

## Saúde oral e alimentação numa população geriátrica

Márcia Raquel Coelho Dias <sup>1</sup>✉

Monografia de Investigação / Relatório de Atividade Clínica

Área de conhecimento Medicina Dentária Preventiva

Trabalho realizado sob a orientação de:

**Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira**

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

✉ Márcia Raquel Coelho Dias  
Rua Cónego Rafael Álvares da Costa, nº 43, Apt 64  
4715 – 288 Braga  
[marcia.rcdias@gmail.com](mailto:marcia.rcdias@gmail.com)

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira, agradeço-lhe a infinita disponibilidade manifestada, o incansável acompanhamento, a partilha do saber e as valiosas contribuições para este trabalho. Levo-a como uma inspiração para a vida.

À minha co-orientadora, Professora Isabel Pires pelos seus contributos e pela sua disposição e prestabilidade.

Ao professor Pedro Moreira da Faculdade de Ciências da Nutrição, à professora Maria Joana Carvalho da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto por me permitirem integrar este projeto e por toda a disponibilidade.

Aos colegas da FCNAUP E FADEUP que integraram este projeto comigo, um especial obrigada à Vanessa Valado da Faculdade de Desporto da UP cuja prestabilidade total contribuiu em muito para tornar todo o processo de recolha de dados possível.

À junta de Freguesia de Anta e de Espinho pelo espaço cedido para a realização das entrevistas e exames orais.

Aos participantes deste estudo pelo tempo e confiança devotada em mim.

A todos os que me ajudaram direta ou indiretamente a concluir este projeto, em especial à Cecília Miranda, Patrícia Costa, Ana Beleza, Ana Patrícia Dias, Filipa Pereira e Rita Rocha.

Aos meus amigos um profundo e sentido agradecimento por me estimularem intelectual e sentimentalmente

À minha família, a quem devoto o meu amor mais profundo, muito obrigada pelo apoio sem restrições. São vossas, esta e, todas as vitórias da minha vida.

À memória do meu avô.

“Mesmo que a rota da minha vida me conduza a uma estrela, nem por isso fui dispensado de percorrer os caminhos do mundo”, José Saramago

## Resumo

Ao processo de envelhecimento estão, por norma, associadas alterações fisiopatológicas, algumas delas com repercussão na cavidade oral. Apesar das doenças orais não apresentarem, de um modo geral, risco de vida podem ter consequências negativas ao nível da mastigação, da fonética, da estética e do bem-estar geral.

**Objetivos:** avaliar, numa população geriátrica, os comportamentos relacionados com a saúde oral e as restrições feitas na escolha dos alimentos e no modo de preparação dos mesmos devido a desconforto oral. **Métodos:** Estudo transversal, elaborado através da aplicação, por entrevista, de um questionário estruturado e da observação da cavidade oral numa população geriátrica não-institucionalizada. **Resultados:** A amostra foi constituída por 126 indivíduos, com idades compreendidas entre os 60 e os 85 anos, sendo a maioria, 69,8%, do sexo feminino. 59,5% referiu não ter problema dentários e 25,4% afirmou ter problemas gengivais. O índice médio de cárie da dentição permanente (CPO) encontrado foi de  $18,07 \pm 7,33$  (média  $\pm$  desvio padrão). Mais de um terço dos participantes, 43,7%, referiu evitar alimentos sólidos por desconforto na cavidade oral, dos quais, 74,5% evitam frutos duros, 38,2% frutos secos e 61,8% carnes vermelha. Quanto às alterações a que sujeitam os alimentos de modo a facilitar a sua ingestão 48,4% dos indivíduos afirmou cortar em pequenos pedaços/ralar a carne, o mesmo se passa relativamente ao peixe e à fruta onde esta resposta foi dada por 15% e 42% dos indivíduos respetivamente. Dos indivíduos inquiridos 20,6% afirmou cozer a fruta para facilitar a sua ingestão. Relativamente à associação entre o uso de prótese dentária, a sensação de boca seca e a presença de problemas gengivais com o evitar alimentos sólidos verificou-se uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). **Conclusão:** Foi perceptível que um comprometimento da saúde oral funcional parece estar associado a alterações na escolha dos alimentos e do modo de preparação destes.

## Palavras-Chave:

População Geriátrica; Saúde Oral; Nutrição; Evitar alimentos; Modificação alimentos.

## Abstract

Aging is a life stage that is accompanied by numerous pathophysiologic changes affecting oral and general health. Oral diseases don't show, in general, risk of life but can impact the level of mastication, phonetics, aesthetics and general welfare

**Objectives:** To evaluate, in a geriatric population, the association between food avoidance and modification due to oral health problems. **Methods:** A transversal study prepared by applying a structured questionnaire and oral cavity observation in a non-institutionalized elderly population. The sample consisted of 129 individuals, aged 60 to 85 years, most were female (69.8 %). 59.5% reported not having dental problems and 25.4% claimed to have gum problems. The average rate of decay of permanent teeth was found to be  $18.07 \pm 7.33$ . More than a third of the participants, 43.7% avoid solid food for discomfort in the oral cavity, of which 74.5% avoid fruits, 61.8% red meats and 38.2% dry fruits. 48.4% cut into small pieces or grind the meat, the same answer was given for the fish and the fruit with 15% and 42% respectively. 20.6% of those interviewed 20.6% bake the fruit to facilitate the intake. Regarding the use of dental prosthesis, the sensation of dry mouth and the presence of gum disease to avoid solid food there was a statistically significant ( $p < 0.01$ ). **Conclusion:** It was a perceptive impairment of functional oral health seems to be associated with changes in food avoidance and food modification.

### Key Words:

Geriatric Population, Oral Health, Nutrition, Food Avoidance; Food Modification

## **Introdução**

A população portuguesa, à semelhança do que acontece nos restantes países europeus, está a envelhecer. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, entre 1960 e 2000 verificou-se um incremento de 140% da população idosa.<sup>(1)</sup> O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios para a saúde pública na atualidade.

O envelhecimento surge associado a várias alterações anatómicas e fisiológicas, muitas delas no sistema estomatognático. Estas não representam em geral risco de vida mas afetam a fonética, estética, mastigação e o bem-estar dos indivíduos.<sup>(2-6)</sup>

A nutrição é uma importante determinante de saúde, influenciando a qualidade de vida e a incidência de doenças relacionadas com a idade.<sup>(7, 8)</sup>

A ausência parcial ou total de dentes, a presença de lesões cariosas e de alterações na mucosa, bem como, o uso de próteses inadequadas prejudica a qualidade da alimentação dos indivíduos.<sup>(7-11)</sup> Diversos estudos relacionam uma saúde oral debilitada com uma adaptação da dieta que assenta em evitar e modificar alimentos de modo diminuir o incómodo causado pela sua ingestão.<sup>(5, 8, 10).</sup>

Assim uma saúde oral diminuída pode ter influenciar o estado nutricional e deste modo ter um impacto negativo sobre a saúde geral.<sup>(10)</sup>

É comum encontrar problemas orais na população idosa, no entanto muitas vezes para estes outros problemas de saúde são a prioridade.<sup>(12)</sup> Os profissionais de saúde devem então, estar sensibilizados para os problemas de saúde oral, mostrando-se atentos aos seus sinais e sintomas e encaminhando os seus pacientes para o médico dentista.

São escassos em Portugal estudos que relacionem a alimentação com a saúde oral nas populações geriátricas. Dado o envelhecimento da população mundial, a tendência para o aumento dos problemas orais associados à idade e a possível inter-relação entre a saúde oral e o estado nutricional, este estudo teve como objetivo avaliar, numa população geriátrica, os comportamentos relacionados com a saúde oral e as restrições feitas na escolha dos alimentos e no modo de preparação dos mesmos devido a desconforto.

## **Materiais e Métodos**

### **Caracterização da amostra**

#### População alvo

Este estudo envolveu indivíduos idosos, não institucionalizados, que integram um projeto coordenado pela Faculdade de Desporto e pela Faculdade de Nutrição da Universidade do Porto.

#### Ética

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Os participantes receberam informação escrita (Anexo 1) e verbal respeitante aos objetivos e métodos do estudo, e só os que autorizaram a participação através da assinatura de um consentimento informado (Anexo 2), foram incluídos.

Foi efetuada a codificação dos questionários de acordo com as regras de proteção de dados.

#### Recolha dos dados

A recolha dos dados foi feita entre Fevereiro e Abril de 2012 e, foi realizada através da aplicação, por entrevista, de um questionário estruturado (Anexo 3) e de um exame oral. Dos 126 entrevistados 4 não autorizaram a avaliação oral, tendo apenas respondido ao inquérito.

### **Questionário**

A aplicação do questionário foi feita por um só investigador treinado, a autora, e segundo um protocolo estandardizado de modo a obter dados relativos a várias áreas.

Os participantes foram caracterizados sob o ponto de vista sociodemográfico (idade, género, estado civil, grau de escolaridade, rendimento individual, e rendimento do grupo familiar).

As variáveis nível de escolaridade, rendimento individual e rendimento do grupo familiar foram categorizadas, quando se pretendeu observar a associação entre estas e os comportamentos de promoção de Saúde Oral.

A auto caracterização da saúde oral foi efetuada através de variáveis que inferiam da auto percepção do estado de saúde oral, da necessidade de tratamento dentário, da importância da saúde oral na saúde geral, da existência de problemas dentários e gengivas bem como da sensação de boca seca.

Relativamente aos hábitos de higiene oral foi avaliada a frequência de escovagem e utilização de meios adicionais de remoção de placa bacteriana

Os participantes foram inquiridos sobre os alimentos que evitavam ingerir por incómodo causado na cavidade oral, e ainda sobre quais as alterações que efetuavam nos alimentos sólidos (carne, peixe e fruta) com o objetivo de facilitar a sua ingestão.

Os participantes foram questionados quanto ao tipo de prótese dentária que possuíam, modo e frequência de higienização das mesmas e quanto à auto percepção da necessidade de reabilitação protética.

Relativamente às variáveis relacionadas com cuidados de saúde oral foi avaliada a data da última visita ao dentista e o motivo dessa mesma consulta

### **Exame clínico**

A recolha de dados foi efetuada por um só investigador treinado, a autora.

Para efetuar a inspeção visual utilizou-se em cada exame um espelho bucal plano e sonda CPI Cada dente foi observado e registado acordo com os critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(6)</sup>, não tendo sido utilizados métodos complementares de diagnóstico.

Determinou-se em cada participante o índice de CPO - soma dos dentes cariados, perdidos e obturados),

Os índices foram determinados individualmente para cada indivíduo. Os valores médios dos índices foram obtidos pela soma dos valores individuais divididos pelo número de participantes.

As próteses foram ainda avaliadas como bem ou mal adaptadas e isto foi feito atendendo à retenção e estabilidade. Sendo registada do seguinte modo <sup>(13, 14)</sup>: Com as próteses colocadas na boca, imprimiu-se no maxilar superior, com a polpa de dois dedos, na porção anterior do palato, um suave movimento antero-posterior na prótese e, a nível dos pré-molares, efetuou-se uma ligeira tração para baixo. No maxilar inferior, foi exercida uma suave tração para cima nos incisivos e um leve movimento de deslizamento lateral nos caninos. Quando se avaliavam próteses parciais que não

incluíam as áreas ou dentes referidos, adotava-se o mesmo procedimento nas áreas/dentes que se encontravam mais próximo dos indicados. Assim, a retenção foi considerada boa se a prótese permanecia assente aquando da abertura da boca e má sempre que na abertura da boca, a prótese não oferecia a resistência às forças verticais ou laterais e se deslocava para oclusal. A estabilidade da prótese foi registada do seguinte modo <sup>(13, 14)</sup>: Foi aplicada uma pressão ligeira com a polpa dos dedos de ambos os lados da prótese, alternadamente, na região dos pré-molares. A estabilidade foi classificada e registada como boa se a prótese apresentava pouco ou nenhum movimento nas estruturas de suporte. E má se apresentava movimento que tornasse difícil o seu reassentamento.

Foi ainda observada a presença/ausência de irregularidades nos rebordos, a presença/ausência de lesões na mucosa de origem protética e o paciente questionado sobre incómodos no uso da prótese.

A prótese era considerada bem adaptada se não apresentasse nenhum problema nos parâmetros a cima descritos.

## **Estatística**

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados do programa estatístico SPSS 19.0 (*Statistical Package for Social Science*). As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e desvio padrão. Foi usado o teste de independência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) e o teste de Fischer, quando aplicável, para analisar a associação entre variáveis categóricas. Para verificar o grau de concordância intra-observador das medidas de cárie efetuadas foi aplicada o teste Alfa de Cronbach's a uma amostra aleatória de 10 indivíduos.

Foi utilizado o nível de significância 0,05.

## **Resultados**

### Caracterização sócio- demográfica

Na tabela I apresentam-se os dados relativos à caracterização sociodemográfica

A amostra foi constituída por 126 participantes, dos quais 69,8% eram do sexo feminino. As idades destes estavam compreendidas entre os 60 e os 85 anos de idade,



sendo a sua média de  $69,15 \pm 6,55$  (média  $\pm$  desvio padrão) . Mais de metade dos participantes (59,5%) possuía um nível de escolaridade inferior ao 4 ano.

A amostra incluiu indivíduos com rendimentos económicos individuais e do agregado familiar de valores bastante variados, como disposto na tabela I. A categoria definida por um rendimento individual entre os 201€ e os 400€ é aquela em que se enquadra o maior número de indivíduos (37,7%). O mesmo se observa para os rendimentos do agregado familiar entre os 401€ e os 600€ com uma percentagem de indivíduos nesta situação de 24,6%.

**Tabela I-** Caracterização sócio-demográfica dos participantes.

	<b>n (%)</b>
<b>Idade</b>	
56-75	105 (83,3)
76-85	21 (16,7)
<b>Género</b>	
Feminino	88 (69,8)
Masculino	38 (30,2)
<b>Escolaridade (anos)</b>	
Nenhuma	5 (4)
1-4	75 (59,5)
5-9	26 (20,6)
10-12	14 (11,1)
> 12	6 (4,8)
<b>Rendimento individual (€)</b>	
< 200	13 (10,3)
201- 400€	47 (37,3)
401- 600€	26 (20,6)
601- 1000€	20 (15,9)
>1001€	17 (13,4)
<b>Rendimento do grupo (€)</b>	
< 200	2 (1,6)
201- 400€	23 (18,3)
401- 600€	31 (24,6)
601- 1000€	28 (22,2)
1001-1500€	16 (12,7)
1501-2000€	11 (8,7)
>2000€	15 (11,9)

### Auto- caracterização da saúde oral

Os dados referentes à auto caracterização da Saúde Oral apresentam-se na Tabela II. Do total da amostra, 47% dos indivíduos inquiridos classificou o seu estado de saúde oral atual como Razoável, 29% como bom, 24% como mau e apenas 1% como excelente.

Mais de metade dos participantes, 59,5%, referiram não ter problemas dentários e 25,4% afirmou ter problemas gengivais. A sensação de boca seca foi percebida por 52,4% dos indivíduos. Quanto à necessidade de prótese dentária, 34,5% referiram necessitar deste tipo de tratamento. Questionados sobre a importância da saúde oral para o bem-estar geral, a maioria, 99,2% responde positivamente.

**Tabela II** – Auto caracterização do estado de saúde oral

	<b>n (%)</b>
<b>Estado de saúde oral</b>	
Excelente	30 (23,8)
Bom	59 (46,8)
Razoável	36 (28,6)
Mau	1 (0,8)
<b>Problemas dentários</b>	
Sim	50 (39,7)
Não	75 (59,5)
<b>Problemas gengivais</b>	
Sim	32 (25,4)
Não	94 (74,6)
<b>Sensação de boca seca</b>	
Sim	66 (52,4)
Não	60 (47,6)
<b>Necessita de prótese</b>	
Sim	19 (34,5)
Não	35 (63,6)
<b>Importância da Saúde Oral</b>	
Sim	1 (0,8)
Não	124 (98,4)
<b>Não sabe / Não responde</b>	
	1 (0,8)

### Caraterização dos fatores comportamentais relacionados com a saúde oral

Relativamente aos hábitos de higiene dentária e protética apenas 3,8% dos participantes afirmou não escovar os dentes, tendo 68,3% referido escovar 2 ou mais vezes ao dia. Quanto ao uso de meios adicionais de higiene oral, 43,7% referiu nunca usar, 15,1% afirmou usar todos os dias e 39,7% ocasionalmente. Questionados sobre o uso de prótese, 55,6% eram portadores de prótese dentária. Relativamente aos cuidados de higiene das próteses, 67,1% referiu higieniza-la após as refeições, 22,9% apenas uma vez ao dia e 10% usava outro modo de higienizar. Dentro desta ultima opção 8,8% indivíduos afirmaram colocar a prótese em água com lixívia uma vez ao dia e 1,3% declarou colocar em pastilha de desinfecção uma vez ao dia.

**Tabela III – Hábitos de higiene dentária e protética**

	<b>n (%)</b>
<b>Frequência de escovagem (dia)</b>	
Não escova	4 (3,8)
1 vez	28 (26,9)
2 vezes	45 (43,3)
3 vezes	26 (25,0)
<b>Meio adicional de higiene oral</b>	
Nunca	55 (43,7)
Sim, todos os dias	19 (15,1)
Sim, ocasionalmente	50 (39,7)
<b>Usa prótese dentária removível</b>	
Não	56 (44,4)
Sim	70 (55,6)
<b>Tipo de prótese</b>	
Superior e inferior	44 (62,9)
Superior	17 (24,3)
Inferior	9 (12,9)
<b>Como higieniza a prótese</b>	
Escova/Enxagua após refeições	47 (67,1)
Escova/Enxagua 1x ao dia	16 (22,9)
<b>Outro*</b>	7 (10)

\*Colocar em água com lixívia 1x ao dia; colocar em água com pastilha própria 1x ao dia

### Caraterização dos comportamentos associados à saúde oral

Relativamente aos cuidados médico dentários (Tabela IV), 54% dos participantes revelaram ter consultado o médico dentista há menos de 1 ano. Questionados acerca do motiva da última consulta, 27% afirmou dever-se à colocação de prótese, 27% revelou que o motivo foi dor e 20% referiu consulta de rotina.

**Tabela IV** – Caraterização da procura de cuidados médico-dentários

	<u>n (%)</u>
<b>Consulta Médico Dentista (anos)</b>	
≤ 1 ano	68 (54,0)
1 - 3 anos	28 (22,2)
> 3 anos	25 (19,8)
Não sabe / Não responde	5 (4,0)
<b>Motivo da consulta</b>	
Rotina	26 (20,6)
Dor	34 (27,0)
Prótese	34 (27,0)
Outro	22 (17,5)
Não sabe / Não responde	3 (5,6)

### Índices de cárie

O índice médio de cárie da dentição permanente (CPO) encontrado foi de  $18,07 \pm 7,33$  (média  $\pm$  desvio padrão). Verificou-se que o maior peso do índice CPO era constituído por dentes perdidos com uma média de  $12,91 \pm 9,7$ . A média de dentes cariados é de  $2,1 \pm 2,8$  e a média de dentes obturados  $3,03 \pm 2,92$ .

O índice médio de cárie foi calculado com base na observação da cavidade oral pela investigadora. Foi obtido um valor alfa de Cronbach's de 0,98 quando se avaliou o grau de concordância inter-observador para as medidas de cárie efectuadas.

### Adaptação das próteses dentárias

Dos 126 indivíduos que integraram este estudo 55,6% utilizavam prótese dentária, dos quais 8,6% possuíam prótese inferior mal adaptada e 4,3% prótese superior mal adaptada.

### Alterações nos hábitos alimentares por desconforto na cavidade oral

As alterações alimentares condicionadas pelo estado de saúde oral dos participantes encontram-se descritas nas tabelas IV e V.

Cerca de 43,7% dos indivíduos assumiram evitar determinados alimentos sólidos por desconforto na cavidade oral, dos quais, 74,5% evitam frutos duros (maças e pêras), 38,2% frutos secos e 61,8% carnes vermelhas. Relativamente aos alimentos líquidos, são evitados por 38 dos participantes, dos quais, 81,1% evita alimentos frios ou gelados e 13,5% quentes. No que respeita às alterações a que os participantes sujeitam os alimentos de modo a facilitar a sua ingestão 48,4% dos indivíduos afirmou cortar (em pedaços pequenos)/ralar ou moer a carne. O mesmo se passa relativamente ao peixe e à fruta onde esta resposta foi dada por 15% e 42% dos indivíduos respetivamente. Dos inquiridos 20,6% afirmou cozer a fruta para facilitar a sua ingestão. 2,3% disse fazer o mesmo para o peixe e 16,6% para a carne.

**Tabela IV – Alimentos evitados por desconforto na cavidade oral**

	n (%)
<b>Evita consumir alimentos sólidos</b>	
Sim	57 (45,3)
Não	69 (54,8)
<b>Evita Frutos duros</b>	
Sim	41 (74,5)
Não	14 (25,5)
<b>Evita frutos secos</b>	
Sim	21 (38,2)
Não	34 (61,8)
<b>Evita Carnes vermelhas</b>	
Sim	34 (61,8)
Não	21(38,2)
<b>Evita alimentos líquidos</b>	
Sim	38 (30,2)
Não	88 (69,8)
<b>Evita alimentos Frios/Gelados</b>	
Sim	30 (81,1)
Não	7 (18,9)
<b>Evita alimentos Quentes</b>	
Sim	5 (13,5)
Não	32 (86,5)

**Tabela V-** Caracterização das alterações alimentares

	<u>n (%)</u>
<b>Alterações à carne</b>	
Nenhuma	57 (45,2)
Cortar/Ralar/Moer	61 (48,4)
Cozer	21 (16,6)
<b>Alterações ao peixe</b>	
Nenhuma	105 (83,3)
Cortar/Ralar/Moer	19 (15)
Cozer	3 (2,3)
<b>Alterações aos frutos</b>	
Nenhuma	55 (43,7)
Cortar/Ralar/Moer	53 (42)
Descascar	7 (5,5)
Cozer	26 (20,6)

\*A soma das percentagens não dará 100% visto haver indivíduos que realizavam mais que um tipo de alteração em casa alimento

#### Relação entre condição oral e alterações alimentares

Relativamente à associação entre evitar alimentos sólidos e o uso de prótese dentária verificou-se que esta era estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). O mesmo sucede na associação entre o hábito de evitar alimentos sólidos e a sensação de boca seca ( $p = 0,03$ ).

Verificou-se também uma associação positiva entre a presença de problemas gengivais e evitar alimentos sólidos ( $p = 0,03$ ), o mesmo não aconteceu quando se tentou estabelecer esta relação com a presença de problemas dentários.

Foi ainda verificada a relação entre a presença de problemas gengivais e a necessidade de proceder a alterações nos alimentos para facilitar a sua ingestão ( $p = 0,02$ ).

#### **Discussão**

Este estudo teve como objetivo avaliar, numa população geriátrica, os comportamentos relacionados com a saúde oral e as restrições feitas na escolha dos alimentos e no modo de preparação dos mesmos devido a desconforto.

A população estudada apresentava, em média, uma baixa escolaridade e baixos rendimentos. A baixa escolaridade da amostra pode ser justificada pelo facto desta população ter crescido num período em que a escolaridade obrigatória em Portugal era de apenas três anos de ensino, correspondendo à 1ª, 2ª e 3ª classe e a 4ª classe tinha um carácter facultativo.<sup>(15)</sup>

Observa-se em diversos estudos uma associação entre a baixa escolaridade e rendimentos e uma maior dificuldade em perceber as necessidades de tratamentos médico dentários, bem como uma menor procura dos mesmos devido a restrições financeiras.<sup>(16, 17)</sup> Na nossa amostra no entanto não se verificou nenhuma destas relações.

Relativamente à data da última consulta médico dentária 65,7% dos participantes afirmou ter sido há menos de um ano, sendo esta a frequência desejável uma vez que consultas médico dentárias regulares são importantes para a manutenção de uma boa saúde oral e para prevenção de problemas futuros.<sup>(18)</sup> A dor foi referida por 27% dos inquiridos como motivo da última consulta, a mesma percentagem referiu ter sido a necessidade de tratamento protético. Estes dados vão de encontro ao relatado noutros estudos onde é referido que as consultas dentárias na população idosa apresentam uma maior probabilidade de estarem relacionadas com processos sintomáticos ou necessidade de tratamento protético do que com situações de rotina.<sup>(19, 20)</sup>

Quando questionados acerca dos hábitos de higiene oral uma percentagem, elevada, 45%, afirmou escovar os dentes duas ou mais vezes ao dia. Segundo Kossioni et al<sup>(21)</sup> a debilitação da saúde oral em idosos ocorre principalmente quando há uma frequência diminuída dos cuidados médico-dentários e negligência da higiene oral, indo portanto estes resultados de encontro ao desejável.<sup>(21)</sup> Para isto pode contribuir o facto dos participantes não estarem institucionalizados, uma vez que em idosos institucionalizados é verificado um pior estado de saúde oral associado a cuidados de higiene diminuídos e à restrição dos cuidados médico-dentários apenas a situações de emergência e não à manutenção dentária<sup>(22)</sup>.

Ainda em relação aos hábitos de higiene oral, os portadores de prótese revelaram bom nível de higiene, sendo que, 67,1% dos participantes higieniza a prótese após todas as refeições. A correta manutenção e limpeza das próteses dentárias é necessária para a

saúde das estruturas orais envolventes, uma vez que, a falta de higiene relaciona-se com uma maior prevalência de inflamações e infecções orais <sup>(23, 24)</sup>.

Relativamente à auto percepção da condição de saúde oral 46,8% dos participantes classifica a sua como boa apesar do elevado número de perdas dentárias. Este dado é consistente com o relatado por Esmeriz et al<sup>(25)</sup> sobre os idosos considerarem usualmente a sua condição oral como boa, ainda que tenham muitas perdas dentárias e alterações orais consideráveis. O mau estado oral é normalmente associado por estes a situações de dor, hemorragia, mobilidade e problemas com mastigação.<sup>(25)</sup> Esta desvalorização da saúde oral na população idosa tem sido descrita como resultante de uma adaptação às condições existentes, com consequente desvalorização da situação de doença<sup>(25)</sup>. Na nossa amostra foi consensual a consciência da importância de uma boa saúde oral no bem-estar geral.

A função oral, nomeadamente a função mastigatória, nos idosos é influenciada por dois fatores principais: a quantidade e qualidade dos dentes e a quantidade de saliva<sup>(26-28)</sup>.

A acomodação dos idosos a situações de edentulismo e/ou estados dentários/protéticos que limitem a capacidade mastigatória leva à adaptação das suas refeições às capacidades disponíveis, havendo tendência para evitar as dietas fibrosas, o consumo de vegetais e de frutas pelas dificuldades levantadas na mastigação destes alimentos.<sup>(26, 27, 29, 30)</sup> Estes dados corroboram os encontrados neste estudo onde 45,3% dos participantes afirmou evitar alimentos sólidos e de, entre estes, os frutos secos, as frutas duras e as carnes vermelhas terem sido os mais mencionados.

Quando questionados sobre as alterações a que sujeitam os alimentos para facilitar a sua ingestão, o hábito de cortar em pedaços pequenos/moer os mesmos foi o mais referido. Tendo sido também mencionado o hábito de descascar e cozer a fruta, bem como cozer a carne peixe. Estes resultados vão de encontro ao relatado em estudos anteriores onde se refere que os idosos desenvolvem estratégias de preparação e consumo dos alimentos de modo a facilitar a sua ingestão, sendo estas alterações um modo de manter determinados alimentos, de maior dureza e portanto de difícil mastigação, na sua dieta.<sup>(8)</sup>

Os vegetais e frutas cruas e carnes são as principais fontes de muitos nutrientes essenciais como as vitaminas C, A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> e B<sub>12</sub>, ácido fólico e minerais como cálcio e ferro.<sup>(29)</sup> Há estudos que associam os problemas orais, por condicionarem a escolha e modo de preparação dos alimentos, com a ingestão de determinados nutrientes.<sup>(29, 31)</sup>



A sensação de boca seca foi referida pela maioria dos participantes. Esta, acompanhada ou não da diminuição do fluxo salivar é uma situação comum na terceira idade.<sup>(32)</sup> Este problema deve-se a variadas causas, tais como o processo normal de envelhecimento, a polimedicação ou a presença de patologias sistémicas.<sup>(32)</sup> A sua diminuição dificulta a deglutição e mastigação o que legitima a relação estatisticamente significativa entre evitar alimentos sólidos e a sensação de boca seca que verificamos neste estudo.

Foi também possível estabelecer uma relação entre a presença de problemas gengivais e evitar os alimentos sólidos. O que pode ser justificado pelo facto de associado á idade surgirem problemas gengivais e periodontais que levam ao desconforto oral e podem condicionar mobilidade dentária o que acarreta dificuldade na mastigação de alimentos de maior dureza.<sup>(33)</sup>

Em conclusão, neste estudo foi perceptível que um comprometimento da saúde oral funcional parece estar associado a alterações na escolha dos alimentos e no modo de preparação destes. É necessária a elaboração de programas de prevenção, motivação e educação para a saúde oral, bem como um acompanhamento nutricional deste segmento etário.

## Bibliografia

1. INE. O Envelhecimento em Portugal - Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. 2012; Available from: [http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades\\_29.pdf](http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf) [Consultado a 15-03-2012].
2. Naik AV, Pai RC. Study of emotional effects of tooth loss in an aging north Indian community. ISRN dentistry. 2011;2011:395498. Epub 2011/12/29.
3. Guiglia R, Musciotto A, Compilato D, Procaccini M, Lo Russo L, Ciavarella D, et al. Aging and oral health: effects in hard and soft tissues. Current pharmaceutical design. 2010;16(6):619-30. Epub 2010/04/15.
4. Bianco VC, Lopes ES, Borgato MH, Moura e Silva P, Marta SN. [The impact on life quality due to oral conditions in people fifty years or above]. Cien Saude Colet. 2010;15(4):2165-72. Epub 2010/08/10. O impacto das condicoes bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida.
5. Shtereva N. Aging and oral health related to quality of life in geriatric patients. Rejuvenation research. 2006;9(2):355-7. Epub 2006/05/19.
6. Organization WH. Oral health surveys: basic methods: World Health Organization; 1997.
7. Quandt SA, Savoca MR, Leng X, Chen H, Bell RA, Gilbert GH, et al. Dry mouth and dietary quality in older adults in north Carolina. J Am Geriatr Soc. 2011;59(3):439-45. Epub 2011/03/12.
8. Savoca MR, Arcury TA, Leng XY, Chen HY, Bell RA, Anderson AM, et al. Association Between Dietary Quality of Rural Older Adults and Self-Reported Food Avoidance and Food Modification Due to Oral Health Problems. Journal of the American Geriatrics Society. 2010;58(7):1225-32.
9. Moriya S, Tei K, Yamazaki Y, Hata H, Shinkai S, Yoshida H, et al. Relationships between perceived chewing ability and muscle strength of the body among the elderly. J Oral Rehabil. 2011. Epub 2011/02/24.
10. Quandt SA, Chen H, Bell RA, Savoca MR, Anderson AM, Leng X, et al. Food avoidance and food modification practices of older rural adults: association with oral health status and implications for service provision. The Gerontologist. 2010;50(1):100-11. Epub 2009/07/04.
11. Wells JL, Dumbrell AC. Nutrition and aging: assessment and treatment of compromised nutritional status in frail elderly patients. Clinical interventions in aging. 2006;1(1):67-79. Epub 2007/12/01.
12. Vargas CM, Yellowitz JA, Hayes KL. Oral health status of older rural adults in the United States. Journal of the American Dental Association. 2003;134(4):479-86. Epub 2003/05/08.
13. MH F. Tese de Doutoramento - Estomatite Protética -  
Identificação e caracterização dos factores etiológicos e predisponentes. 2000.
14. Areiras C. Dissertação de mestrado - Grau de Satisfação de Pacientes Portadores de Prótese Removível 2007.
15. O Sistema educativo e o seu desenvolvimento; [www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information.../213/7009PT\\_2.pdf](http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information.../213/7009PT_2.pdf) aeMd.
16. Evren BA, Uludamar A, Iseri U, Ozkan YK. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. Archives of gerontology and geriatrics. 2011;53(3):252-7. Epub 2011/01/29.

17. Petersen, PE. Social inequalities in dental health. Towards a theoretical explanation. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990;18:153-158.
18. Brothwell DJ, Jay M, Schonwetter DJ. Dental service utilization by independently dwelling older adults in Manitoba, Canada. *Journal*. 2008;74(2):161-f. Epub 2008/03/21.
19. MacEntee MI, Hole R, Stolar E. The significance of the mouth in old age. *Social science & medicine* (1982). 1997;45(9):1449-58. Epub 1997/11/14.
20. Niessen LC, Gibson G. Aging and oral health for the 21st century. *General dentistry*. 2000;48(5):544-9. Epub 2001/02/24.
21. Kossioni AE, Dontas AS. The stomatognathic system in the elderly. Useful information for the medical practitioner. *Clinical interventions in aging*. 2007;2(4):591-7.
22. Kandelman D PP, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist*. 2008;28:224–36.
23. Jablonski RA. Oral health and hygiene content in nursing fundamentals textbooks. *Nursing research and practice*. 2012;2012:372617. Epub 2012/05/09.
24. Bissett S, Preshaw P. Guide to providing mouth care for older people. *Nursing older people*. 2011;23(10):14-21. Epub 2012/01/20.
25. Esmeriz CE, Meneghim MC, Ambrosano GM. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*. 2011. Epub 2011/04/22.
26. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, et al. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *Journal of dental research*. 2001;80(2):408-13. Epub 2001/05/03.
27. Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. *Public health nutrition*. 2001;4(2B):569-91. Epub 2001/10/31.
28. Marcenes W, Steele JG, Sheiham A, Walls AW. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2003;19(3):809-16. Epub 2003/06/14.
29. Hung HC, Willett W, Ascherio A, Rosner BA, Rimm E, Joshipura KJ. Tooth loss and dietary intake. *Journal of the American Dental Association*. 2003;134(9):1185-92.
30. Rugg-Gunn AJ. Nutrition, diet and oral health. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*. 2001;46(6):320-8. Epub 2002/01/05.
31. Marshall TA, Warren JJ, Hand JS, Xie XJ, Stumbo PJ. Oral health, nutrient intake and dietary quality in the very old. *Journal of the American Dental Association*. 2002;133(10):1369-79. Epub 2002/10/31.
32. Navazesh M. Dry mouth: aging and oral health. *Compendium of continuing education in dentistry*. 2002;23(10 Suppl):41-8. Epub 2003/06/07.
33. Ettinger RL. Oral health and the aging population. *Journal of the American Dental Association*. 2007;138 Suppl:5S-6S. Epub 2008/04/23.

## Anexos

## Anexo 1

### **Explicação do estudo**

O meu nome é Márcia Raquel Coelho Dias e sou aluna finalista do curso de Medicina Dentária na Universidade do Porto. Para a realização da minha Tese de Mestrado Integrado escolhi “Saúde Oral e Alimentação numa população geriátrica” como tema principal. Para tal contribuiu o meu interesse pela área da nutrição. Por outro lado, foi também ponto determinante para a minha escolha, a sabida importância da cavidade oral na digestão e na alimentação e, muito embora, este assunto se encontre pouco estudado e lhe seja dado pouco enfoque, a possibilidade de estabelecer uma relação entre estas duas áreas. Este tema assume uma relevância ainda maior junto das populações idosas, pois, associado ao envelhecimento está por norma o aparecimento de doenças cuja origem ou evolução está diversas vezes associado à nutrição. Neste contexto, foi idealizado e construído um questionário (em anexo) que permitirá perceber a auto-percepção que os idosos da população estudada possuem da sua condição oral e do impacto que esta pode ter na saúde geral, os hábitos de higiene oral, bem como, as alterações que efectuaram à sua dieta, líquida ou sólida, devido à sua condição oral. Este questionário permitirá ainda compreender quais as alterações que passaram a ser necessárias efectuar nos alimentos de modo facilitar a sua ingestão. Este é um instrumento que servirá para a realização do estudo no qual basearei a minha Tese de Mestrado Integrado, é completamente anónimo e consiste numa série de respostas simples e objectivas. Ainda neste contexto, será realizado um exame clínico por um examinador com auxílio de espelho e sonda periodontal devidamente esterilizados.

Peço assim a sua autorização para participar no presente estudo, uma vez que, para além de ajudar no desenvolvimento da minha Tese, contribuirá para o desenvolvimento de estratégias reais e eficazes para melhoria da saúde oral dos idosos.

Márcia Raquel Coelho Dias, aluna do 5.º Ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da UP; 9161222610; [marcia\\_rcdias@hotmail.com](mailto:marcia_rcdias@hotmail.com); Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-393 Porto PORTUGAL - 220901100

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

---

(O participante)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

\_\_\_\_\_ (nome completo), compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação com o título “*Saúde Oral e Alimentação numa população geriátrica*” conduzida pela investigadora Márcia Raquel Coelho Dias da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, para a qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

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

Nestas circunstâncias consinto participar neste projecto 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 participante:

\_\_\_\_\_

A Investigadora:

\_\_\_\_\_

**Márcia Raquel Coelho Dias**

Contactos pessoais (916222610; [lmd06065@fmd.up.pt](mailto:lmd06065@fmd.up.pt)), Contacto Faculdade (220 901 100)

A Orientadora:

\_\_\_\_\_

**Lurdes Ferreira Lobo Pereira**

Contactos Faculdade (Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-392 Porto; 220 901 100; [mpereira@fmd.up.pt](mailto:mpereira@fmd.up.pt))

<b>Código do inquirido</b> (a preencher pelo inquiridor)				
--	--	--	--	--

Este questionário destina-se a caracterizar a saúde oral e sua relação com a alimentação na população idosa.

É constituído por 13 questões. O tempo estimado de resposta ao questionário é de aproximadamente 15 minutos.

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

A sua colaboração neste questionário é importante para caracterizar o conhecimento dos cuidados de saúde oral em geriatria.

Agradeço a disponibilidade e colaboração.

## QUESTIONÁRIO

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

- <sub>1</sub> Mau
- <sub>2</sub> Razoável
- <sub>3</sub> Bom
- <sub>4</sub> Excelente
- <sub>9</sub> Não sabe / Não Responde

### 2. Acha que a saúde oral é importante para o bem-estar geral?

- <sub>0</sub> Não
- <sub>1</sub> Sim
- <sub>9</sub> Não sabe / Não responde

### 3. Tem algum problema com os dentes?

- <sub>0</sub> Não
- <sub>1</sub> Sim
- <sub>9</sub> Não sabe / Não responde

### 4. Tem algum problema com as gengivas?

- <sub>0</sub> Não
- <sub>1</sub> Sim
- <sub>9</sub> Não sabe / Não responde

**5. Sente, com frequência, a boca seca?**

- <sub>0</sub> Não  
<sub>1</sub> Sim  
<sub>9</sub> Não sabe / Não responde

**6. Com que frequência escova os dentes por dia?**

- <sub>0</sub> Não escova  
<sub>1</sub> 1 Vez  
<sub>2</sub> 2 Vezes  
<sub>3</sub> 3 Vezes  
<sub>9</sub> Não sabe / Não responde

**7. Para além da escova utiliza algum meio adicional de limpeza dos seus dentes e gengivas (colutório/fio dentário /escovilhão)?**

- <sub>0</sub> Nunca  
<sub>1</sub> Sim, todos os dias  
<sub>2</sub> Sim, ocasionalmente (apenas quando sinto necessidade)  
<sub>9</sub> Não sabe / Não responde

**8. Evita consumir alimentos sólidos (carne, peixe ou fruta) devido a problemas com os dentes ou gengivas?**

- <sub>0</sub> Não  
<sub>1</sub> Sim (Quais:  
\_\_\_\_\_  
<sub>9</sub> Não sabe / Não responde

**9. Qual a alteração a que sujeita os alimentos sólidos para facilitar a sua ingestão?**

Carne \_\_\_\_\_

Peixe \_\_\_\_\_

Fruta \_\_\_\_\_



**10. Evita consumir alimentos líquidos (quentes, frios ou gelados) devido a problemas com os dentes ou gengivas?**

<sub>0</sub> Não

<sub>1</sub> Sim (Quais:

---

<sub>9</sub> Não sabe / Não responde

**11. Usa Prótese dentária?**

<sub>0</sub> Não

<sub>1</sub> Sim

<sub>9</sub> Não sabe / Não responde

**11.1 Se sim:**

<sub>1</sub> Superior e Inferior (Total \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_)

<sub>2</sub> Só superior (Total \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_)

<sub>3</sub> Só inferior (Total \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_)

**11.2. Se sim, como a higieniza?**

<sub>1</sub> Escova a prótese sempre após as refeições

<sub>2</sub> Escova a prótese apenas 1x ao dia

<sub>3</sub> Passo a prótese por água sempre após as refeições

<sub>4</sub> Passo por água após as refeições

<sub>5</sub> Outra \_\_\_\_\_

**11.3. Se não, tem necessidade de usar?**

<sub>0</sub> Não

<sub>1</sub> Sim }  
                  }  Superior e Inferior  
                  }  Só superior  
                  }  Só inferior

**12. Quando consultou o médico dentista pela última vez?**

- <sub>1</sub> Há menos de 1 ano
- <sub>2</sub> Entre 1 - 3 anos
- <sub>3</sub> Há mais 3 anos
- <sub>9</sub> Não sabe / Não responde

**13. Recorda-se do motivo da última ida ao dentista?**

- <sub>1</sub> Rotina
- <sub>2</sub> Dor
- <sub>3</sub> Prótese
- <sub>4</sub> Nunca visitou
- <sub>5</sub> Outro
- <sub>9</sub> Não sabe / Não responde

**Muito Obrigado pela sua Colaboração!**

Observação Oral

Código do inquirido (a preencher pelo inquiridor)

### REGISTO DE CÁRIE

17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27

47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37

DP	Códigos
0	São
1	Cariado
2	Obturado, com cárie
3	Obturado, sem cárie
4	Perdido, por cárie
5	Perdido, por outro motivo
6	Selante de fissura
7	Prótese fixa /coroa especial ou implante
8	Dente não erupcionado
10	Trauma
9	Não registado

### Prótese dentária total?

<sub>0</sub> Não

<sub>1</sub> Sim

Superior e Inferior

Só superior

Adaptada

Não adaptada

Só inferior

Adaptada

Não adaptada

### Prótese dentária parcial?

<sub>0</sub> Não

<sub>1</sub> Sim

Superior e Inferior

Só superior

Adaptada

Não adaptada

Só inferior

Adaptada

Não adaptada