência de um momento que envolva a higiene oral no cronograma de tarefas do idoso, 10,7% referiu não existir. Relativamente às instruções sobre higiene oral e higiene da prótese, 16,8% respondeu não auxiliar o idoso na higiene oral e 14,7% referiu não auxiliar na higienização da prótese dentária. (Tabela VI)

Tabela VI - Caracterização da amostra segundo o seu conhecimento, formação e ações realizadas a nível da saúde oral do idoso autónomo.

	n	%
Momento de higiene oral no cronograma de tarefas		
Sim	165	83,8
Não	21	10,7
Não sei	11	5,6
Instruções de higiene oral		
Sim	158	80,2
Não	33	16,8
Não sei	6	3
Instruções de higienização da prótese dentária		
Sim	164	83,2
Não	29	14,7
Não sei	4	2

Conhecimento, formação e ações realizadas a nível da saúde oral relativamente ao idoso não autónomo

Na tabela VII estão apresentados os dados relativos ao conhecimento e formação do cuidador ao nível da saúde oral do idoso não autónomo. Onde se observou que 19,8% dos cuidadores não possui o hábito de examinar a cavidade oral dos idosos e 15,3% referiu não realizar a higiene oral do idoso. Dos cuidadores que realizam a higienização, a maioria referiu utilizar “Elixir” (21,8%). O momento da higienização oral realizava-se principalmente de manhã durante o banho (53,9%). Quanto há higienização das próteses dentária 16,1% dos cuidadores referiu não realizar,

Cuidadores de idosos institucionalizados – Avaliação das competências, formação e percepção sobre saúde oral

e dos cuidadores que realizavam (83,9%), utilizavam um produto específico, preferencialmente “Comprimido efervescente” (42,5%).

Tabela VII- Caracterização da amostra segundo o conhecimento, formação e ações realizadas a nível da saúde oral do idoso não autónomo

	n	%
Hábito de examinar a boca do idoso*		
Sim	152	77,2
Não	39	19,8
Realização da Higiene oral α		
Sim	161	82,1
Não	30	15,3
Forma de higienização β		
Escova e Elixir	5	3,3
Elixir embebido numa gaze	2	1,3
Escova e pasta	31	20,5
Escova, pasta e elixir	15	10
Bastão de limpeza oral	11	7,3
Bastão de limpeza oral e Elixir	28	18,5
Escova	4	2,6
Elixir	33	21,8
Momento da higienização π		
Manhã no banho	104	53,9
De manhã	80	41,5
Após o almoço	67	34,7
Após o jantar	79	40,9
Antes de dormir	78	40,4
Realização da higienização da prótese \square		
Sim	161	83,9
Não	31	16,1
Cuidador realiza a higienização com produto específico \pounds		
Álcool	1	0,9
Comprimidos Efervescentes	54	42,5
Comprimido e Escova	1	0,9
Elixir	43	33,6
Elixir e Comprimido	3	2,4
Elixir e Pasta π	8	6,3
Líquido Desinfetante	2	1,5
Pasta Dentífrica	14	11
Sabão rosa	1	0,5

*6 participantes não responderam ; α 6 participantes não responderam; β 68 participantes não responderam; Cada participante podia responder a mais de 1 opção; \square 5 participantes não responderam; \pounds 71 participantes não responderam

Implementação de programas de educação para a saúde oral direcionado para cuidadores de idosos

Quando questionados relativamente à existência de um programa de educação para a saúde oral do idoso dirigido ao cuidador, somente 26,2% dos cuidadores referiu existir; 91,7% referiu estar interessado em participar e 93,6% referiu o interesse em aprender métodos de higiene oral personalizados para o idoso. (Tabela VIII)

Os cuidadores quanto à questão “Dúvidas em relação à saúde oral do idoso”, 29,9% responderam ter dúvidas sobre os métodos de higiene corretos em idosos acamados/não cooperantes e para os idosos autónomos. (Tabela VIII)

Tabela VIII- Caracterização da amostra segundo as suas principais dúvidas em relação à saúde oral.

	n	%
Existência de programa de educação*		
Sim	50	26,2
Não	141	73,8
Interesse na participação num programa de educação α		
Sim	176	91,7
Não	6	3,1
Não sei	10	5,2
Interesse em aprender métodos de higienização β		
Sim	176	93,6
Não	7	3,7
Não sei	5	2,7
Dúvidas em relação à saúde oral do idoso π		
Doenças orais	17	19,5
Métodos de higiene	26	29,9
Não tem	15	17,2
Prevenção Cárie	5	5,7
Prevenção Periodontite	2	2,3
Produtos indicados para idosos	8	9,2
Tudo	4	4,5
Várias	10	11,5

* 7 participantes não responderam

α 5 participantes não responderam

β 4 participantes não responderam

π 110 participantes não responderam

Associação entre os conhecimentos adquiridos em saúde geral e a saúde oral

Na tabela IX apresenta-se o resultado da associação das variáveis informação sobre saúde oral e sobre saúde geral. Verificou-se que os indivíduos que possuíam na sua formação, informação sobre a saúde geral não apresentam sempre formação sobre saúde oral. E que indivíduos que não possuem formação em saúde geral possuíam, num número reduzidos de casos, informação sobre saúde oral. Observou-se assim, uma maior tendência para existir formação em saúde oral quando cuidadores possuem formação em saúde geral. ($p < 0,05$)

Tabela IX – Caracterização dos participantes relativamente à associação entre informação sobre saúde oral e saúde geral

Formação inclui informação sobre saúde oral	Formação inclui informação sobre saúde geral		<i>p</i>
	Sim	Não	
Sim	106	9	0,000*
Não	50	27	

*Teste de independência do Qui-Quadrado

Associação entre formação específica do cuidador e instruções de como realizar a higiene oral do idoso autónomo

Relativamente à associação entre as variáveis formação específica relacionada com os idosos e fornecer instruções de higiene oral ao idoso autónomo (tabela X), verificou-se que os indivíduos que possuíam formação específica forneciam, em maior proporção, instruções sobre higiene oral aos idosos autónomos. Observou-se assim, uma maior tendência para fornecer instruções de higiene oral aos idosos quando o cuidador possuía formação específica ($p > 0,05$).

Tabela X - Caracterização dos participantes que receberam formação específica relativamente ao fato de fornecerem instruções de higiene oral aos idosos autónomos

Formação específica relacionada com o idoso	Instruções de higiene oral ao idoso autónomo		<i>p</i>
	Sim	Não	
Sim	107	22	0,697*
Não	50	11	

*Teste de independência do Qui-Quadrado

Associação entre formação específica do cuidador e realização da higiene oral do idoso não autônomo

Relativamente à associação entre formação específica relacionada com os idosos e realização da higiene oral do idoso não autônomo representado na tabela XI, verificou-se que os indivíduos que possuíam formação específica realizavam, em maior número, a higiene oral dos idosos não autônomos, quando comparado com os que não possuíam formação específica nesta área, no entanto esta associação não se revelou estatisticamente significativa. ($p > 0,05$).

Tabela XI - Caracterização dos participantes que receberam formação específica relativamente ao fato de realizarem a higiene oral aos idosos não autônomos.

Realização da higiene oral do idoso não autônomo			
Formação específica direcionada ao idoso	Sim	Não	<i>p</i>
Sim	108	20	0,892*
Não	51	10	

*Teste de independência do Qui-Quadrado

Associação entre informação sobre saúde oral e conhecimento das causas do aparecimento da cárie dentária e doença periodontal

Relativamente à associação das variáveis formação do cuidador inclui informação sobre saúde oral e conhecimento das causas da cárie e da doença periodontal (Tabela XII, XIII, XIV), verificou-se que tanto os indivíduos que possuíam formação em saúde oral como os indivíduos que não possuíam, conheciam, na sua maioria, a influência da alimentação na saúde oral ($p > 0,05$). O mesmo se verificou na influência da consistência dos alimentos na saúde oral. Relativamente à associação entre o possuir formação em saúde oral e os conhecimentos das sequelas da doença periodontal esta não se revelou estatisticamente significativa. ($p > 0,05$).

Cuidadores de idosos institucionalizados – Avaliação das competências, formação e percepção sobre saúde oral

Tabela XII - Caracterização dos participantes que receberam formação em relação à saúde oral e o conhecimento da influência da alimentação na saúde oral.

Influência da alimentação na saúde oral

Formação inclui informação sobre saúde oral	Sim	Não	<i>p</i>
Sim	120	61	0,173 *
Não	11	2	

*Teste de independência do Qui-Quadrado

Tabela XIII- Caracterização dos participantes que receberam formação em relação à saúde oral e o conhecimento da influência da consistência dos alimentos na saúde oral.

Influência da consistência dos alimentos na saúde oral

Formação inclui informação sobre saúde oral	Sim	Não	<i>p</i>
Sim	93	23	0,424 *
Não	58	19	

*Teste de independência do Qui-Quadrado

Tabela XIV - Caracterização dos participantes que receberam formação em relação à saúde oral e o conhecimento das sequelas da doença periodontal.

Doença periodontal pode levar à perda de dentes

Formação inclui informação sobre saúde oral	Sim	Não	<i>p</i>
Sim	61	53	0,275 *
Não	35	42	

*Teste de independência do Qui-Quadrado

Associação entre informação sobre saúde oral e conhecimento sobre doenças que afetam portador de prótese dentária

Relativamente à associação das variáveis formação em saúde oral e conhecimento sobre as principais doenças que afetam um portador de prótese dentária, representados na tabela XV, verificou-se que os indivíduos que possuíam formação em saúde oral conheciam, em maior número, as doenças que afetam o portador de prótese dentária. ($p < 0,05$).

Tabela XV - Caracterização dos participantes que receberam formação em relação à saúde oral e o conhecimento sobre as principais doenças que afetam um portador de prótese dentária.

Conhecimentos das principais doenças que afetam um portador de prótese dentária

Formação inclui informação sobre saúde oral	Sim	Não	<i>p</i>
Sim	51	59	0,006 *
Não	20	56	

*Teste de independência do Qui-Quadrado

Associação entre alterações orais e hábito do cuidador de examinar a boca do idoso

No que diz respeito à associação do conhecimento da relação entre saúde oral e saúde geral e hábito do cuidador em examinar a boca do idoso não autónomo (Tabela XVI). Não se observou uma relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Tabela XVI - Caracterização dos participantes que reconhecem a relação entre saúde geral e oral e o hábito de examinar a boca dos idosos.

Relação entre saúde oral e geral

Hábito de examinar a boca do idoso	Sim	Não	<i>p</i>
Sim	136	16	0,155 *
Não	35	8	

*Teste de independência do Qui-Quadrado

Discussão

A realidade demográfica do nosso país apresenta-nos um Portugal envelhecido.⁹ As alterações na estrutura familiar, em que grande parte das famílias, devido aos mais variados aspetos, transfere o cuidado do idoso para Instituições Sociais, é uma realidade que leva à necessidade de apostar em profissionais com uma formação pessoal e profissional que propicie às pessoas idosas qualidade de vida e bem-estar.^{9,15} Sendo o trabalho do cuidador de idosos, tão indispensável nos dias de hoje, pouco se conhece sobre o seu perfil e formação. Neste sentido, há urgência em construir um conhecimento sobre as principais dúvidas dos cuidadores, para os preparar e fornecer um conhecimento multiprofissional, formando assim profissionais mais qualificados e, conseqüentemente, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida do idoso.^{3,16}

No nosso trabalho verificou-se que as principais dúvidas dos cuidadores residiam nos métodos de higiene corretos a utilizar em idosos acamados/não cooperantes e para os idosos autónomos.

Para que a saúde oral dos idosos portugueses apresente uma acentuada melhoria terão de se adotar medidas preventivas⁸. Estas medidas de prevenção podem ter como ponto de partida a formação dos cuidadores, pois como referido por vários autores, os idosos são institucionalizados cada vez mais e mais cedo.^{6,9,15,16}

Estudos sobre as atitudes e educação para a saúde oral têm vindo a ser realizados, mas as tentativas de educação para um aumento da higiene oral não chegaram a resultados satisfatórios.^{6,15,17} Uma explicação plausível para este fato é a existência de uma lacuna entre o conhecimento e o comportamento, influenciado por atitudes e percepções em relação a higiene oral entre os cuidadores.^{6,15}

Assim sendo, a importância de uma higiene oral diária correta precisa de ser, cada vez mais, enfatizada nos currículos dos cuidadores. Também deve existir uma consciencialização na administração das instituições, para a importância dos conhecimentos em saúde oral e garantirem programas de educação para os cuidadores e que estes sejam suficientes para a execução da higiene.^{15,18}

A população em estudo apresentou uma mediana de idades de 34 anos, sendo a máximo encontrado de 64 anos e o mínimo de 18 anos, sendo estes valores ligeiramente inferiores aos encontrados em outros estudos efetuados em populações semelhantes.

No estudo realizado por Saliba et al. com uma amostra de 18 cuidadores, apresentaram uma idade média de 37,4 anos, sendo o mínimo 24 anos e o máximo 60 anos. Vieira et al. apresentaram no seu estudo uma população com idade média de 40 anos, sendo que a idade mínima foi de 24 e máxima de 59.^{19,20}

De acordo com Vieira et al. a idade relativamente baixa de alguns cuidadores deve-se à exigência física que esta profissão impõe, pois a dependência dos idosos demanda esforço físico. Por outro lado, este autor considera válido a existência de profissionais mais experientes, pois estes podem contribuir com outros aspetos como o bem-estar e a qualidade de vida do idoso, uma vez que o cuidador é influenciado por crenças, valores e experiências vividas na trajetória de vida pessoal e profissional.²⁰

Na análise de resultados chamou a atenção o fato de existirem cuidadores com mais de 60 anos, e portanto, são cuidadores idosos a cuidar de outros idosos.

Neste estudo observou-se que os cuidadores eram, na sua grande maioria, do sexo feminino (91,6%). A mesma tendência, embora apresentando percentagens inferiores, foi encontrada nos estudos de Saliba et al. e Vieira et al., sendo respetivamente 77,8% e 72,9%.^{19,20}

A predominância do sexo feminino a desempenhar papéis de cuidador de idosos, tem sido constante, podendo ser atribuído ao fato de que na sociedade atual, devido à sua cultura, se considere o papel de cuidar uma tarefa feminina.²¹ Outro fator que pode contribuir para esta maior prevalência do sexo feminino, é a existência de uma maior percentagem de idosas comparativamente a idosos, o que pode ser comprovado quando analisamos o topo da pirâmide de idades que se verifica ser maior para as mulheres.¹¹ Uma vez que a maioria dessas idosas necessita de auxílio com o banho, vestuário e higiene, as cuidadoras mulheres são mais indicadas para ajudarem nessas atividades. Apesar dos homens possuírem maior força física para auxiliar nas atividades da vida diária, são principalmente mulheres que realizam esta ação.^{20,22}

Em relação à escolaridade, a maior parte dos inquiridos, 44,7%, possuía o ensino secundário. Saliba et al. verificaram que 5,55% dos cuidadores não concluíram o ensino secundário, mais de 60% concluíram o Ensino Secundário e 83,3% possuíam um Curso Superior.¹⁹ No estudo de

Vieira et al. verificou-se que 54,2% possuía o Ensino Obrigatório (2º e 3º Ciclo do ensino básico), 33,9% possuía o Ensino Secundário e 1,7% possuía o Ensino Superior.²⁰

A escolaridade é fundamental, pois uma baixa escolaridade pode interferir, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados ao idoso. Uma falta de conhecimentos pode levar a uma deficiente qualidade dos serviços prestados, uma vez que o cuidador necessita de seguir dietas, prescrições e manusear medicamentos.²⁰

Saliba et al. relataram que pessoas com mais anos de escolaridade têm maior raciocínio lógico, estando mais habilitadas a executar atividades que requerem uma maior preparação intelectual.¹⁹

Quando foi questionado aos cuidadores se estes tinham realizado algum curso específico para trabalharem com idosos a maioria (67,5%) respondeu afirmativamente, ao contrário do que se verificou noutros estudos semelhantes. No estudo de Vieira et al. a maioria, 71,2% afirmou não ter recebido nenhum tipo de formação e no estudo de Saliba et al. 77,78% dos cuidadores não recebeu formação.^{19,20}

Segundo Lopes et al. a formação do cuidador analisada sobre a visão dos profissionais de saúde, apresenta-se incompleta, não atendendo às necessidades de cuidados orais diários da população idosa. Os conhecimentos transmitidos aos cuidadores são mais de carácter empírico e popular do que de carácter técnico-profissional.¹⁶

Tem vindo a ser referido por vários autores que cuidadores que não forem informados sobre a importância da saúde oral e da sua influência na saúde geral e não forem treinados para realizar as tarefas de higiene oral diária, dificilmente realizarão tal rotina.^{12,15,20,23}

No estudo de Forsell et al. verificaram que, à semelhança dos resultados apresentados neste presente estudo, 83% dos cuidadores conheciam a relação existente entre saúde oral e geral.²³ Este autor também referiu que a formação insuficiente dos cuidadores em saúde oral tem sido reconhecida como um dos principais obstáculos para a prestação de cuidados de higiene oral adequados aos idosos institucionalizados.²³ Sendo assim é necessário implementar educação relacionada com saúde oral nos cursos de formação para os cuidadores de idosos.^{12,24}

No que diz respeito às consequências de uma fraca higiene oral, Forseel et al. através do seu estudo realizado em idosos institucionalizados, referiu que a acumulação de placa bacteriana conduzia a um risco aumentado de desenvolver cáries dentárias, gengivite, assim como outras

infecções na cavidade oral. Além disso, cada vez mais estudos indicam uma relação clara entre infecções orais e complicações de saúde em geral.^{9,15,24,25}

Segundo Loker et al. conceitos como doença e saúde são difíceis de definir, pois referem-se a eventos complexos e multidimensionais, e têm significados que variam de acordo com o contexto vivido pelo indivíduo.²⁶ Em relação à percepção da saúde oral, referiu que está associada aos aspetos físicos e subjetivos relacionados com a cavidade oral e é influenciada por fatores sociais e culturais.²⁶

No nosso estudo, relativamente às principais causas para o aparecimento da cárie dentária a maioria dos cuidadores tinha razoáveis conhecimentos. Com estes resultados pudemos verificar que os cuidadores possuem ideias corretas relativamente à etiologia e prevenção da cárie dentária, mas em alguns casos, estes conhecimentos podem não ser postos em prática para auxiliar o idoso, uma vez que uma percentagem relativamente grande de cuidadores não auxilia o idoso autónomo na sua higiene oral diária. Oliveira et al. verificaram que os cuidadores não realizavam a higienização oral após alimentação, ficando tal cuidado à responsabilidade do idoso.²⁷

Os hábitos alimentares e de higiene têm um componente cultural muito forte e são muito difíceis de serem modificados. Assim a implementação de um programa que favoreça essas mudanças é fundamental para alcançar a qualificação dos cuidados direcionados a esses indivíduos.⁸

Neste estudo verificou-se que a consistência da alimentação da dieta dos idosos era, em 14,2% dos casos, predominantemente pastosa.

Lopes et al. verificaram que alimentos pastosos e com alto teor de sacarose são frequentemente oferecidos a idosos com dificuldade de deglutição como uma forma de demonstrar carinho e afeto.¹⁶ Vários autores referiram que estes alimentos pastosos são naturalmente aderentes á estrutura dentária e alimentos com alto teor de açúcar são aqueles que mais contribuem para o desenvolvimento da doença carie.^{16,28} Os idosos, normalmente, não utilizam na sua dieta alimentos fibrosos, o que provocaria uma remoção da placa bacteriana através do atrito.^{16,28,29}

No estudo de Vieira et al. relativamente às causas do aparecimento da cárie obteve resultados similares ao nosso estudo, a maioria referiu falta de higiene oral, 18,6% referiu o abuso do açúcar e 20,3% referiu o facto de não cuidar dos dentes.²⁰

A cárie dentária é uma doença de origem polimicrobiana e de caráter multifatorial. Os fatores etiológicos da cárie dentária podem ser agrupados em duas grandes categorias, os primários e os secundários. Nos fatores primários estão englobados os microorganismos cariogênicos, os tecidos dentários suscetíveis à dissolução ácida, a saliva e a presença de hidratos de carbono. Como fatores secundários, mais importantes, podemos enumerar a presença de flúor, a higiene oral, o estado de saúde geral, a predisposição genética e o estatuto socioeconômico.^{30,31}

Em relação às ações necessárias para prevenir a cárie dentária, uma elevada percentagem referiu uma “Boa Higiene oral” (17,2%); “Boa higiene oral e visitas regulares ao dentista” (14,2%) e “Boa higiene oral e alimentação” (3,6%), estes dados estão concordantes com os observados por Vieira et al.²⁰

No que diz respeito à doença periodontal, destacou-se o facto de uma grande percentagem de cuidadores não reconhecer o fato desta patologia poder levar à perda dos dentes (49,8%). Em relação às ações para a prevenção desta doença verificou-se que 2,5% desconhece de que forma esta patologia pode ser prevenida e mais de 50% não respondeu à questão.

De acordo com Vieira et al. depois dos 40 anos, a doença periodontal tem sido a principal causa para a perda de dentes. Este autor verificou que 39% dos cuidadores responderam que a doença periodontal pode levar à perda dos dentes e 5,1% responderam que não.²⁰

Estando comprovado o fato da doença periodontal afetar mais a população idosa, o cuidador de idosos devia estar mais familiarizado com esta doença, deveria ter conhecimento das causas e das formas de prevenção.^{19,20}

Lopes et al. referiram que os cuidadores deviam ter a capacidade de detetar uma lesão de cárie ou pelo menos perceber que algo diferente estaria a acontecer. Em relação à doença periodontal citou que era importante que o cuidador estivesse habilitado a perceber as indicações de atividade da doença periodontal e alterações gengivais como por exemplo o sangramento, tecidos moles edemaciados e supuração.¹⁶

Verificou-se que tanto os indivíduos que possuíam formação em saúde oral como os que não possuíam conheciam, na sua maioria, a influência da alimentação na saúde oral. O mesmo se verificou na influência da consistência dos alimentos.

O estudo de Saliba et al. e Vieira et al. obtiveram resultados semelhantes, sendo as percentagens um pouco inferiores, onde 83% e 83,1%, respetivamente, referiram que existia uma relação.^{19,20}

A crescente preocupação com a saúde oral dos idosos reside no fato, entre outros, de que a capacidade mastigatória está intimamente ligada à condição nutricional e esta à saúde geral dos indivíduos, podendo ocorrer desnutrição e diminuição da capacidade gustativa. O periodonto tende a ficar mais frágil, sofre reabsorções e expõe as raízes dos dentes.¹¹

Lopes et al. salientaram a importância da atenção que deve ser prestada a algumas alterações na saúde oral como sendo as alterações nas glândulas salivares, xerostomia, alterações nos dentes e próteses. Estes autores relataram que uma má condição de higiene oral, principalmente dos dentes e próteses, constituem um fator predisponente para doenças sistêmicas, e ou agravamento de condições patológicas de saúde dos idosos.¹⁶

Neste estudo concluiu-se que a grande maioria dos cuidadores refere não ter conhecimento das alterações presentes na cavidade oral dos idosos que podem indicar uma patologia. Os cuidadores devem ter conhecimento das principais patologias orais para que possam encaminhar o idoso para o diagnóstico e tratamento adequado. Neste sentido a identificação das lesões de prótese e o conhecimento de formas de avaliação da qualidade da higiene oral são de grande importância conhecer pois participam nos meios de prevenção para as principais patologias orais.^{11,22}

Neste estudo verificou-se que, na maior parte dos casos, existia um momento que envolvia a higiene oral no cronograma de tarefas do idoso. Dos cuidadores inquiridos 17,1% não auxiliava o idoso autônomo na higiene oral e 14,7% não auxiliava o idoso na higienização da prótese dentária. Observou-se uma maior tendência para a existência de instruções de higiene oral aos idosos quando o cuidador possuía formação específica para cuidar de um indivíduo idoso.

Lopes et al. afirmaram que a maioria dos idosos não consegue manter bons níveis de higiene oral ou das próteses dentárias sendo imprescindível, em muitos casos, o auxílio do cuidador. Sendo assim, é indispensável o conhecimento sobre o processo correto de efetuar este auxílio. Estes autores também referiram que a limitação física, assim como problemas visuais e/ou demência podem comprometer o autocuidado, resultando na acumulação de placa bacteriana.¹⁶

O fato de alguns cuidadores não auxiliarem os idosos na sua higiene oral diária pode dever-se ao fato de esta atividade ser vista pela população em geral como sendo de foro íntimo, dificultando e até mesmo impedindo, que programas de promoção de saúde oral sejam implementados na sua plenitude.^{15,16}

Relativamente à realização da higiene oral do idoso não autónomo, 15,3% refere não realizar e 16,1% referiu não realizar a higienização das próteses dentárias. Por outro lado, também se verificou que cuidadores que não possuíam formação específica realizavam, mesmo assim, a higiene oral do idoso. A higiene oral dos idosos, não autónomos, era realizada principalmente de manhã durante o banho.

A higienização de toda a cavidade oral do idoso não autónomo deve ocorrer pelo menos três vezes por dia, sob constante sucção da saliva para evitar a obstrução das vias aéreas. A escova dentária utilizada deve possuir haste longa, cabeça pequena e cerdas macias, a quantidade de pasta dentífrica fluoretada recomendada é a do tamanho de uma ervilha. Deve-se utilizar como meios auxiliares de higiene o fio ou fita dentária assim como o limpador de línguas. Os elixires devem ser utilizados em conjunto com a ação mecânica da escovagem e nunca para a substituir. A utilização de recursos que auxiliam a higiene oral são recomendados principalmente, o abre bocas.^{28,29}

Na população analisada verificou-se que 19,8% não têm o hábito de examinar a cavidade oral do idoso, uma percentagem elevada uma vez que 82,1% afirmou realizar a higiene oral do idoso.

Vieira et al. verificaram que 79,7% de cuidadores não realizava a higienização da boca do idoso e 50,8% dos cuidadores não tinha o hábito de examinar a boca do idoso, números comparativamente mais elevados aos encontrados no presente estudo.²⁰

A higienização após alimentação deve ser realizada todos os dias, ao acordar, após todas as refeições e no momento antes de deitar.³² Caso o idoso não seja autónomo, a mesma deverá ser realizada por um cuidador.¹⁸ A realização da higienização oral depende muito da existência de diretrizes impostas pelo próprio lar e do tempo que os cuidadores dispõem para realizar esta tarefa.¹⁰

Lopes et al. destacaram o fato de muitos dos idosos que são dependentes dos cuidadores para a realização dos cuidados de higiene oral, poderem ver feita essa higienização de forma irregular, insatisfatória ou com pouca frequência.¹⁶

Relativamente à higienização da prótese 83,9% referiu realizar, uma elevada percentagem referiu utilizar “comprimidos efervescentes” (42,5%).

No estudo de Vieira et al. verificaram que 76,35% realizava a higienização das próteses e a maior parte dos cuidadores utilizava pasta dentífrica.²⁰ Neste presente estudo o método de

higienização mais utilizado é mais eficiente, uma vez que o uso de dentífricos para higienizar a prótese deve ser evitado pois pode conter agentes abrasivos e pode causar desgaste da prótese. Para a higienização das próteses deve utilizar-se escova e sabão neutro depois de todas as refeições.²⁷

A falta de higienização das próteses dentárias leva a uma acumulação de microrganismos na resina acrílica, o que a torna um importante foco de infecções para o idosos.²⁸

Andrucioli et al. referiram que os microrganismos mais encontradas nas próteses dentárias eram os *Streptococcus mutans*, Leveduras, *Staphylococcus* e *Lactobacillus*. Estes microrganismos predis põem o indivíduo ao desenvolvimento de cárie dentária, periodontopatias e processos inflamatórios da mucosa oral.²⁹

Os métodos de limpeza da prótese dentária são divididos em três: os mecânicos que consistem na utilização da escova com sabão neutro ou um dentífrico não abrasivo, os químicos que consistem na emersão da prótese dentária em soluções químicas contendo peróxidos alcalinos e os combinados que combinam os dois procedimentos descritos anteriormente.^{28,29}

A promoção, prevenção e recuperação da saúde oral, devem ser inseridas na rotina de todas as instituições. As ações desenvolvidas em programas de educação para cuidadores de idosos devem promover a interação com as demais áreas do conhecimento, já que a avaliação da saúde oral e geral do idoso requer conhecimentos interdisciplinares e acompanhamento multiprofissional.¹⁸

Neste estudo verificou-se que 26,2% dos cuidadores referiu existir, na instituição onde trabalha um programa educativo dirigido ao cuidador; 91,7% dos cuidadores referiu estar interessado em participar num programa deste tipo e 93,6% referiu o interesse em aprender métodos de higiene oral personalizados para o idoso.

No estudo de Vieira et al. a percentagem de cuidadores que gostaria de aprender mais sobre saúde oral (85%) foi muito aproximado ao deste estudo.²⁰

Os cuidadores, quando questionados sobre as principais dúvidas em relação à saúde oral do idoso, responderam ter dúvidas sobre os métodos de higiene corretos em idosos acamados/não cooperantes e para os idosos autónomos (29,9%).

No estudo de Vieira et al. as principais dúvidas dos cuidadores residiam na doença periodontal 6,8% e métodos de higiene corretos (1,7%).²⁰

Perante este interesse dos cuidadores em saber mais sobre saúde oral é urgente refletir sobre a necessidade de desenvolver programas de apoio e orientação aos cuidadores, com o objetivo de qualifica-los, visando assim melhorar a assistência prestada aos idosos institucionalizados.

Neste estudo verificou-se que existia uma maior tendência para existir formação em saúde oral quando os cuidadores possuem formação em saúde geral ($p < 0,05$) o que comprova o fato de, vários estudos referirem que, as pessoas olham cada vez mais para a saúde oral como parte integrante da saúde geral.^{9,19,20,32}

Durante a recolha de dados deparámo-nos com diferentes situações. Se por um lado, alguns cuidadores apresentavam uma atitude muito positiva e uma procura de informação sobre a saúde oral do idoso, por outro lado, verificou-se um desconhecimento do que se passava na boca dos idosos, da sua importância para a qualidade de vida do idoso, da relação que a saúde oral possui com a saúde geral, assim como da necessidade de higienização não só dos dentes, como também da prótese e de toda a cavidade oral. Percebeu-se também que a maior parte dos cuidadores só realizavam a higienização da cavidade oral uma vez por dia. Este fato pode ser justificado por existir uma quantidade reduzida de cuidadores para uma grande quantidade de idosos e pelo fato do número de idosos com alterações psíquicas e motoras ser muito elevado. Estes idosos, com características muito específicas, estão altamente dependentes dos cuidadores, o que retira muito do tempo destes para auxiliar os idosos autónomos. Muitas vezes o trabalho dos cuidadores tem pouca visibilidade, a ocupação é subestimada e estes raramente têm oportunidade para a formação ou esta não é fornecida com a exigida frequência.

Os resultados deste estudo indicam a necessidade de maior atenção aos cuidados de saúde oral do idoso, que tem como ponto de partida a possibilidade de oferecer aos cuidadores mais formação para lidar com os problemas de saúde oral do idoso.

O estudo que se apresenta tem objetivos claros, mas pretende que a avaliação dos conhecimentos dos cuidadores em relação à saúde oral do idoso traga alguma informação útil e concreta para a população portuguesa de cuidadores de idosos institucionalizados. É urgente o controlo da situação real do nosso país e isto só é possível com a implementação de medidas preventivas e de recursos direcionados para a formação dos cuidadores.

Bibliografia

- 1-Almeida, A. P. A pessoa idosa institucionalizada em Lares-Aspetos e Contextos da Qualidade de Vida. *Dissertação de Mestrado*. Porto:Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2008.
- 2-Pinto, A. M. Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*.2006.11(2):74-86.
- 3- Almeida L , Costa P, Monteiro C, Lima E. Evaluation of nurse´s knowledge about oral hygiene of institutionalized elderly patients. *Int J Dent, Recife*. 2011.10(3):137-142.
- 4-Saúde, D. G. *Plano Nacional de Saúde*. Obtido em Novembro de 2013, de pns.dgs.pt
- 5- Ribeiro D, Pires I, & Pereira, M L.Comportamentos e Auto-percepção em Saúde Oral de uma População Geriátrica da região o Porto, Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilo Facial*. 2012.54(49):221-226.
- 6- Gavinha, S. C.Avaliação do Estado e Saúde Oral em Idosos Institucionalizados e Estudo das Repercussões do uso de Próteses Removíveis Desadaptadas nos Tecidos Dentários. *Dissertação de Doutoramento*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2010.
- 7- Rivaldo,E.,Padinha, D.,Frasca, L., & Rybu, B.Envelhecimento e saúde bucal. *Stomatos, Universidade Luterana do Brasil*. 2008.14(26):39-45.
- 8- Agostinho, P. Perspectiva Psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 2004.26:31-36.
- 9- Thomson, W. M.Epidemiology of oral health conditions in older people. *Gerodontology*. 2014.11:9-16.
- 10- Samson H. Long-Term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *European Journal of Oral Sciences*. 2009. 117:575-579.
- 11- Oliveira, M. A., Queirós, C., & Guerra, M. P. O Conceito e Cuidador Analisado numa perspectiva Autopoiética: Do Caos à Autopoiése. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2007. 8(2):181-196
- 12- Ferreira, J, Jr. E, Rocha R , Bartoletto Y & Hebling, E. Autopercepção e Conhecimentos de Saúde Bucal de Cuidadores de Idosos Institucionalizados. *XIX Congresso interno e iniciação científica*. Faculdade de Odontologia-FOP UNICAMP, 2011.

- 13- Zenthofer, A., Dieke, R., Dieke, A., Wege, K. C., Rammelsberg, P., & Hassel, A. J. Improving oral hygiene in the long-term care of the elderly- a RCT. *Community Dent Oral Epidemiol.*2013.pp. 261-268.
- 14- Ordem dos Médicos Dentistas. *Estratégia de Saúde Oral em Portugal - um conceito de transversalidade que urge implementar.* Porto: Plano Nacional de Saúde 2011-2016, 2010.
- 15- Sjogren, P., Kullberg, E., Hoogstraate, J., Johansson, O., Herbst, B., & Forsell, M. Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff. *Journal of advanced nursing.* 2010.345-349.
- 16- Lopes, A. Conhecimentos sobre saúde bucal de cuidadores de idosos: Uma revisão da literatura. Dissertação de Doutoramento em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
- 17- Miguel, M., Pinto, M., & Marcon, S. The dependence on aging process in the view of old age caregivers in a nursing home. *Revista electrónica de enfermagem.*2007.784-795.
- 18- Ferreira, M. Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. *Dissertação de Mestrado em Educação.* Bragança: Escola Superior de Educação de Bragança, 2012.
- 19- Saliba, N., Noimaz, S., Marques, J., Prado, R. Perfil dos cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.* 2007. 21(11):39-50.
- 20- Vieira, J., Massoni A., Freitas, C., Marinho F., Costa, C. Um olhar sobre os cuidadores de idosos de instituições geriátricas de João Pessoa: Perfil e Cuidados com a saúde bucal dos idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2011. 35(3):604-618.
- 21- Cornejo-Ovalle, M., Costa-de-Lima, K., Pérez, G., Borrell, C., Casals-Pedro, E. Oral health care activities performed by caregivers for Institutionalized elderly in Barcelona-Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013. 18(4), 641-649.
- 22- Braz, M. V. Estudo da Saúde Oral e Necessidades de Tratamento Em Idosos Institucionalizados. *Dissertação de Doutoramento.* Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, 2011.
- 23- Fonseca P, Areias C, Figueiral MH. Higiene de próteses removíveis. *Rev Portug de Estomatol, Med Dent e Cir Maxilofacial.* 2007.48(3):141-146.

24- Forsell, M., Sjogren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B. Attitudes and perception towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *International journal of Dental Hygiene*. 2011.199-203.

25- Reed, R., Broder, H., Jenkins G., Spivack, E., Janal, M., Oral health promotion among older persons and their care providers in a nursing home facility. *Gerontology*.2006.23:73-78.

26- Loker, D. Concepts of oral health, disease and quality of life. *Slade GD Measuring oral health and quality of life*.1997.11-23.

27- Oliveira, J., Marcolino, J., & Andrade, M.A formação do cuidador de idosos institucionalizados: ênfase na rotina da alimentação. *Estudo interdisciplinar do envelhecimento*. 2011.199-214.

28-Chalmers, J.M., Ettinger, R.L. Public health issues in geriatric dentistry in the United States. *Dent Clin North Am*. 2008.52(2):423-446.

29- Brondani, MA. Educação preventiva em odontogeriatrics: mais do que uma necessidade uma realidade. *Rev Odonto Cienc*.2002.7:57-61.

30- Douglas, B., Frank, A. Medical considerations relating to the oral health of older adults. *Spec Care Dentist*.2013.33(4): 164-176.

31-. Melo P., Azevedo A., Henriques M., Cárie dentária- a doença antes da cavidade. *Revista Médica da Criança e do Adolescente*. 2008.253-259.

32- Souza IR., Caldas CP., Atendimento domiciliário gerontológico: Contribuição para o cuidado do idoso na comunidade. *Rev Bras Prom Saúde*. 2008.21-61.

Anexos

Anexo 1

“Cuidadores de Idosos Institucionalizados - Avaliação das competências, formação e percepção sobre saúde oral”

Sou aluna da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e este ano realizo a minha Monografia de Investigação que está a ser orientada pela Prof.Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira e coorientada pela Prof.Doutora Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires. Nesse sentido, optei por desenvolver um projeto com os cuidadores de idosos institucionalizados, cujo objetivo primordial é contribuir para caracterizar esta população, em relação aos seus conhecimentos, percepções e ações relacionadas com os cuidados de saúde oral perante a saúde oral do idoso. Para a concretização deste objetivo, pretendo realizar um levantamento da informação necessária utilizando um questionário onde serão avaliados dois parâmetros essenciais: a formação, o cuidador e as ações realizadas, por este, para a promoção da saúde oral.

Este trabalho terá como principal benefício perceber as principais dúvidas e dificuldades do cuidador, para posteriormente, depois de analisadas e publicadas auxiliarem na elaboração de um programa de saúde oral direcionado aos cuidadores. E desta forma, ajudar os cuidadores de idosos institucionalizados a se prepararem para receber e responder às ansias e necessidades dos idosos no que diz respeito á saúde oral. Os participantes serão submetidos a um questionário composto por vinte e nove perguntas, estando salvaguardado o anonimato dos mesmos e dados recolhidos assim como será assegurado que a intervenção no âmbito desta investigação não coloque em risco o bem-estar do participante.

Desde já agradeço,

Declaro que recebi, li e compreendi a explicação do estudo:

(O/AParticipante)

O Investigador:

Sandra Cristina Freitas da Silva

TEL:914977853; sandracfreitas54@hotmail.com

A Orientadora:

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

TEL:220 901 100: Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-393 Porto PORTUGAL; mpereira@fmd.up.pt

A CoOrientadora:

Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires

TEL:220 901 100;Rua Dr. Manuel Pereira da Silva,4200-393 Porto PORTUGAL; ipires@fmd.up.pt

Anexo 2

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

_____ (nome completo) do cuidador do idoso institucionalizado, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação com o título “Cuidadores de Idosos Institucionalizados - Avaliação das competências, formação e percepção sobre saúde oral” conduzida pela investigadora Sandra Cristina Freitas da Silva na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, para a qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo participar no estudo. Sei que posso abandonar o estudo e que não terei que suportar qualquer penalização, nem quaisquer despesas pela participação neste estudo.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, consinto participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pela investigadora responsável sabendo que a confidencialidade dos participantes e dos dados a eles referentes se encontra assegurada.

Mais autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados para este e outros trabalhos científicos, desde que irreversivelmente anonimizados.

Data __/__/__

Assinatura do/a Participante

A Investigadora:

Sandra Cristina Freitas da Silva

Dados de contacto: (914977853; sandracfreitas54@hotmail.com; Rua Dr.Manuel Pereira da Silva, 4200-393 Porto PORTUGAL- 220901100)

A Orientadora:

Maria de Lurdes Lobo Pereira

Dados de contacto: (TEL:220 901 100; Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-393 Porto PORTUGAL; mpereira@fmd.up.pt)

A Co-Orientadora:

Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires

Dados de contacto: (TEL:220 901 100;Rua Dr. Manuel Pereira da Silva,4200-393 Porto PORTUGAL; ipires@fmd.up.pt)

Anexo 3

Este questionário tem como objetivo avaliar e caracterizar a **população de cuidadores de idosos institucionalizados**.

É constituído por 29 questões.

A participação no estudo é voluntária e toda informação fornecida é confidencial.

Agradeço a disponibilidade e colaboração neste estudo.

Questionário

Parte I: As questões seguintes são relativas a dados demográficos (idade, escolaridade e formação profissional...)

1. **Ano de nascimento?** |_|_|_|_|_|

2. **Sexo:**

₁ Feminino

₂ Masculino

3. **Qual a sua nacionalidade?**

₁ Portugal

₂ Outro País. Qual: _____

4. **Qual a sua escolaridade?**

₁ 1º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Primário) – entre 1 e 4 anos de escolaridade

₂ 2º Ciclo do Ensino Básico (5º e 6º ano) – entre 5 e 6 anos de escolaridade

₃ 3º Ciclo do Ensino Básico (7º, 8º e 9º ano) – entre 7 e 9 anos de escolaridade

₄ Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano) – entre 10 e 12 anos de escolaridade

₅ Ensino Superior

₆ Estudos Pós-Graduados (Mestrado/Doutoramento)

5. Como considera o seu estado de saúde oral em termos globais?

- ₁ Mau
- ₂ Razoável
- ₃ Bom
- ₄ Excelente

6. Fez algum tipo de curso específico relacionado com os idosos?

- ₁ Sim. Qual? _____
- ₂ Não

7. Durante a sua formação profissional, recebeu informação sobre saúde oral do idoso?

- ₁ Sim
- ₂ Não

7.1. E sobre saúde geral?

- ₁ Sim
- ₂ Não

7.2. Se não teve nenhum tipo de formação específica nessa área, o seu conhecimento em saúde oral e geral foi adquirido de que forma?

- ₁ Escola
- ₂ Dentista
- ₃ Família
- ₄ Leitura (panfletos, jornais, revistas, livros)
- ₅ Meios de comunicação (televisão, rádio)

8. Recebeu formação em relação às consequências que a fraca higiene oral pode ter na qualidade de vida do idoso?

- ₁ Sim
- ₂ Não

Parte II: As questões seguintes são relativas ao seu conhecimento, formação, ações realizadas a nível da saúde oral

A- Relativamente às doenças da cavidade oral e sua prevenção

9. Quais são as principais causas para o aparecimento da cárie dentária (pode assinalar mais que uma opção):

- ₁ Antibióticos
- ₂ Não ir ao dentista
- ₃ Má higiene oral
- ₄ Bactérias
- ₅ Consumir muito açúcar
- ₆ Envelhecimento
- ₉ Não sabe / Não responde

10. Tem conhecimento quais os alimentos com maior capacidade de provocar cárie dentária?

- ₁ Bolachas
- ₂ Pão
- ₃ Gomas
- ₄ Carne

11. Acha que a alimentação pode influenciar a saúde oral do idoso?

- ₁ Sim
- ₂ Não
- ₃ Não sei

11.1. E a consistências dos alimentos?

- ₁ Sim
- ₂ Não
- ₃ Não sei

12. A dieta dos idosos, da instituição onde trabalha, tem como principal consistência:

- ₁ Pastosa
- ₂ Pastosa e Fibrosa
- ₃ Fibrosa, Cereais e Carne

13. O que é preciso para prevenir a cárie?

14. A doença periodontal pode causar a perda dos dentes?

- ₁ Sim
- ₂ Não
- ₃ Não sei

15. O que é preciso para prevenir a doença periodontal?

16. Tem conhecimento das principais doenças orais que podem afetar um portador de prótese dentária?

- ₁ Sim; Quais _____
- ₂ Não

17. Considera que as alterações orais podem ser indicativas de que algo no organismo não está bem?

- ₁ Sim
- ₂ Não
- ₃ Não sei

B- Relativamente ao idoso autónomo

18. Estes idosos têm, no seu cronograma de tarefas, algum momento que envolva a higiene oral?

- ₁ Sim
- ₂ Não
- ₃ Não sei

19. Dá a estes idosos, instruções de higiene oral?

- ₁ Sim
- ₂ Não
- ₃ Não sei

20. Nos idosos que usam prótese, dá instruções de como a higienizar?

- ₁ Sim
- ₂ Não

C- Relativamente ao idoso não autónomo (acamado ou não)

21. Possui o hábito de examinar a boca destes idosos, como rotina?

- ₁ Sim
- ₂ Não

22. Auxilia ou realiza a higiene oral destes?

- ₁ Sim
- ₂ Não

23. Caso afirmativo, de que forma (Quem realiza, produto, acessórios):

24. O momento da higienização da boca, ocorre:

- ₁ Manhã no banho
- ₂ De manhã
- ₃ Após o almoço
- ₄ Após o jantar
- ₅ Antes de dormir
- ₆ Outro_____

25. Faz a higienização das próteses destes idosos?

- ₁ Sim
- ₂ Não
- ₃ Não sei

25.1. Em caso afirmativo, é utilizado algum produto específico?

- ₁ Sim; Produto_____
- ₂ Não
- ₃ Não sei

D- Relativamente à implementação de um programa e educação para a saúde oral direcionado para o cuidador

26. Na instituição onde trabalha, existe implementado algum tipo de programa de educação para a saúde oral do idoso dirigido aos cuidadores?

- ₁ Sim
₂ Não

No caso de não existir um programa de educação para a saúde oral:

27. Se lhe fosse dada a oportunidade de frequentar uma formação para adquirir conhecimentos, que lhe permitissem auxiliar a melhorar a saúde oral do idoso, aceitaria?

- ₁ Sim
₂ Não
₃ Não sei

28. Gostaria de aprender métodos de higienização oral, personalizados para o idoso?

- ₁ Sim
₂ Não
₃ Não sei

29. Quais são as suas principais dúvidas sobre a saúde oral?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 4

Ex.^{mo} Sr/a Diretor/a,

Do Lar de Idosos

No âmbito da realização da dissertação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, a estudante Sandra Cristina Freitas da Silva propõe-se realizar um projeto intitulado “Cuidadores de Idosos Institucionalizados – Avaliação das competências, formação e percepção sobre saúde oral”.

Para tal, vimos solicitar a colaboração de V. Ex^a, no sentido de autorizar a administração de um questionário (em anexo), aos Cuidadores de idosos, na instituição que dirige.

Agradecendo desde já a atenção e a colaboração dispensada, fico ao seu dispor para qualquer esclarecimento que seja necessário.

Com os meus melhores cumprimentos.

_____ Maria de Lurdes Lobo Pereira _____

A orientadora

Maria de Lurdes Lobo Pereira

(Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto)

Anexo 5

Anexo 6

DECLARAÇÃO

Monografia de Investigação/ Relatório de Atividade Clínica

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação/ Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

30/5/2014

A investigadora

Anexo 7

PARECER

(Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela Sandra Cristina Freitas da Silva com o título: “Cuidadores de Idosos Institucionalizados - Avaliação das competências, formação e percepção sobre saúde oral” está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

30/05/14

A Orientadora
