

Inês Melo Sobral De Lemos

A Importância Da Qualidade de Vida na Saúde oral dos idosos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2013



Inês Melo Sobral de Lemos

A importância da Qualidade de Vida na Saúde oral Dos Idosos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2013

Inês Melo Sobral de Lemos

A Importância da Qualidade de Vida na Saúde oral Dos Idosos

A Aluna

---

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa

Como parte dos requisitos para obtenção do grau de

Mestre em Medicina Dentária.

## **Dedicatória**

*A ti dedico esta vitória, Pai onde quer que estejas vais-me sempre acompanhar, tenho a certeza que foste a estrelinha que me guiou nos piores momentos desta caminhada e também sei que te enchi de orgulho, tudo que conquistei é por ti e para ti.*

*“Saudade é não saber. Não saber o que fazer com os dias que ficaram mais compridos, não saber como encontrar tarefas que lhe cessem o pensamento, não saber como frear as lágrimas diante de uma música, não saber como vencer a dor de um silêncio que nada preenche. ”Marta Medeiro”.*

## **Agradecimentos**

À Prof. Doutora Sandra Gavinha, orientadora deste trabalho, o meu sincero reconhecimento pelo apoio, aprendizagem, disponibilidade e por todos os ensinamentos ao longo deste trabalho.

À minha Super Mãe pela paciência, motivação, amor incondicional com que me brindou em todos os momentos da minha vida, e por me ter ajudado a concretizar um sonho de criança, sem ti não seria possível.

Ao Paulo pela amizade e presença em todos os momentos desta minha etapa académica.

À minha querida irmã Ana e ao meu irmão Afonso por toda a amizade e amor incondicional partilhada ao longo desta etapa da minha vida, ficaremos ligados para sempre.

À minha restante família, avós, bisavó, tios, primos por todo o apoio, amor, força que me brindaram ao longo desta caminhada.

A todos os meus amigos, em especial às minhas grandes amigas que se cruzaram ao longo desta caminhada Cristiana Tavares, Raquel Damas, Mafalda Miranda, Mafalda Gomes, Filipa Lavoura, Carlota Patrício, Daniela Sardinha e à minha binómia e grande amiga Mafalda Grade por todos os bons e maus momentos vividos ao longo deste percurso académico, levo-vos comigo para a vida. Às minhas amigas de Sempre Maria Raquel, Ana Raquel, Obrigada por fazerem parte da minha vida desde sempre.

A todos os idosos que entraram no meu estudo, pela ajuda, compreensão e companheirismo ao longo do estudo.

## **Idoso**

*“Marca de vida inigualável*

*Cada gesto teu, cada ruga são mestria do saber!*

*A vida trilhaste, por caminhos seguros ou inseguros não importa!*

*Pedaços de ti ficam ,como um puzzle que ao longo da vida construístes!...*

*Deste sentido ao teu ser, envelheceste ...chegaste!*

*Sentido de vida trouxeste para que a vida prossiga pelo teu exemplo e sabedoria!*

*Qualidade de vida procuraste...ambicionaste!*

*Enfim chegaste ! Não Chegaste!*

*Teu testemunho irrefutável nos deste!*

*Percorreste no tempo o trilhar de uma vida !*

*Tuas histórias ,tuas rugas, teus conhecimentos...são sabedoria!*

*Marcas de ti, deixarão vivo teu saber! Envolveste e envolves quem contigo prossegue...*

*Com lucidez ou não ,teus atos são sinais no tempo que o tempo não perdoa!*

*Chegaste! ...À última etapa de vida que ambicionamos chegar!*

*Viver assim, com dignidade e sabedoria é mestria do teu ser!*

*Dignidade deve sempre prevalecer...seja qual for tua condição de vida...*

*A etapa que surge no tempo sem que o tempo te impeça de cair e levantar!*

*Qualidade de vida não rejeitaste, mesmo que tuas marcas sejam teu registo de mágoa!*

*Os braços não cruzaste, e, por isso testemunhaste teu saber sem restrição!*

*Sentido de vida nos deste, para teu exemplo seguir!*

*Fascínio autónomo na tua trajectória feliz!”*

À Dra. Imelda, ao Dr. Abel e à Dra. Palmira, representantes dos respectivos lares do concelho de Moimenta da Beira, pela disponibilidade e a ajuda neste meu projecto.

*Um Obrigada do fundo do Coração!*

## **Resumo**

**Objectivos:** O presente trabalho teve como principal objectivo uma avaliação da percepção sobre Saúde Oral (SO) de um grupo de pessoas idosas em determinadas instituições na região de Moimenta da Beira, e o impacto que esta tem na sua qualidade de vida e no seu dia-a-dia.

**Materiais e métodos:** Para este estudo foi seleccionado uma amostra de 51 idosos aleatórios em relação ao género, de um universo dos lares de Moimenta da Beira, Lar de Alvite e Lar de Leomil. O questionário está dividido em duas partes. A aplicação do questionário foi realizada pela autora do estudo, individualmente a cada idoso entre Maio e Julho de 2013. A aplicação do mesmo, foi realizado nas próprias instituições, após selecção das respectivas assistentes sociais, tendo em conta os critérios de inclusão. Este estudo foi realizado a partir da recolha de vários estudos publicados entre 1980 e Junho de 2013 em Português, Espanhol e Inglês utilizando a base de dados da Pubmed e Google académico. Usando as **Palavras - Chave:** “elderly”” Quality of life “oral health “Gerontology”

**Resultados /Conclusões:** Concluimos que a maioria dos idosos considera fraca a sua SO, embora a maioria considere que a mesma contribui para a sua qualidade de vida. A percepção que os idosos têm da sua SO mantem-se semelhante em função do seu género, idade e nível de escolaridade. Um número superior utiliza prótese, não vai ao Médico Dentista com regularidade e apresenta a falta da maior parte dos seus dentes, sendo que os idosos com dentição natural lavam os mesmos de modo pouco frequente (apenas uma vez por dia). Contudo não referem ter problemas dentários nem problemas associados, resultantes do impacto de uma fraca SO considerando os resultados obtidos nas várias questões colocadas e derivadas do OHIP-14 (exemplo de questionário em que foram baseadas as perguntas para a realização deste estudo) que permitem avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos idosos. Também referem não necessitar de apoio para a realização da sua higiene oral.

## **Abstract**

**Objectives:** The present work as main objective the perception of oral health (OH) in a group of elderly people in certain institutions in the region of Moment da Beira , and the impact it has on their quality of life and in their day-to-day .

**Materials and Methods:** For this study was selected a sample of 51 elderly random in relation to Gender , a universe of Moimenta da Beira Nursing Home, Alvite and Leomil. The questionnaire is divided into two parts and it was carried out by the author of this study , each senior individually between May and July 2013 .The application of it was done in their own institutions , after selection of the respective social workers , taking into account the criteria inclusion .This study was conducted from the collection of several studies published between 1980 and July 2013 in Portuguese , Spanish and English using the database of PubMed and Google scholar. Using the Key-words: "Elderly" ,"Quality of life " ,"Oral Health " and "gerontology ".

**Results/ Conclusions:** We conclude that most seniors considers weak your oral health, although most consider that this contributes to their quality of life. The perception that the elderly have their oral health keeps similar in terms of their Gender ,age and school level .A great number use prosthesis , not go to the dentist regularly and shows the lack of much of the dentition , and elderly patients with these natural dentition wash infrequently (only once per day ).However not report having dental problems or problems associated with the impact of a weak oral health , considering the results obtained in the various questions and derived OHIP-14 (sample survey in wich the questions were based for this study ) for assessing the impact of oral health on quality of life of elderly people. Also report that do not require support for the realization of their oral hygiene.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**GOHAI-** Atric Oral Health Assessment Index

**INE-**Instituto Nacional de Estatística

**OHIP** – Oral Health Impact Profile

**OMS-**Organização Mundial de Saúde

**QdV-**Qualidade de Vida

**QdVRSO-**Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

**SO-**Saúde Oral

**SPSS-**Statistical package for the social sciences

**WHO-** World health organization

**WHOGOL-**World health organization quality of life

## ÍNDICE

<b>Índice de Figuras.....</b>	<b>14</b>
<b>Índice de tabelas.....</b>	<b>15</b>
<b>Índice de Gráficos .....</b>	<b>17</b>
Introdução.....	19
Desenvolvimento.....	21
I-Envelhecimento.....	21
II-Saúde Oral .....	23
2.1.Saúde oral nos idosos vs. Doenças Orais .....	24
III-Qualidade de vida .....	27
3.1 Perspectivas históricas.....	27
3.2 Definições características.....	27
IV-Objectivo principal /Parcial .....	31
V-Metodologia.....	31
5.1Dimensão da amostra.....	31
5.2 Variáveis estudadas.....	33

5.3 Critérios de inclusão.....	34
5.4 Equipa/avaliador.....	34
5.5 Métodos .....	34
5.6 Materiais utilizados .....	35
VI-Tratamento estatístico dos dados.....	36
VII-Discussão dos resultados.....	56
VIII-Conclusão.....	65
IX-Referências Bibliográficas.....	68
X-Anexos .....	77

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1-Modelo de Qualidade de Vida na Velhice criado por Lawtson (Néri, 2000).</b> .....	<b>28</b>
---	-----------

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1-Resultados Relativos à idade dos idosos.....	32
TABELA 2-Resultados Relativos às várias questões relacionadas com o impacto dos problemas dentários na vida dos idosos .....	42
TABELA 3-Resultados Relativos ao estado geral da boca por Género (teste de Mann – whitney ).....	44
TABELA 4-Resultados Relativos ao estado Geral da boca por escolaridade (teste de Kruskall-Wallis).....	45
TABELA 5-Correlação de Spearman entre idade e estado Geral da boca dos idosos...45	
TABELA 6-Resultados Relativos ao estado Geral da boca em função do nº dos dentes em falta (teste de Kruskall –Wallis).....	46
TABELA 7-Correlação de Spearman entre o estado Geral da boca e o nº de dentes em falta .....	46
TABELA 8-Relação entre o nº de dentes em falta e o uso de prótese (teste de Mann – Whitney ) .....	47
TABELA 9-Relação entre a frequência de lavagem dos dentes e problemas dentários (tese de Mann –whitney ).....	47
TABELA 10-Resultados Relativos ao apoio na Higiene Oral e o Género (teste de Fisher Qui-quadrado ).....	48
TABELA 11-Relação qualidade de Vida, Saúde Oral e género (teste Fisher Qui-quadrado) .....	48

TABELA 12- Relação qualidade de Vida, Saúde Oral e escolaridade (teste Fisher Qui-Quadrado) .....	49
TABELA 13 – Relação entre consultas regulares ao Médico Dentista e contributo da Saúde Oral para a Qualidade de Vida (teste Fisher) .....	51
TABELA 14-Associação entre contributo da Saúde Oral para a Qualidade de Vida e dificuldades em relaxar / descansar (teste de Fisher).....	52
TABELA 15-Associação entre contributo da Saúde Oral para a Qualidade de Vida e sensação de irritação (teste Fisher) .....	53
TABELA 16-Associação entre contributo da Saúde Oral para a Qualidade de Vida e dificuldades de desempenho das tarefas (Teste de Fisher) .....	53
TABELA 17-Associação entre contributo da Saúde Oral para a Qualidade de Vida e sensação de insatisfação (teste Fisher) .....	54
TABELA 18-Associação entre contributo para a Qualidade de Vida entre ter dores persistente e a visita ao Médico Dentista.....	54
TABELA 19-Associação entre as dificuldades em pronunciar palavras , problemas de paladar e o uso de prótese nos idosos ( Teste Fisher ).....	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1-Histograma relativo à distribuição dos resultados da idade .....	32
GRÁFICO 2-Representação do Género dos idosos participantes no presente estudo.....	36
GRÁFICO 3-Escolaridade dos participantes.....	36
GRÁFICO 4-Saúde Oral contribui para a Qualidade de Vida .....	37
GRÁFICO 5-Estado Geral da Saúde Oral .....	37
GRÁFICO 6-Uso de Prótese Dentária .....	38
GRÁFICO 7-Tipo de Prótese Dentária.....	38
GRÁFICO 8 -Visitas regulares ao Médico Dentista .....	39
GRÁFICO 9-Número de dentes em falta .....	39
GRÁFICO 10-Frequência que os idosos lavam os dentes por dia .....	40
GRÁFICO 11-Apoio na Higiene Oral .....	40
GRÁFICO 12 -Problemas Com dentes, Gengivas ou Próteses .....	41
GRÁFICO 13 -Satisfação com a Saúde em Geral .....	41
GRÁFICO 14 -Questões relacionadas com problemas dentários.....	43

GRÁFICO 15 -Contributo da Saúde Oral para a qualidade de Vida por Género.....49

GRÁFICO 16-Contributo da Saúde Oral para a qualidade de Vida por escolaridade  
.....51

GRÁFICO 17-Contributo da Saúde Oral para a qualidade de vida e as visitas ao Médico  
Dentista .....51

## Introdução

Nos últimos anos, assiste-se a uma mudança demográfica cada vez mais acentuada na população mundial. O seu crescimento acontece a uma velocidade anual de 1,2%, enquanto a população com 65 anos ou mais está a crescer a uma velocidade anual de 2,3% (UN, 2002, cit in por Peterson & Ueda, 2006). Por isso, estima-se que, em 2025, serão 2 biliões de pessoas idosas, sendo que 80% destas viverão em países em desenvolvimento (United Nations Population Division, 2003, World Health Organization, 2002, cit in por Peterson & Yamamoto, 2005).

A população está a envelhecer a cada passo, e as predições actuais indicam que no ano 2050, em cada cinco indivíduos um será idoso, sabe-se que estes indivíduos representam uma grande parte de susceptibilidade a problemas orais e doenças crónicas, obrigando o sistema de saúde a adaptar-se às novas exigências e elevar os seus gastos financeiros com este grupo etário (Oliveira Edilson et alli.,2010).

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios para a Saúde pública principalmente em países em desenvolvimento, onde este fenómeno ocorre numa pobreza extrema e numa desigualdade social notória. Os idosos nos dias que correm não são tratados como deveriam ser, porque na verdade constituem um grupo etário vasto em experiência mas que na verdade o devido valor não lhe é atribuído.

A Saúde Oral (SO) é um dos domínios da Saúde Geral (SG) que pode afectar o funcionamento da pessoa idosa. Os problemas de SO têm vindo a ser reconhecidos como importantes causadores de um impacto negativo nas actividades diárias, provocando dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais ( cit in por Gomes & Abegg, 2007).

É considerada uma componente essencial da Saúde e bem-estar das pessoas pois melhora a auto-estima, a qualidade de vida e a nutrição (Oliveira Edilson et alli.,2010).

Na cavidade oral de um idoso o número de dentes presentes é reduzido e a incidência de cárie e doença periodontal é alta, fazendo com que problemas físicos e psicológicos afectem directamente a qualidade de vida.

Assim o envelhecimento da sociedade exige actualmente que o País se estruture para atender às necessidades desta população crescente, pois entre os idosos são encontradas com maior frequência as doenças crónicas apresentando uma recuperação mais lenta, o que gera impacto significativo no sector da saúde pública (Lopes Michelle et alli., 2008).

Neste contexto foi realizada uma pesquisa bibliográfica entre Janeiro de 2013 e Julho do mesmo ano, usados motores de busca de pesquisa bibliográfica da Internet, Pubmed, Google académico e também foi utilizado obras literárias com pesquisa na Biblioteca Da Universidade Fernando Pessoa e na Faculdade De Medicina Dentária da Universidade do Porto. Os limites temporais para a realização deste trabalho em campo foram entre Fevereiro de 2013 e Junho do mesmo ano. O estudo é do tipo observacional transversal com o objectivo principal relacionar a saúde oral nos idosos com a sua qualidade de vida, visto que a saúde oral contribui em muito para uma boa saúde geral que por sua vez está aliada á qualidade de vida, é necessário incentivar as pessoas, neste caso foi avaliar um grupo de idosos institucionalizados de uma determinada região com o intuito de responder às seguintes questões: A SO está relacionada com a Qualidade de vida? ; A Qualidade de vida interfere na SO?.

O motivo para a escolha deste tema foi suscitado pelas vivências pessoais, pelo enorme interesse, respeito e carinho por este grupo etário ao longo do meu percurso académico em virtude do atendimento ao público nas Clínicas Pedagógicas da Faculdade de Ciências da Saúde, o que motivou e despertou um interesse pela importância da qualidade de vida deste grupo tão vulnerável quer fisicamente quer emocionalmente e de tão importante que é para a nossa sociedade civil.

## **Desenvolvimento**

### **I-Envelhecimento**

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial. Estima-se, que no ano 2050 a população com mais de 60 anos será mais de dois bilhões de habitantes (Blanco Vinícius et alli.,2008) e Portugal não foge à regra, vivemos num País em que há cada vez mais idosos e redução do número de natalidade, o facto pode ser devido à crise financeira, à escassa ajuda por parte de familiares ou até mesmo por vontade própria.

O processo de envelhecimento está directamente proporcional ao aumento da longevidade. Uma vez que a esperança média de vida do Ser Humano tem vindo a aumentar progressivamente, o conceito de idoso têm também evoluído (Almeida, 2006)

A velhice possui características próprias da sua estrutura social, o que nos situa como sujeitos e agentes da saúde, abrindo espaços a novas experiências a serem vivenciadas, pois levamos em consideração o envelhecimento com múltiplas dimensões que abrangem questões de ordem social, política, cultural e económica (Vieira Luiza et alli.,2007)

Projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) revelam que o número de idosos (mais de 65 anos) atingirá, em Portugal, a marca de 2,95 milhões em 2050, mais um milhão do que em 2005 (1,78 milhão) e 2006 (1,82 milhão).

Os dados mais recentes do INE, relativos a 2009, indicam que o Alentejo é a região do país mais envelhecida, com 102.042 jovens (até aos 14 anos) contra 175.061 idosos (22,9% do total da população).

De acordo com os resultados dos dois últimos recenseamentos da população, verifica-se um aumento proporcional das famílias clássicas constituídas só por idosos, contribuindo para tal não só as designadas famílias unipessoais, ou seja, os idosos a viver sozinhos, mas também as famílias constituídas por duas, três ou mais pessoas, todas com 65 ou mais anos (INE.,2013).

O Crescimento da população idosa não deve ser considerado como uma carga para a população activa, mas sim como um desafio que a sociedade tem de saber enfrentar (WHO,2007 cit in Gavinha.,2010)

Cada idoso deve ser capaz de encarar todas as modificações que estão subjacentes ao processo de envelhecer (físicas, psicológicas, sociais), como mais uma etapa do ciclo da vida e não como um sofrimento, uma dor e com a ânsia de morrer.

## II. Saúde oral

A SO é considerada um componente essencial e bem-estar no Ser Humano pois melhora a auto-estima, a qualidade de vida e a sua nutrição. Segundo (afirma Moraes em 2003) compete ao Médico Dentista olhar para o paciente como um ser humano completo, não apenas como um local a ser tratado tecnicamente. E não só olhar, mas ouvir e compreender. O facto de ser atendido de forma mais calma e humana, já toma o paciente mais cooperativo.

SO é definida pela OMS (World Health Organization, 2007) como sendo a ausência de dor crónica facial e na boca, de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congénitos orais como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e, outras doenças e perturbações orais que afectam a cavidade oral e a boca.

A SO durante vários anos foi avaliada apenas por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitiam a determinação do real impacto dos problemas orais na vida dos indivíduos. A necessidade de conhecer a percussão da Saúde Oral na qualidade de vida começou a ser abordada na década de 90. Com a introdução de instrumentos que fossem capazes de indicar essa relação (Jokovic et alli.,2002)

Esses instrumentos podem ser unidimensionais – quando avaliam apenas uma variável, como a capacidade mastigatória ou a intensidade de dor – e multidimensionais – quando englobam várias dimensões como dor, restrições alimentares e bem-estar psicológico dos indivíduos (Sabbahi et alli., 2009). Deste modo, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida em relação á saúde oral podem produzir dados de diversas fontes, originadas de indicadores unidimensionais ou multidimensionais. Os resultados podem fundamentar sugestões de formulação de políticas públicas na medida em que permitem a identificação de necessidades prioritárias (Naito et alli.,2010).

O modelo conceptual de Locker (1988) é um dos modelos mais utilizados para avaliar o estado da SO. Este modelo baseia-se na classificação da OMS (WHO, 1980, cit in Allen., 2003) dos conceitos de deterioração, incapacidade e desvantagem. O modelo de Locker refere que, os problemas de Saúde Oral podem causar sete possíveis consequências, nomeadamente deterioração, limitação funcional, dor/desconforto, incapacidade (física, psicológica e social) (Baker, 2007).

A promoção da SO tem necessidade de ser avaliada, no entanto, a qualidade da avaliação das intervenções em promoção da Saúde oral tem, obrigatoriamente, de ser melhorada. Os profissionais de SO têm tido apoio e instrução limitados na avaliação desta metodologia. Uma componente essencial deste processo é a acção multidisciplinar, que utiliza uma série de estratégias complementares (watt, 2006).

A qualidade de vida relacionada com a SO surge, pois, como um objectivo válido da intervenção clinica, a implementar nestes contextos, mas que levanta um conjunto de problemas complexos, nomeadamente no que toca a selecção de metodologia de avaliação mais adequada para cada caso específico (Silva et alli.,2007)

## **2.1 Saúde Oral nos Idosos VS Doenças Oraís**

Apesar dos problemas de SO estarem associadas a qualquer faixa etária a verdade é que a população idosa é muito propícia a estes problemas, dadas as características desta população, outros problemas de saúde são, normalmente, mais prioritários o que leva a que as pessoas passem a sua SO para segundo plano, uma desvalorização que pode causar sofrimento, bem como dificuldades na mastigação na fala e na deglutição o que por sua vez que leva á diminuição da sua Qualidade de Vida.

São várias as alterações que ocorrem no sistema estomatognático com o envelhecimento, muitos destes problemas na realidade são complicações de processos acumulados ao longo da vida, devido a uma deficiente HO, falta de orientação e pouco interesse na Saúde Oral, baixos rendimentos e difícil acesso aos serviços dentários.

Comportamentos de saúde, como o acesso a serviços dentários ou exercer o controle dietético pode ajudar na melhoria ou manutenção da própria saúde oral (Atchison, K et alli., 2013).

Para as pessoas idosas os principais problemas são os seguintes: Atrição dentária, cáries radiculares, alterações na mucosa oral, doença periodontal perda de dentes, alteração nas glândulas salivares, articulação temporomandibular, estomatite protética, queilite angular, hiperplasias, atrofia do osso basal e do osso alveolar e flora microbiana.

A grande maioria dos pacientes geriátricos apresenta, em nível de saúde oral um quadro clínico comum, caracterizado por edentulismo, presença de próteses (totais, parciais, fixas e /ou removíveis), ausência de vários elementos dentários, doença periodontal e neoplasias malignas. (Sá Ingrid et alli., 2011). Segundo Padilha et alli., 2008 cit in Gavinha 2010, no idoso a ausência de peças dentárias são as situações de saúde oral mais frequentes.

Estudos realizados por Mohapatra. T (2012) concluíram que a prevalência de edentulismo é alta relativamente no grupo dos institucionalizados, destaca-se também que a retracção gengival afectando a raiz com lesões cariosas, nas pessoas acima dos 75 anos, apresenta prevalência maior ao ser comparada com a faixa de 50-75 anos. De acordo com Muller et alli., (2007) a SO de idosos institucionalizados parece estar mais comprometida, apresentando menos peças dentárias e com superior probabilidade da sua ausência comparativamente aos idosos que vivem livremente em comunidade.

Segundo (Desvarieux et alli., 2005) nos idosos a perda de dentes é ainda um grande contribuinte para a saúde precária e malnutrição. No entanto, apesar das evidências, a importância da SO para a saúde global é frequentemente desconsiderada e subvalorizada.

Segundo Galli.R et alli., (2010) diz que um dos factores de diminuição da qualidade de vida e de SO entre os idosos está intimamente relacionado com a possibilidade de ingestão de bons nutrientes que geralmente exigem a presença de dentes naturais ou próteses dentárias bem adaptadas, o mesmo autor refere que globalmente a SO têm sido

particularmente evidente por altos níveis de perda dentária e prevalência de doença periodontal, xerostomia e pré-cancro ou cancro da cavidade oral.

A prevalência do edentulismo entre os idosos Finlandeses foi avaliada num estudo de (Haikola et alli,2008 cit in Gavinha 2010) em que foram observados 1191 idosos e em que a prevalência global desta situação foi de 37,0% tendo sido fortemente associada á idade. Num estudo no Sri Lanka, Ekanayake encontrou apenas uma fraca associação entre perda de dentes e outros parâmetros clínicos, em contraste um estudo japonês Allen, P Finbarr et alli (2003) encontrou forte correlação entre o número de dentes perdidos e o maior valor no OHIP acarretando uma diminuição QVRSO, já Ferreira et alli,2008 cit in Gavinha 2010 no Brasil num estudo de 335 individuos idosos observou 74.9 de edentulismo e apenas 17,9% dos idosos com 20 dentes ou mais. Segundo Costa Evanildo et alli (2010), factores psicológicos como a depressão influenciam a saúde oral nos idosos, levando ao risco de cárie e edentulismo.

Outro dos problemas da população idosa é a doença Periodontal que por conseguinte leva á perda dentária Grossi e Genco (1998, cit in Peterson & Ueda, 2006) explicam que existe uma relação bidireccional. Løe (1993, cit in Peterson & Ueda, 2006) chega mesmo a considerar a doença periodontal como a sexta complicação da diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2, por outro lado Soell et alli., 2007 refere que os idosos portadores de diabetes mellitus apresentam uma prevalência aumentada da afectação do ligamento periodontal, existindo uma relação bidireccional entre as duas patologias. Sabe-se que o controlo infeccioso da periodontite contribui para um controlo da glicemia dos idosos portadores de diabetes mellitus.

O elevado número de medicação nesta determinada fase da vida leva á queixa por parte dos pacientes que referem a boca seca e um decréscimo de saliva a que se dá o nome de xerostomia, que pode levar a alteração do paladar.

Por fim, o cancro oral (lábios, cavidade oral e faringe) mostra elevadas taxas de morbidade e mortalidade, quando comparado com outros tipos de cancro. Este cancro é 7 vezes mais provável de ser diagnosticado em pessoas com mais de 65 anos (Vargas,et alli., 2001). Os principais determinantes no aparecimento do cancro oral são

o tabagismo e o álcool (Peterson & Ueda, 2006). Para além disso, o nível de escolaridade (Peterson & Yamamoto, 2005) e de rendimento inferiores, representam factores de risco no aparecimento do cancro oral.

### III-Qualidade De vida

#### 3.1 Perspectivas Históricas

Nos últimos anos, tem-se assistido a um interesse por parte da comunidade científica e de todo o sector da Saúde nas questões da Qualidade de Vida (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993 cit in Campolina & Ciconelli, 2006), o que fez com que se incorporasse o termo QV nas suas práticas profissionais (Minayo, Hartz & Buss, 2000), sendo um conceito relativamente recente torna-se controverso entre vários autores. Segundo Wood Dauphinne o conceito de QV foi relatado pela primeira vez em 1920 por Pigou, mas caiu no esquecimento até que em 1964 presidente dos EUA Lyndon Johnson empregou a expressão QV num discurso seu ao afirmar que os objectivos da economia não podiam ser medidos através do balanço dos bancos, mas através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas. Mais tarde, em 1976, Augus Campbell considerava que a qualidade de vida é “... *uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é.*” (Ribeiro., 2005). Segundo Leal (2008) refere que foi apenas a partir da década de 80 que diversos autores consideraram que o conceito de qualidade de vida envolvia diversas perspectivas, biológica, psicológica, cultural e económica.

#### 3.2-Definição e características

Vários são os autores que definem a QdV relacionada com a SO , tendo ganho importância nesta área da Saúde, uma vez que como vamos verificar á frente, pessoas com fraca SO tendem a ter uma má QV.

Nos anos 70, Campbell (1976, cit in. Awad & Voruganti, 2000, p.558 in Seidl & Zannon, 2004) tentou explicar as dificuldades em definir o tema: “qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”. Por sua vez Levy e Anderson (1980) definem a QdV relacionada ao bem-estar físico, mental e social de satisfação e recompensa. Vai de encontro ao estudo de Haikal Desirée et alli., (2010) que refere que a QV é uma noção iminente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação existencial, pressupondo uma síntese cultural dos elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar. O mesmo autor refere que, variáveis referentes ao impacto da saúde oral na QV, aparecem associadas à auto percepção, embora seja ainda necessário compreender melhor os elementos básicos que determinam esta auto percepção da saúde. Na década de 80, Lawtson criou o modelo de qualidade de vida na velhice, que compreendia as quatro seguintes dimensões, em baixo (Néri 2000).



Fig. 1 – Modelo de Qualidade de vida na velhice criado por Lawtson (Néri 2000).

Lawtson (cit in Paschoal, 2002 p.81) “A *qualidade de vida na velhice pode ser definida como avaliação multidimensional referenciada a critérios sócio normativos e interpessoais, a respeito das relações actuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idosos e o seu ambiente* “

Carr, Gibson e Robinson (2001) referem-se à QV como um conceito abrangente, em que a doença ou a incapacidade interferem com a capacidade das pessoas cumprirem os seus papéis normais. Segundo Aristóteles (cit. in Pimentel,2004) a QV está inteiramente relacionada com a arte de viver, ligada aos sentimentos de grande felicidade e à realização interpessoal do indivíduo. Por sua vez a OMS considera ter qualidade de vida, não apenas ausência de doença, mas também factores como a longevidade, lazer, relações familiares, disposição e espiritualidade. Assim sendo a QV e a quantidade de vida a nível individual, são antónimos, e a sua relação ainda se mantém bastante longe do desejável uma vez que vai sendo reduzida com o decorrer dos anos. Para Sequeira (2009) define QV com uma percepção do indivíduo em relação à sua maneira de estar na Vida, a sua relação com a cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações, afectado de um modo complexo pela saúde física, psicológica, relações sociais, nível de independência, e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu ambiente deste modo conclui-se que a QV é um conceito de natureza abstracta, ou seja significa coisas diferentes nas diversas situações da vida, pode-se concluir então que é multifactorial como refere o Pais-Ribeiro (2009). QV é um constructo multifactorial pois possui várias propriedades e características o que a torna multifacetada.

A OMS define QdV como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores nos quais vivem, e em relação aos seus objectivos, expectativa padrões e preocupações, Assim vários factores tem o potencial de influenciar a QdV de uma pessoa, incluindo a SO (Costa Evanildo et alli.,2010). O mesmo autor refere que a preocupação com a QdV na velhice ganhou relevância nos últimos trinta anos, a partir do momento em que o aumento do número de idosos e a expansão da longevidade passaram a ser experiências compartilhadas por um número crescente de indivíduos que vivem em situações diferentes. A avaliação da QVRS é realizada com o objectivo de monitorizar a Saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico da doença, e avaliar os efeitos do tratamento deste modo a OMS criou dois instrumentos para avaliar a qualidade de vida das pessoas: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref A.

Indicadores de QdV associados ao envelhecimento referem os seguintes factores como influências na QdV: a autonomia, actividade, recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, pertença a uma comunidade, relações pessoais.

#### **IV -Objectivos**

O presente trabalho teve como objectivo principal avaliar a percepção da SO de um grupo de pessoas idosas em determinadas instituições na região de Moimenta da Beira, e o impacto que esta tem na sua qualidade de vida e no seu dia-a-dia.

##### **Objectivos Parciais:**

- Avaliar os critérios da Auto percepção geral da saúde oral das pessoas idosas das respectivas instituições;
- Perceber qual o impacto da condição oral na sua qualidade de vida;
- Avaliar as dimensões de qualidade de vida mais afectadas, como dor ao mastigar, pronunciar palavras...;
- Analisar as diferenças na qualidade de vida entre pessoas edentuladas (sem dentes) e / ou com prótese, e pessoas com dentes naturais.

#### **V-Metodologia**

##### **5.1.Dimensão da Amostra**

A amostra do presente estudo é constituída por 51 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, com uma média de idades de aproximadamente 82 anos e um desvio padrão de mais ou menos 8 anos ( $M=82.02$ ,  $DP=7.75$ ). Pelo menos 50% dos idosos tem 82 anos ( $Md=82.00$ ), sendo a idade mais frequente os 78 anos ( $Mo=78.00$ ) (cf. Tabela 1).

**Tabela 1: Resultados relativos a idade dos idosos**

	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>desvio Padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Simetria/Erro de Simetria</i>	<i>Curtose/ Erro de Curtose</i>
<i>Idade (n=51)</i>	82,02	82,00	78,00	7,75	65,00	96,00	-0.38/0.33	-0.48/0.65

De acordo como gráfico 1, podemos observar a distribuição dos resultados da variável idade, notando-se que a mesma se apresenta normal e distribuída em torno do valor médio. A distribuição apresenta-se também simétrica (Simetria/Erro de Simetria=-1.15) e mesocúrtica (Curtose/Erro de Curtose=-0.73) o que confirma a sua normalidade.

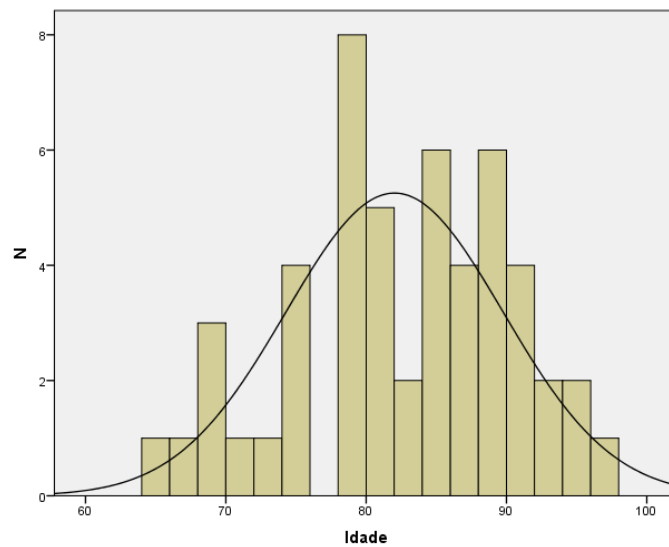


Gráfico1: Histograma relativo a distribuição dos resultados da idade

## 5.2- Variáveis Estudadas

De acordo com o objectivo do estudo foram estudadas as seguintes variáveis:

- Género;
- Escolaridade;
- Saúde oral contribui para a Saúde Oral;
- Estado Geral da boca;
- Uso de Próteses dentárias;
- Tipo de próteses;
- Visitas ao dentista;
- Número de dentes em falta;
- Frequência de lavar os dentes;
- Apoio na Higiene Oral;
- Problemas nas gengivas/Próteses;
- Satisfação com a saúde Geral

Estas variáveis foram relacionadas /associadas com variáveis sobre o impacto na QdV retiradas e readaptadas na sua construção a partir do OHIP-14, e avaliadas na II parte do Questionário realizado, das quais realçamos:

- Dificuldades em pronunciar palavras;
- Problemas no Paladar;
- Dores persistentes e continuadas na boca;
- Desconforto na ingestão alimentar;
- Sensação de constrangimento;
- Tensão;
- Insatisfação com a dieta;
- Interrupção das refeições;
- Dificuldades em relaxar/ descansar;
- Irritação;
- Dificuldade no desempenho das tarefas diárias;

### **5.3 Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão foram:

- Idosos com capacidade para responderem ao inquérito;
- Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- Uso ou não de Próteses totais ou Removíveis.

### **5.4 Equipa /Avaliador**

A aplicação do questionário foi feito pela autora do estudo, individualmente a cada idoso entre Fevereiro e Junho de 2013, foram realizados nas próprias instituições, após selecção das respectivas assistentes sociais, tendo em conta os critérios de inclusão. A todos os participantes foi solicitado consentimento informado e a quem não sabia escrever foi colocada a impressão digital do polegar. Após responderem às questões foi realizado o pedido de agradecimento a cada idoso, individualmente, e por fim às respectivas instituições.

### **5.5 Métodos**

Este trabalho foi realizado a partir da recolha de vários estudos publicados entre 1980 e Junho de 2013 em Português, Espanhol e Inglês utilizando a base de dados da Pubmed e Google académico, assim como obras literárias. O Inquérito foi realizado directamente aos idosos, inquérito esse que foi feito por mim baseado nas ideias sobre as questões que o OHIP 14 usa, readaptando as que se consideraram ser as mais pertinentes. Após a recolha dos dados dos questionários, estes foram inseridos numa base de dados informatizada, sendo processados pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – versão 21.0). Para a caracterização da amostra foi utilizada

estatística descritiva, análise de distribuições e frequências, estatística inferencial. Para a análise dos resultados do presente estudo recorreremos ao programa de análise estatística de resultados SPSS Statistics Vs 21.0. O tipo de estatística descritiva utilizada foi numa fase inicial descritiva de modo a descrever as várias variáveis em estudo, no que se refere a sua frequência de respostas e distribuição de resultados utilizados diferentes medidas como frequências e percentagens, e medidas de tendência central e dispersão (Média, Mediana, Desvio Padrão, Valores mínimo e valores máximos). Para a relação de variáveis, é necessária a verificação dos objectivos propostos para o presente estudo recorreremos assim a testes de estatística não paramétrica dado o carácter nominal e ordinal das variáveis e também ao número reduzido de elementos de amostra, sendo este tipo de testes o ideal para este tipo de análises (cf. Maroco, 2010; Pestana & Gageiro, 2008; Hill & Hill, 2005). Para tal utilizou-se o teste de qui-quadrado para análise da significância na associação de variáveis nominais e os teste de Mann-Whitney para a análise da distribuição dos resultados entre uma variável independente nominal com apenas duas categorias de resposta e uma variável dependente ordinal, e o Kruskal-Wallis para analisar a relação entre uma variável independente com mais de 2 categorias e uma dependente ordinal. O nível de significância adoptado para a existência de relações significativas entre as variáveis é de 5% sendo considerados como tal significativos os resultados com valor de  $p < 0.05$ .

### **5.6 Material Utilizado no projecto de campo:**

- Luvas;
- Máscara;
- Caneta;
- Papel;

Foram entregues às instituições uns frascos de líquidos de Próteses para a Higienização das próteses dos idosos, explicando o uso dos mesmos.

## VI- Tratamento Estatístico dos Dados

De acordo com o gráfico 2, a maior parte dos idosos são do género feminino (n=35, 68.60%) sendo os restantes 31.40% (n=16) do género masculino.

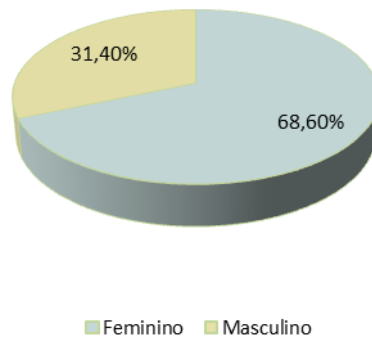


Gráfico 2: Representação do Género dos idosos participantes no presente estudo

A maioria tinha menos de 4 anos de escolaridade (n=25, 49.02%), seguindo-se os que tem entre 4 a 9 anos (n=14, 27.45%) e por fim os que não tem estudos (n=12, 23.53%) (gráfico 3)

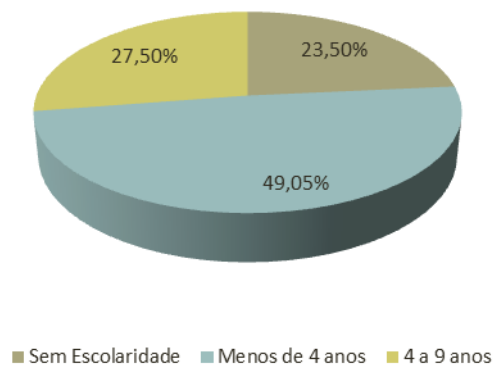


Gráfico 3: Escolaridade dos Participantes

De acordo com o gráfico 4, verificamos que a maioria dos idosos refere que a saúde oral contribui para a sua qualidade de vida (n=48, 94.12%). Apenas 1 (1.96%) refere que não contribui e 2 (3.92%) não sabem.

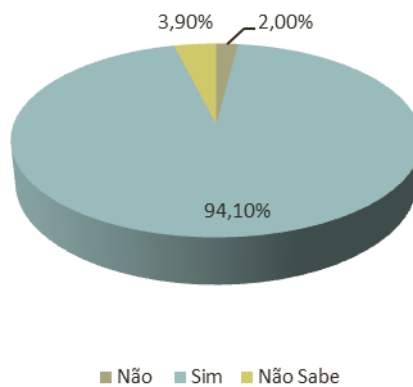


Gráfico 4: Saúde oral contribui para a Qualidade de vida?

Quanto a percepção que têm do estado geral da sua boca um número superior de idosos refere que o mesmo é fraco (n=27, 52.94%). Contudo um número não muito inferior considera que a sua boca se encontra em bom estado (n=24, 47.06%) (Gráfico5).

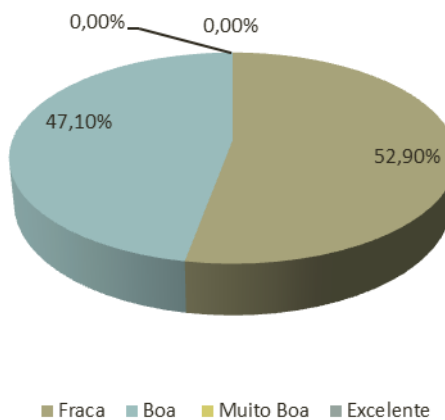


Gráfico 5: Estado geral de saúde Oral

Conforme o gráfico 6, constatamos que a maioria dos idosos tem prótese dentária (n=33, 64.70%) sendo que apenas 18 (35.30%) não têm qualquer tipo de próteses dentárias

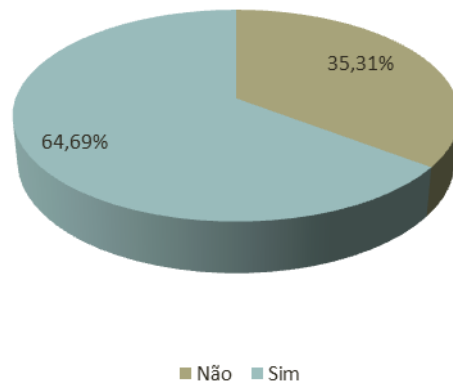


Gráfico 6: Uso de Prótese Dentária

Dos que usam prótese, verificamos que, dos 33 idosos (64.70%) que usam prótese, um número mais elevado (n=28, 84.85%) utiliza a prótese total e os restantes 5 (15.15%) utilizam a prótese parcial (Gráfico 7).

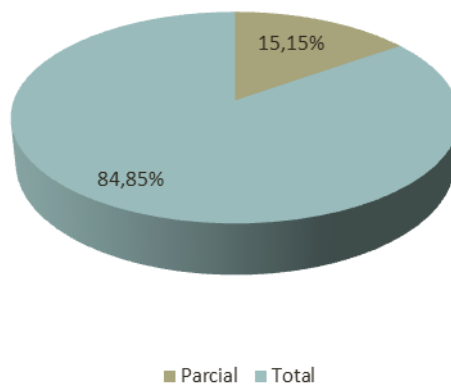


Gráfico7: Tipo de Prótese Dentária

A partir do gráfico 8, é possível observar que um maior número de idosos (n=43, 84.31%) não vai ao Médico dentista com regularidade, e que apenas 8 (15.69%) o refere fazer com regularidade.

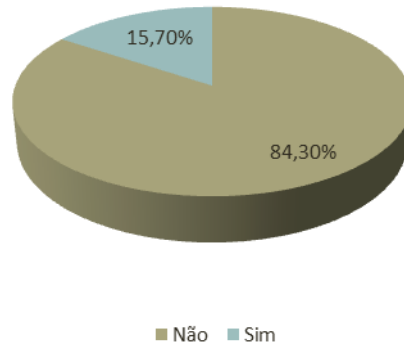


Gráfico 8: Visitas regulares ao Médico dentista

No gráfico 9 podemos observar o nº de dentes que faltam aos idosos. Notamos da sua análise que um número claramente superior não tem já os 32 dentes presentes, ou seja é desdentado total (n=32, 62.75%), seguindo-se os que não tem entre 11 a 19 dentes naturais (n=17.65%), 28 a 31 dentes (n=3, 5.88%), 20 a 27 dentes (n=3, 5.88%) e 5 a 10 dentes (n=3, 5.88%). Apenas 1 (1.96%) não tem 4 ou menos dentes. Estes dados permitem-nos concluir que a falta da maior parte dos dentes, ou mesmo falta total é muito comum nos idosos da nossa amostra.

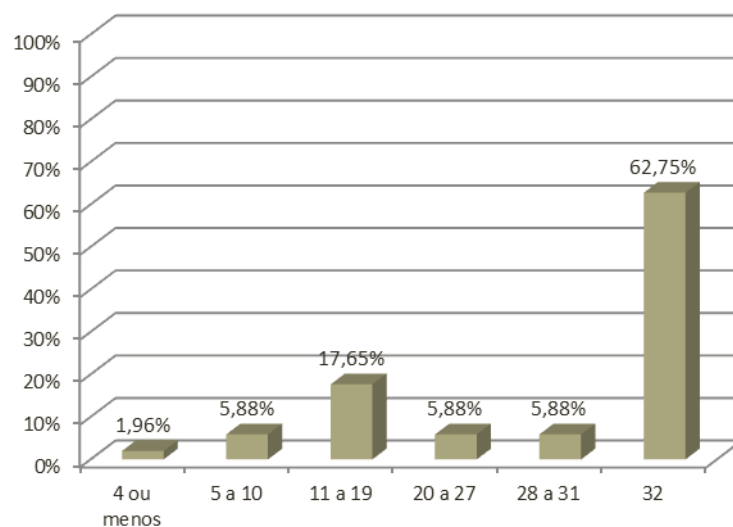


Gráfico 9: Nº de dentes em falta

No gráfico 10 , permite-nos analisar a frequência com que os idosos lavam os dentes diariamente. Constatamos que a maioria lava apenas uma vez por dia (n=22, 43.14%), seguindo-se os que lavam 2 vezes (n=11, 21.57%) e 3 vezes (n=11, 21.57%) e por fim os que não lavam nenhuma vez (n=7, 13.73%).

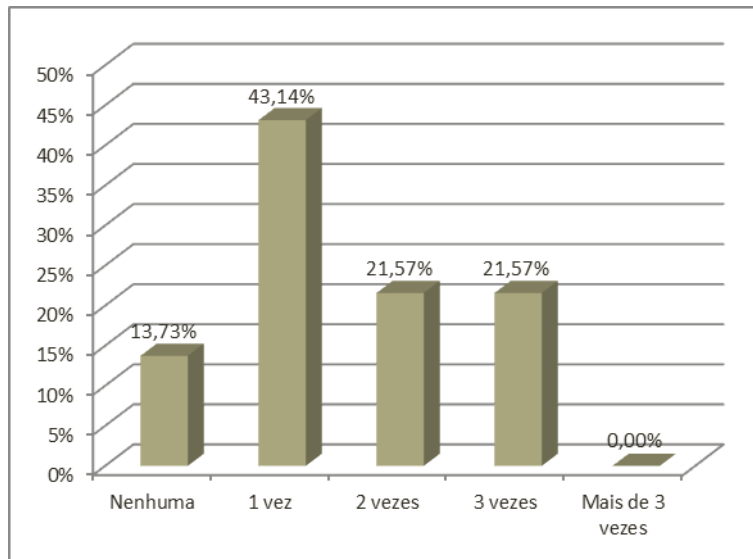


Gráfico 10: Frequência que os idosos lavam os dentes por dia

No que se refere ao apoio na higiene oral os resultados obtidos indicam-nos que a maior parte não necessitam do mesmo (n=40, 78.43%) e apenas 11 (21.57%) necessitam da mesma (gráfico 11).

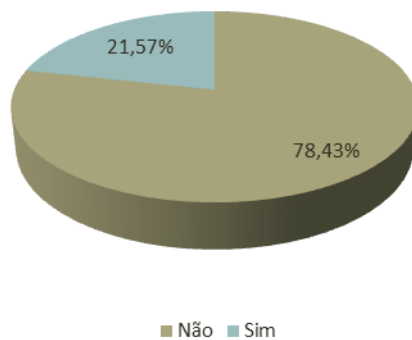


Gráfico 11: Apoio na Higiene Oral

De acordo com o gráfico 12, observamos que um número superior de idosos (n=38, 74.51%) não apresenta problemas dentários. Os restantes 13 (25.49%) idosos têm um destes tipos de problemas: gengivais e próteses mal adaptadas.

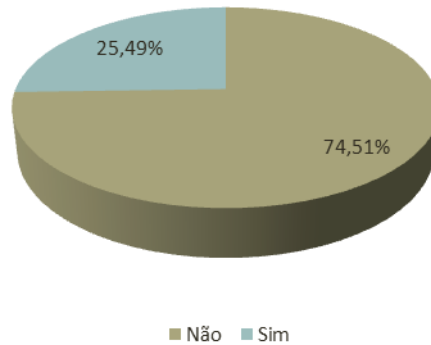


Gráfico 12: Problemas com dentes, gengivas ou prótese

E por fim quanto a satisfação com a saúde em geral, conforme podemos verificar no gráfico 13, a maioria dos idosos inquiridos não se apresentam satisfeitos (n=39,76.47%) enquanto os restantes 12 (23.53%) referem encontrar-se satisfeitos com a sua saúde em geral.

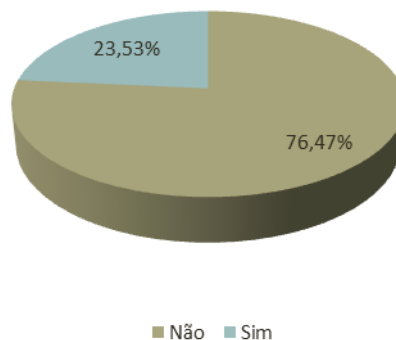


Gráfico 13: Satisfação com a saúde em geral

Após analisar as respostas dos idosos relacionadas com os principais aspectos da sua higiene oral e problemas dentários verificados, passamos a analisar o impacto que os mesmos problemas têm na sua vida, considerando um conjunto de questões que compõem a segunda parte do presente questionário.

Deste modo conforme a tabela 2, podemos observar que um número mais elevado não refere que tem problemas relacionados com a sua saúde dentária, como dificuldades em pronunciar palavras (n=27, 52.94%), problemas no paladar (n=33, 64.71%), dores persistentes e contínuas (n=34, 66.67%), desconforto na ingestão alimentar (n=26, 50.98%), sensação de constrangimento (n=37, 72.55%), tensão (n=33, 64.71%), insatisfação com a dieta (n=26, 56.86%), interrupção de refeições (n=29, 56.86%), dificuldades em relaxar/descansar (n=32, 62.75%), irritação (n=28, 54.90%) e dificuldades no desempenho de tarefas diárias (n=32, 62.75%). Por outro lado verificamos que um número superior (n=26, 50.98%) revela ter menor satisfação com a vida em geral.

*Tabela 2: Resultados relativos às várias questões relacionadas com o impacto dos problemas dentários na vida dos idosos*

<i>Questões relativas a problemas dentários</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Não sabe</i>	<i>Não responde</i>	<i>Total</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N( %)</i>
Dificuldade em pronunciar palavras	<b>27 (52.94%)</b>	24 (47.06%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	51(100.00%)
Problemas no paladar	<b>33 (64.71%)</b>	18 (35.29%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	51(100.00%)
Dor Persistente/Continuada	<b>34 (66.67%)</b>	17 (33.33%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	51(100.00%)
Desconforto na ingestão de alimentos	<b>26 (50.98%)</b>	24 (47.06%)	1 (1.96%)	0 (0.00%)	51(100.00%)
Sensação de constrangimento	<b>37 (72.55%)</b>	12 (23.53%)	2 (3.92%)	0 (0.0%)	51(100.00%)
Tensão	<b>33 (64.71%)</b>	17 (33.33%)	1 (1.96%)	0 (0.00%)	51(100.00%)
Insatisfação com a dieta	<b>26 (56.86%)</b>	25 (49.02%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	51 (100.00%)
Interrupção de refeições	<b>29 (56.86%)</b>	22 (43.14%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	51(100.00%)
Dificuldade em relaxar/descansar	<b>32 (62.75%)</b>	19 (37.25%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	51(100.00%)
Irritação	<b>28 (54.90%)</b>	21 (41.18%)	2 (3.92%)	0 (0.00%)	51(100.00%)
Dificuldade em desempenho de tarefas diárias	<b>32 (62.75%)</b>	18 (35.29%)	1 (1.96%)	0 (0.00%)	51(100.00%)
Menor Satisfação com a vida em geral	23 (45.10%)	<b>26 (50.98%)</b>	2 (3.92%)	0 (0.00%)	51(100.00%)

Em resumo de acordo com as respostas positivas obtidas nas várias questões podemos concluir, a partir do gráfico 14, que um número superior apresenta uma menor satisfação com a vida em geral e um número mais inferior aponta como problema a existência de sensações de constrangimento.

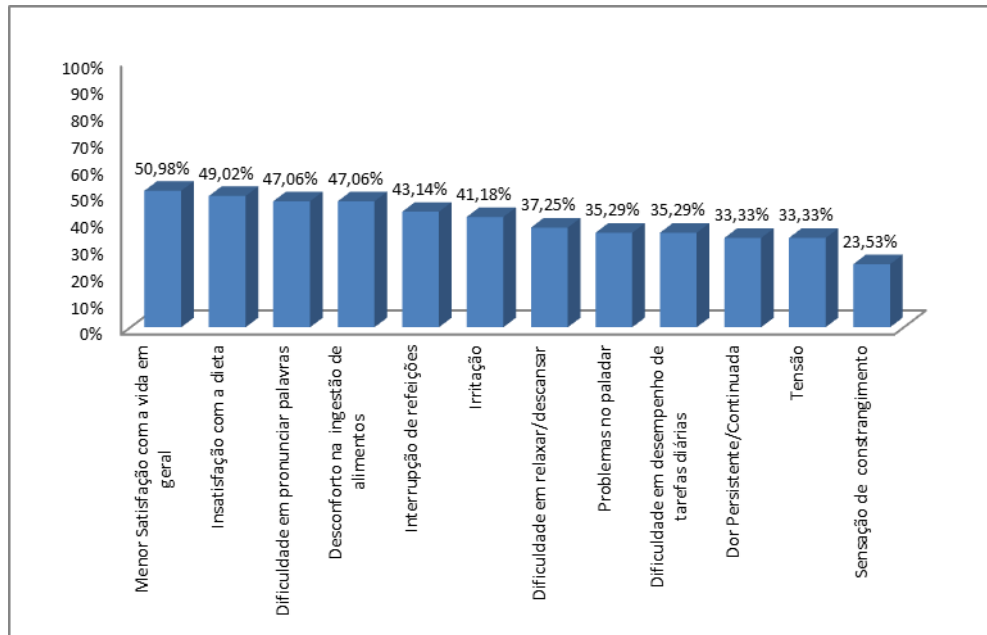


Gráfico 14: Questões relacionadas com problemas dentários

Para além da estatística descritiva mais geral acima apresentada, passamos a analisar a relação entre as várias variáveis do estudo e a sua respectiva significância tendo em conta os objectivos propostos para o estudo.

**Estatística inferencial – Análise correlacional e testes de significância estatística**

Na tabela 3 analisamos as diferenças existentes no estado geral da boca entre homens e mulheres, constatando que apesar de ser superior esse estado nos homens ( $MR^1=26.75$ ) que nas mulheres ( $MR=25.66$ ), as diferenças verificadas não são estatisticamente significativas ( $U=268.00$ ,  $p>=0.05$ ).

*Tabela 3: Resultados relativos ao estado geral da boca por género (Teste de Mann-Whitney)*

Estado Geral da Boca	Sexo						U	p
	Feminino (n=35)			Masculino (n=16)				
	Média (M)	Mediana (Md)	Mean Rank (MR)	Média (M)	Mediana (Md)	Mean Rank (MR)		
	0,45	0,00	25.66	0,50	0,50	26.75	268.00	.78

Relativamente à relação da escolaridade com o estado geral da boca, os resultados não apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas conforme o teste de *Kruskall-Wallis* ( $\chi^2_{kw}=1.63$ ,  $p>=0.05$ ) (tabela 4). Neste caso o estado geral da boca apresenta-se muito semelhante entre os vários grupos de escolaridade.

<sup>1</sup> Para analisar as diferenças entre os géneros recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney dada a natureza ordinal da variável estado da boca, sendo neste caso, os resultados comparados em função das médias de posição/ordem ou *Mean Rank (MR)*, que são as medidas utilizadas para o cálculo da significância estatística neste tipo de testes. São porem apresentados os resultados médios e medianos para uma análise baseada nas medidas da escala.

*Tabela 4: Resultados relativos ao estado geral da boca por escolaridade (Teste de Kruskal-Wallis)*

<i>Estado Geral da Boca</i>	<i>Escolaridade</i>									<i>X<sup>2</sup><sub>kw</sub></i>	<i>p</i>
	<i>Sem Escolaridade (n=12)</i>			<i>Menos de 4 anos (n=25)</i>			<i>4-9 anos (n=14)</i>				
	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>MR</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>MR</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>MR</i>		
	1,42	1,00	24.63	1,56	2,00	28.28	1,36	1,00	23.11	1.63	<b>0.44</b>

Também não se verifica uma correlação significativa com a idade ( $r_s = -0,10$ ,  $p >= 0,05$ ) não tendendo neste caso o estado geral da boca a piorar com o avanço da idade. (tabela

*Tabela 5:: Correlação de Spearman entre idade e estado geral da boca dos idosos*

<i>Idade</i>
<i>Estado Geral da Boca</i>
-0.10 (n.s)
n.s – não significativo

Na tabela 6, apresentamos os resultados relativos à relação entre o nº de dentes que faltam aos idosos e o estado geral da sua boca, não sendo a associação verificada estatisticamente significativa ( $\chi^2_{kw} = 1.14$ ,  $p >= 0.05$ ), não se podendo assim afirmar que os idosos com mais ou menos dentes tem uma estado geral da boca melhor ou pior.

Tabela 6: Resultados relativos ao estado geral da boca em função do nº de dentes em falta (Teste de Kruskall-Wallis)

Estado Geral da Boca	Nº de dentes que faltam															X <sup>2</sup> kw	p
	5-10 (n=3)			11-19 (n=9)			20-27 (n=3)			28-31(n=3)			32 (n=32)				
	M	Md	MR	M	Md	MR	M	Md	MR	M	Md	MR	M	Md	MR		
	.67	2.00	30.17	1.56	2.00	27.39	1.33	1.00	21.83	1.33	1.00	21.83	1.47	1.00	25.22	1.14	0.89

Também através do teste de correlação de Spearman podemos observar essa ausência de relação entre o estado geral da boca e o nº de dentes que faltam aos idosos, uma vez que a correlação existente se apresenta muito fraca e não significativa (rs=-0.06, p>=0.05) (tabela 7).

Tabela 7: Correlação de Spearman entre o estado geral da boca e o nº de dentes em falta

Estado Geral da Boca	Nº de dentes que faltam
	-0.06 (n.s)

Também analisamos a relação entre o nº de dentes em falta e o uso de prótese, sendo neste casos os resultados estatisticamente significativos (U=192.50, p<0.05) (tabela 8).

Tabela 8: Relação entre nº dentes em falta e uso de prótese (Teste de Mann-Whitney)

Nº de dentes em falta	Uso de Prótese						U	p
	Não (n=35)			Sim (n=16)				
	M	Md	MR	M	Md	MR		
	4.33	4.50	20.19	5.30	6.00	29	192.	0.02

A análise que realizamos à relação entre a frequência com que os idosos lavam os dentes e a existência de problemas com dentes, próteses ou gengivas, verificamos que a mesma não se apresenta significativa ( $U=185.00$ ,  $p \geq 0.05$ ), não sendo assim, apesar do grupo que tem problemas a diferença na frequência de lavagem dos dentes entre idosos com problemas dentários e idosos sem problemas significativa (tabela 9).

Tabela 9: Relação entre frequência de lavagem dos dentes e problemas dentários (Teste de Mann-Whitney)

Frequência que lava os dentes	Problemas com dentes, próteses ou gengivas						U	p
	Não (n=38)			Sim (n=13)				
	M	Md	MR	M	Md	MR		
	1.39	1.00	24.37	1.85	2.00	30.77	185.00	0.16

Quanto a relação entre o facto dos idosos serem ou não apoiados na sua higiene oral e o seu género esta não se revela estatisticamente significativa ( $\chi^2=0.11$ ,  $p \geq 0.05$ ), não sendo como tal significativamente superior a proporção de casos que tem apoio no sexo feminino (8/35, 22.86%) comparativamente ao sexo masculino (3/16, 18.75%) (Tabela 10).

*Tabela 10: Resultados relativos ao apoio na higiene oral e Género (Teste Fisher Qui-Quadrado)*

<i>Apoio na Higiene Oral</i>	<i>Género</i>		$X^2$	<i>p</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>		
Não	27 (77.14%)	13 (81.25%)	0.11	1.00
Sim	8 (22.86%)	3 (18.75%)		
Total	35 (100.00%)	16 (100.0%)		

Por fim testamos de que modo a opinião sobre o contributo de uma melhor saúde oral para a qualidade de vida varia em função de variáveis como o género, escolaridade e visita regular ou não ao Médico dentista.

Em relação ao género a associação verificada não se apresenta significativa ( $x^2=0.45$ ,  $p>=0.05$ ), apesar da proporção de casos que consideram que a saúde oral contribui para a qualidade de vida ser superior nos homens (15/15, 100.00%) comparativamente às mulheres (33/34, 97.06%) (tabela 11 e Gráfico15)).

*Tabela 11: Relação qualidade de vida, saúde oral e Género (Teste Fisher Qui-Quadrado)*

<i>Saúde oral contribui para qualidade de vida</i>	<i>Género</i>		$X^2$	<i>p</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>		
Não	1 (2.94%)	0 (0.00%)	0.45	1.00
Sim	33 (97.06%)	15 (100.00%)		
Total	34 (100.00%)	15 (100.00%)		

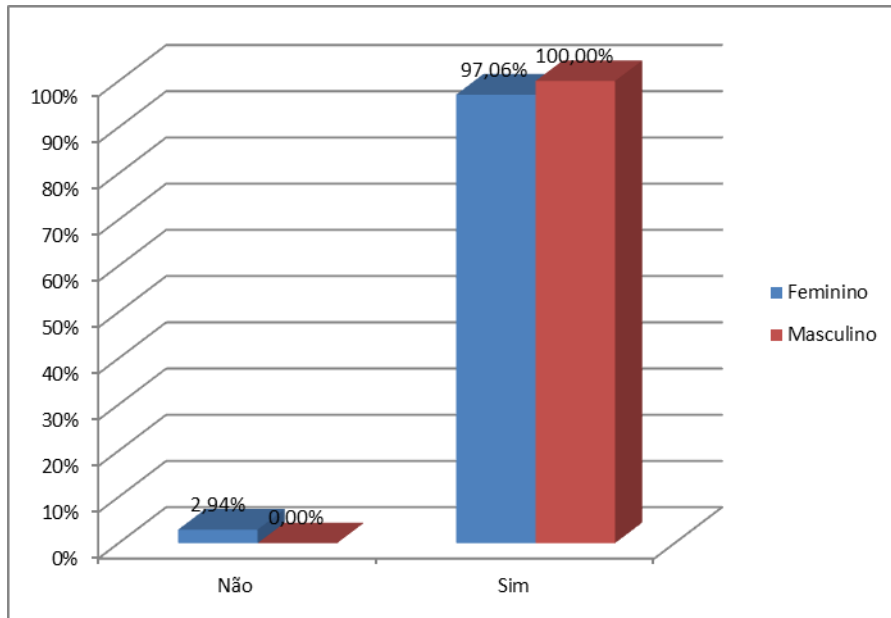


Gráfico 15: Contributo da saúde oral para a qualidade de vida por Género

No que se refere à escolaridade os resultados obtidos no teste Fisher ( $\chi^2=2.55$ ,  $p>=0.05$ ) não se apresenta significativos não sendo como tal a proporção de casos que consideram que a saúde oral contribui para a sua qualidade de vida significativamente diferente de acordo com a escolaridade (Tabela 12 e Gráfico 16)

Tabela 12: Relação qualidade de vida, saúde oral e Escolaridade (Teste Fisher Qui-Quadrado)

Saúde oral contribui para qualidade de vida	Escolaridade			$X^2$	p
	Sem Escolaridade	Menos de 4 anos	4-9 anos		
Não	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1(7.14%)	2.55	0.28
Sim	11 (100.00%)	24 (100.00%)	13 (92.86%)		
Total	11 (100.0%)	24 (100.00%)	14 (100.00%)		

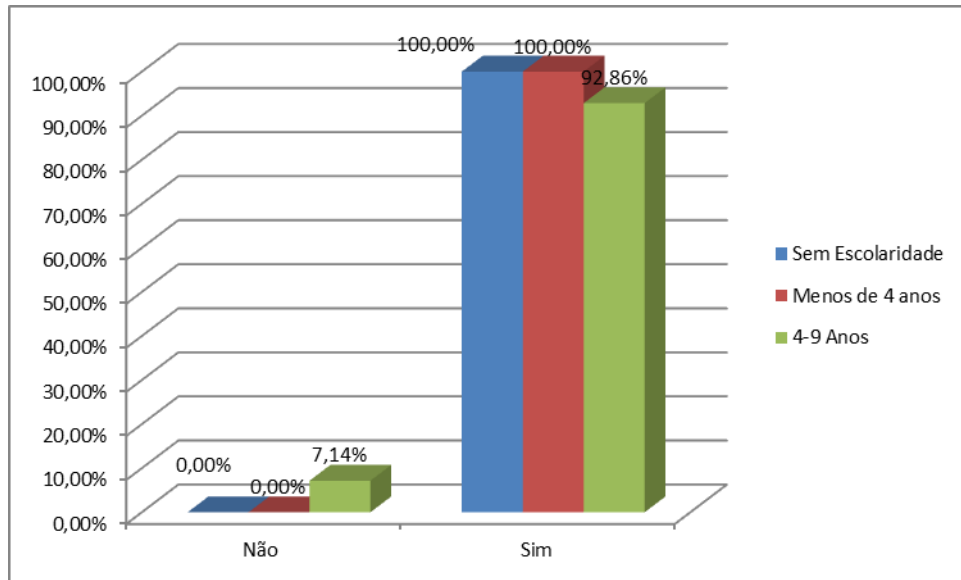


Gráfico16: Contributo da saúde oral na qualidade de vida por escolaridade

O facto de consultar regularmente o Médico Dentista também não está significativamente associado a opinião que os idosos tem do contributo da saúde oral para a sua qualidade de vida ( $\chi^2=0.19$ ,  $p \geq 0.05$ ), não sendo como tal a proporção dos que tem opinião positiva nesta questão superior nos que vão ao dentista regularmente (8/8, 100.00%) comparativamente aos que não o fazem (40/41, 97.56%) (Tabela 13 e gráfico 17)

Tabela 13: Relação consultas regulares ao Médico Dentista e contributo saúde oral para a qualidade de vida (Teste Fisher Qui-Quadrado)

Saúde oral contribui para qualidade de vida	Consulta regularmente dentista		X <sup>2</sup>	p
	Não	Sim		
Não	1 (2.44%)	0 (0.00%)	0.19	1.00
Sim	40 (97.56%)	8 (100.00%)		
Total	41 (100.00%)	8 (100.00%)		

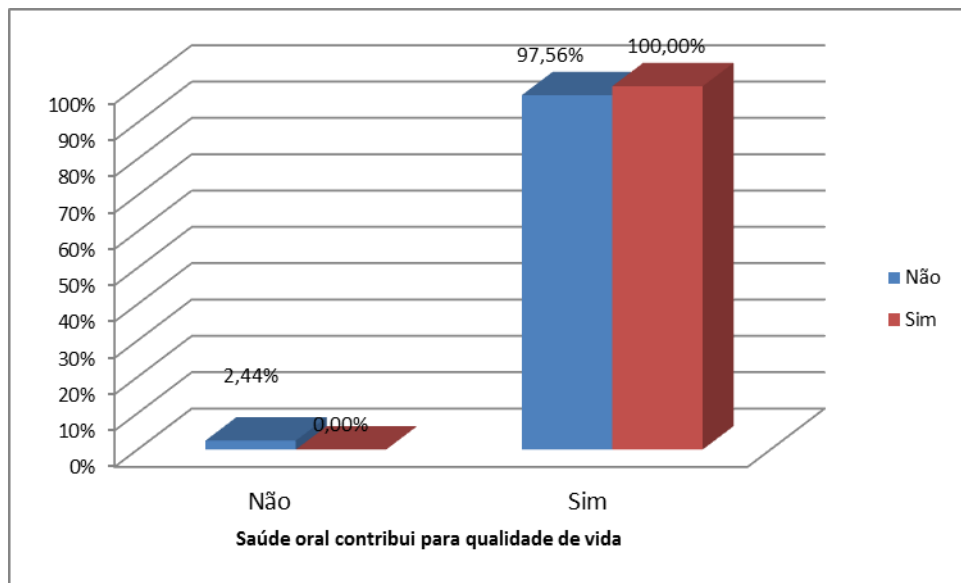


Gráfico 17: Contributo da saúde oral na qualidade de vida e regularidade das visitas ao Médico Dentista

Analisamos também os resultados relativos ao segundo conjunto de questões do questionário da importância da SO na QdV, em que se procura analisar vários aspectos relacionados com problemas dentários.

Deste modo analisamos estas questões em função de diversas outras variáveis como o contributo para a QdVRSO, a regularidade das visitas ao Médico Dentista e o uso de prótese dentária.

No que refere ao contributo da SO na QV relacionamos esta variável com outras variáveis associadas ao impacto dos problemas dentários na vida dos idosos como as dificuldades em relaxar/descansar, irritação, dificuldade de desempenho de tarefas e sensação de menor satisfação geral com a vida.

Na tabela 14 apresentamos a relação entre as dificuldades em relaxar/descansar e o contributo da saúde oral para a qualidade de vida, não sendo os resultados significativos ( $\chi^2=0.65$ ,  $p \geq 0,05$ ). Assim a proporção de casos que consideram que a saúde oral contribui para a qualidade de vida que não tem dificuldades em relaxar/descansar não se apresente significativamente inferior (29/30, 96.67%) relativamente aos que tem este tipo de dificuldades (19/19, 100.00%).

*Tabela 14: Associação entre contributo da saúde oral para a qualidade de vida e dificuldades em relaxar/descansar (Teste Fisher Qui-Quadrado)*

<i>Saúde oral contribui para qualidade de vida</i>	<i>Dificuldades em relaxar/descansar</i>		$\chi^2$	<i>p</i>
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>		
Não	1 (3.33%)	0 (0.00%)	0.65	1.00
Sim	29 (96.67%)	19 (100.00%)		
Total	30 (100.00%)	19 (100.00%)		

A mesma ausência de associação significativa foi verificada relativamente à sensação de irritação apresentada pelos idosos ( $\chi^2=0.83$ ,  $p>=0.0\%$ ), não sendo neste caso superior a proporção verificada de idosos que consideram que a saúde oral contribui para a qualidade de vida significativamente superior no caso dos que apresentam sensações de irritação (21/21, 100.0%) comparativamente aos que não apresentam este tipo de sensações (25/26, 96.15%) (Tabela 15).

*Tabela 15: Associação entre contributo da saúde oral para a qualidade e vida e sensação d irritação (Teste Fisher Qui-Quadrado)*

<i>Saúde oral contribui para qualidade de vida</i>	<i>Irritação</i>		$X^2$	<i>p</i>
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>		
Não	1 (3.85%)	0 (0.00%)	0.83	1.00
Sim	25 (96.15%)	21 (100.0%)		
Total	26 (100.00%)	21 (100.00%)		

Também não existe associação significativa com as dificuldades no desempenho das tarefas ( $\chi^2=0.61$ ,  $p>=0.05$ ) e com a sensação de insatisfação com o estado de saúde ( $\chi^2=0.47$ ,  $p>=0.05$ ) (tabela 16 e 17 ).

*Tabela 16: Associação entre contributo da saúde oral para a qualidade de vida e dificuldades de desempenho das tarefas (Teste Fisher Qui-Quadrado)*

<i>Saúde oral contribui para qualidade de vida</i>	<i>Dificuldade de desempenho de tarefas</i>		$X^2$	<i>p</i>
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>		
	Não	1 (3.33%)		
Sim	29 (96.67%)	18 (100.00%)		
Total	30 (100.00%)	18 (100.00%)		

*Tabela 17: Associação entre contributo da saúde oral para a qualidade de vida e sensação de insatisfação (Teste Fisher Qui-Quadrado)*

<i>Saúde oral contribui para qualidade de vida</i>	<i>Sensação de Insatisfação</i>		<i>X<sup>2</sup></i>	<i>p</i>
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>		
Não	1 (4.55%)	0 (0.00%)		
Sim	21 (95.45%)	25 (100.00%)	0.47	1.00
Total	22 (100.00%)	25 (100.00%)		

Uma outra análise que efectuamos, consistiu na relação entre a existência de dor persistente e o facto de os idosos irem ou não ao Médico Dentista com regularidade. Os resultados obtidos não indicam uma associação estatisticamente significativa ( $\chi^2=0.07$ ,  $p \geq 0.05$ ). Assim nos idosos que referem ter dores persistentes não é superior a proporção que visita regularmente ao Médico Dentista (3/8, 37.50%) comparativamente aos que não visitam (14/43, 32.56%) (tabela 18).

*Tabela 18: Associação entre ter dores persistentes e Visita com regularidade ao Médico dentista (Teste Fisher Qui-Quadrado)*

<i>Sensação de dores persistentes</i>	<i>Visita com regularidade ao dentista</i>		<i>X<sup>2</sup></i>	<i>p</i>
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>		
Não	29 (67.44%)	5 (62.50%)		
Sim	14 (32.56%)	3 (37.50%)	0.07	1.00
Total	43 (100.00%)	8 (100.00%)		

Por fim procuramos verificar se existe associação entre a existência de dificuldades em pronunciar palavras e também os problemas de paladares entre os idosos que realizaram prótese e os que não realizaram. Os resultados não se apresentam, também, significativos, quer para as dificuldades em pronunciar as palavras ( $\chi^2=0.09$ ,  $p>=0.05$ ) e para os problemas de paladar ( $\chi^2=0.16$ ,  $p>=0.05$ ) (tabela 19). Deste modo a proporção de idosos que tem dificuldades em pronunciar as palavras e tem problemas com o paladar é muito semelhante entre o grupo que usa prótese e o que não usa.

*Tabela 19: Associação entre as dificuldades em pronunciar palavras e problemas de paladar e o uso de prótese nos idosos (Teste Fisher Qui-Quadrado)*

<i>Dificuldade em pronunciar palavras</i>	<i>Realização de Prótese</i>		$X^2$	$p$
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>		
Não	9 (50.00%)	18 (54.55%)	0.09	0.78
Sim	9 (50.00%)	15 (45.45%)		
Total	18 (100.00%)	33 (100.00%)		

<i>Problemas no paladar</i>	<i>Realização de Prótese</i>		$X^2$	$p$
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>		
Não	11 (61.11%)	22 (66.67%)	0.16	0.77
Sim	7 (38.39%)	11 (33.33%)		
Total	18 (100.00%)	33 (100.00%)		

## VII-Discussão dos Resultados

A maioria dos idosos considera fraca a sua SO, embora a maioria considere que a mesma contribui para sua QdV. As percepções que os idosos têm da sua SO mantêm-se semelhante em função do seu género, idade e nível de escolaridade. Um número superior utiliza prótese, não vai ao Médico Dentista com regularidade e apresenta a falta da maior parte dos dentes, lavando os mesmos de modo pouco frequente (apenas uma vez por dia). Contudo não referem ter problemas dentários nem problemas associados resultados do impacto de uma fraca SO considerando os resultados obtidos nas várias questões derivadas do OHIP-14 que permitem avaliar o impacto da SO na QdV dos idosos. Também referem não necessitar de apoio para a realização da sua higiene oral. Assim passamos a discutir os principais resultados obtidos conforme o seguinte conjunto de tópicos:

*A maioria dos idosos refere que a saúde oral contribui para a sua qualidade de vida*, outro aspecto que merece destaque nesta discussão da percepção da qualidade de vida pelo idoso foi constatado no estudo de Cormack et alli.,(2000), no qual verificaram que a ausência de uma expectativa de vida pode levar a uma percepção de qualidade de saúde deficiente e, mesmo diante de condições adversas de saúde geral e oral , a maioria dos seus entrevistados mantiveram uma percepção positiva a respeito de sua QdV, não havendo uma relação directa entre os dados clínicos encontrados e a percepção da QdV. Os resultados do presente estudo também podem estar relacionados com resultados mais positivos obtidos em estudos com instrumentos desenvolvidos para avaliar o impacto que a SO apresenta na QdV (e.g. Cornejo et alli., 2013; Ulinski et alli., 2013; Maida et alli., 2013). Também no estudo de Ribeiro, Pires e Pereira (2012) se verifica que a maioria dos idosos refere que a SO contribui para a QdV.

*Estado geral da sua boca um número superior de idosos refere que o mesmo é fraco*, apesar de muitos estudos como por exemplo os reportados por Ekback (2010) na meta análise efectuada sobre estudos relacionados com a satisfação oral referiu que a maioria dos idosos percebem a sua SO como boa muito boa ou mesmo excelente.

Em Portugal o estudo de Pinto (2009) também obteve resultados satisfatórios a este nível. Contudo, é importante referir que um número não muito inferior considera que a sua boca se encontra em um bom estado, o que revela que os resultados relativos ao nível de satisfação oral estão distribuídos muito próximos. Porém nem todos os estudos desenvolvidos sobre este aspecto relatam uma boa percepção de SO, sendo que outros estudos anteriores também já relevaram uma má percepção de SO nos idosos como o de Cornejo, Perez, Lima et alli (2013); Shah (2003), Shah e Sundaram (2004); Cassotti, Lima, Gomes Filho e Francisco (2012).

*A maioria dos idosos deste estudo usa próteses dentárias*, tal como já foi verificado no estudo anteriormente realizado por Ribeiro, Pires & Pereira (2012) ,um número mais elevado (n=28, 84.85%) utiliza a prótese total, igualmente aconteceu no estudo de Guimarães et alli., (2013) Dos entrevistados, 44% eram portadores de próteses bimaxilares e apenas 10% utilizavam somente prótese total mandibular. Segundo Zini e Sgan-Cohen (2008), precisar de uma prótese inferior tem associação significativa com efeito na QV. Braga et alli., (2002), citados por Guimarães et alli., (2013) recomendam que as próteses totais removíveis sejam trocadas, no mínimo, a cada cinco anos, em função do desgaste do material utilizado – acrílico – e dos malefícios que podem decorrer desse desgaste, aumentando o grau de reabsorção do rebordo residual e desenvolvendo disfunções tempero mandibulares (Preciado Arellis et alli.,2013) já outro estudo de Bianco (2008) a prótese total teve também relevância no estudo, verificou-se que 117 participantes (52%) eram usuários de prótese total superior e, desses, 74 (33%) também usavam prótese total inferior. No entanto Guimarães et alli., (2013) das pessoas portadoras de prótese total, 64 (54,7%) necessitavam substituí-las.

*Um maior número de idosos não vai ao Médico Dentista com regularidade*, Para além disso, tal como Hiramatsu Et alli., (2006) verificaram, os principais motivos das visitas ao Médico Dentista foram precisamente sinais e sintomas específicos e subjectivos, como dores e problemas no ajuste das próteses dentárias que dificultam a fala e o acto de mastigar e, que também interferem na aparência, revelando que ainda persiste a ideia de que, uma vez com prótese dentária, já não é necessário visitar o Médico dentista como modo de prevenção.

*No nosso estudo a falta da Maioria dos dentes é muito comum nos idosos da nossa amostra.* Num estudo epidemiológico realizado pela OMS (WHO, 2003, cit in Jones, Orner, Spiro III & Kressin, 2003), Portugal, em 2000 era, de entre 23 países, aquele com mais pessoas idosas edentulas (70%). Num outro estudo da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (2004) relativo ao Mês da Saúde Oral – 2003, a média de perda de dentes a partir dos 65 anos, situava-se entre os 12.78 e 17.87, sendo superior ao intervalo verificados nas outras faixas etárias, que rondava entre 2.75 e 11.01. Esta faixa etária é, também, a que apresenta menor número de dentes saudáveis, rondando entre 10 e 16.

*Neste estudo os idosos lavam apenas uma vez os dentes ao dia* já no estudo de Preciado et alli., (2013) 65,3% dos voluntários realizam a escovagem dentária três vezes por dia, num estudo Português da região Norte 33% dos participantes afirmaram escovar os dentes menos que duas vezes ao dia e 53,5% escovava os dentes duas ou mais vezes por dia. Num outro estudo de Vyšniauskaitė, et alli., (2005) refere que os idosos lavam apenas 2 vezes por dia os dentes e referem ainda que o género e nível de escolaridade não tiveram impacto sobre este parâmetro. Alguns autores sugerem que os idosos tendem a visitar um Médico Dentista só devido a problemas orais em últimas circunstâncias ou desconforto e também sugerem que a decisão de visitar um Médico Dentista leva á fobia de muitas pessoas.

*No que se refere ao apoio na higiene oral os resultados obtidos indicam-nos que a maior parte não necessitam do mesmo,* Por um lado, vários estudos demonstraram que a Auto percepção é influenciada pela utilização efectiva dos cuidados de SO, revelando-se maior entre as pessoas que já visitaram o Médico Dentista (Gilbert, Helft, Duncan & Ringelberg, 1994, Adams, Freeman, Gelbier & Gibson, 1997, Chisick, Poindexter & York, 1997, Atchison & Dubin, 2003, cit in Martins, Barreto & Pordeus, 2008). Não obstante, o acesso aos serviços de SO por parte das pessoas idosas pode ser dificultado devido a dificuldades de mobilidade, dificuldades financeiras, a ausência de tradição no cuidado oral, bem como as atitudes negativas em relação à SO Peterson & Yamamoto, (2005). Aparentemente, essa percepção da necessidade de tratamento é mínima, visto que, por exemplo, num estudo da National Health

Interview Survey, em 1997 (Vargas, Kramarow & Yellowitz, 2001), as pessoas idosas edentulas referiram visitar o Médico Dentista, durante um ano, numa frequência muito inferior às pessoas com os dentes naturais.

***Número superior de idosos (n=38, 74.51%) não apresenta problemas dentários com gengivas dente ou próteses.*** Estes resultados apresentam-se positivos uma vez que estudos anteriores como o de Mesas, Andrade e Cabrera (2006) apareciam negativos, o estudo de Preciado Arelis et alli., (2013) 86% dos participantes não sofrem de candidíase Oral e 77,3% deles tinham lesões nas mucosas relacionadas com o uso de prótese já no estudo de Peltola et alli., (2004) a estomatite protética foi encontrado num ¼ da amostra, com nenhuma associação entre uma má Higiene da prótese dentária. Em contraste, a estomatite entre dinamarqueses idosos tem sido relatada mais frequentemente devido á má higiene da prótese. Um estudo suíço de 233 pacientes relata uma prevalência muito maior (72%) de estomatite com uma relação clara à má higiene da prótese. No mesmo estudo referem ainda a queilite angular como a grande causa do desconforto dos idosos. Porém um estudo realizado anteriormente em Portugal por Ribeiro, Pires e Pereira (2012), relevou valores não muito elevados de problemas dentários 32,6% referiu ter problema com os dentes e 16,3% afirmou ter problemas de gengivas. A sensação de boca seca foi percebida por 47,3% dos indivíduos, apesar de mais de metade dos participantes (57,8%) utilizava prótese dentária.

***Neste estudo a maioria dos idosos inquiridos não se apresentam satisfeitos com a saúde em geral,*** achando que a idade trás consigo grande parte das doenças num outro estudo controverso Marinõ et alli., (2008) quando questionado sobre sua saúde geral, 18% considerou ser "Excelente" ou "Muito Bom" 44,1% avaliaram seu estado geral de saúde como "bom" e 33,9% como "justo". Apenas 4,0% avaliaram sua saúde como 'Pobre' .41 % dos participantes (n = 248) não relataram problemas de saúde, num outro estudo de Ulinski karla et alli., (2013), os participante referiram a sua saúde geral como muito bom / bom(38,1%), regular (47%) ou muito pobre / pobre (14,9%).

***Um número mais elevado não refere que tem problemas relacionados com a sua saúde dentária,*** como dificuldades em pronunciar palavras (n=27, 52.94%), problemas no paladar (n=33, 64.71%), dores persistentes e continuas (n=34, 66.67%),

desconforto na ingestão alimentar (n=26, 50.98%), sensação de constrangimento (n=37, 72.55%), tensão (n=33, 64.71%), insatisfação com a dieta (n=26, 56.86%), interrupção de refeições (n=29, 56.86%), dificuldades em relaxar/descansar (n=32, 62.75%), irritação (n=28, 54.90%) e dificuldades no desempenho de tarefas diárias (n=62.75%). Estes resultados apresentam-se bastante positivos uma vez que é muito comum nos idosos e considerando já a elevada idade dos idosos da nossa amostra (média de aproximadamente 82 anos) a ocorrência de uma série de problemas de saúde essencialmente a nível da SO conforme já foi possível verificar em alguns estudos como o de Cornejo et alli., (2013), em que se verifica um fraco resultado no que se refere a QdV relacionada com a SO, no qual se utilizou o OHIP que contem algumas das questões utilizadas no presente estudo para avaliação da qualidade de vida associada a SO. Porém estes resultados não são totalmente fora do comum uma vez que já se verificaram em alguns estudos anteriores como o desenvolvido por Ulinski et alli., (2013) em que a proporção de respostas baixas foi mais elevada em todas as questões utilizadas relacionadas com a qualidade de vida para a SO, sendo as questões utilizadas idênticas as presentes no nosso estudo. Também o estudo realizado por Maida et alli., (2013) obteve resultados positivos (maior número de respostas na opção "nunca") nas várias questões que utilizaram para avaliar o impacto que a SO tem na QdV. O estudo de Brennan, Singh, Spencer & Thomson, (2006), Estudo de Dahl, Wang, Holst & Ohrn (2010) e também o estudo de Pinto (2009) revela resultados semelhantes. Por outro lado verificamos que um número superior (n=26, 50.98%) revela ter menor satisfação com a vida em geral. Considerando que a QdV pode estar relacionada com a SO, conforme verificamos pelos resultados positivos obtidos no nosso estudo e também em estudos anteriores da literatura referida, poderíamos supor que os idosos se apresentassem também satisfeitos com a sua vida em geral. Porém é preciso considerar que a satisfação com a vida é um constructo muito geral e definido por vários domínios (e.g. amor, casamento, amizades, emprego, aparência física) conforme nos referem autores como Frisch (2006) e Diener et alli., (1997).

*Não existe relação significativa entre a percepção do estado geral da boca e o género, idade e nível de escolaridade dos participantes.* O resultado neste caso tem-se apresentado muito ambíguo existindo estudos que referem existir diferenças a este nível e outros que não. Não se verificam diferenças entre os géneros (Fukai, Takaesu

& Maki, 1999, hábitos de saúde oral; Fylation, Williams, Siefert, Jackson & Raymer, 2010; percepção de saúde oral e factores demográficos; Demirchyan, Petrosyan & Thompson, 2012). No estudo de Sun et alli., (2007) não existem diferenças entre homens e mulheres, num estudo em idosos com mais de 75 anos (percepção de saúde oral e género). Também não existem diferenças no estudo de Cornejo Perez (2013) o género e a idade não constituem preditores significativos da SO subjectiva (Dumitrescu, Pedersen, Dogaru & Dogaru, 2007). Não existem diferenças entre género, idade e nível de escolaridade na percepção de saúde oral segundo Lemos, Z et alli., (2013). Já no estudo de Emami et alli., (2013) refere outros factores que contribuem para a prevalência da perda total dentária, são a idade, a educação, o acesso aos consultórios dentários, os rácios de dentista / população e cobertura de seguro. Também em Portugal o estudo de Pinto (2009) não permitiu verificar diferenças entre a idade e a percepção de saúde oral dos idosos inquiridos. Os resultados deste estudo encontram-se em consonância com os resultados encontrados em outros estudos, visto que a idade não se revelou um preditor significativo da Auto percepção da condição oral (Atchison & Gift, 1997; Reisine & Bailit, 1980, cit in Atchison & Gift, 1997; Mesas, Andrade & Cabrera, 2008) ao contrário de outros estudos (Berkey, et al., 1985, cit. por Atchison & Gift, 1997).

*Não existe relação entre a percepção da saúde Oral e o número de dentes em falta*, o que implica que os idosos parecem não se preocupar com a sua SO pelo facto de terem mais ou menos dentes em falta. Apesar de estudos anteriores como a maioria dos apresentados na meta-análise de Gerritsen apontarem para uma associação entre a percepção de SO e respectiva QdV e a perda de dentes, resultados semelhantes ao nosso estudo já foram encontrados num estudo anterior desenvolvido por Piuvezam e Costa-Lima (2011) e cornejo et alli., (2013) que não encontram associação entre o edentulismo ou perda de dentes. Também o estudo de Rodrigues et alli (2012) revelou que os idosos mesmo que apresentem problemas de falta de dentes não parecem ter problemas de QdV. Num estudo de Elham Emami (2013), em 2010, a taxa global de edentulismo no Canadá foi de 6,4%, e entre os adultos entre 60 e 79 anos da idade, que foi de 21,7%. A taxa de edentulismo tende a variar entre as diferentes regiões do país. No Canadá, há uma grande variação entre as províncias, de 14% (Quebec) a 5% (Territórios do Noroeste), devido a factores associados tais como o acesso à água fluoretada e tabagismo.

*Não existe relação entre a frequência com que se lava os dentes e os problemas dentários.* Estes resultados poderão ser considerados positivos uma vez que a falta de cuidados de higiene oral como a lavagem regular dos dentes pode levar a deterioração dos mesmos. Autores como Da Visschere et alli., (2006) e Montal et alli., (2006) referidos por Ferreira et alli., (2009) referem mesmo que a pobre higiene bucal entre idosos pode aumentar o risco de desenvolver a cárie especialmente radicular, periodontites, candidíase e estomatite. É importante salientar que os problemas orais mais frequentes nos idosos são a perda dentária, as cáries radiculares e a doença periodontal (Ettinger, 2010, cit in Ribeiro, Pires & Pereira, 2012). Também outros autores (Patil & Patil, 2009; Kanldelman, Petersen & Ueda, 2008; Mack, Mojon, Budtz-Jorgensen, et alli., 2004; Van der Putten, Vanobbergen, De Visschere et alli., 2009), referidos por Corte-Real, Figueiral e Campos (2011) referem que a elevada prevalência e a gravidade da doença periodontal em idosos foi correlacionada com maus hábitos de higiene oral que condicionam a acumulação de placa bacteriana e consequentemente o desenvolvimento da doença periodontal, nomeadamente de inflamação gengival e de perda da inserção periodontal. Acresce-se ainda que o maior risco cariogénico em idosos é resultante do aumento da recessão gengival (principalmente para as cáries radiculares), da disfunção das glândulas salivares, de uma higiene oral menos eficaz e de uma diminuída função motora oral (De Rossi & Slaughter, 2007; Mack et alli., 2004; Saunders & Meyerowitz, 2005; - cit in Corte-Real, Figueiral & Campos, 2011).

*A proporção de idosos que tem apoio na higiene horal não varia significativamente em função do género e grau de escolaridade,* segundo um estudo de Nałçacı et alli., (2007) diz o contrário o género feminino e o baixo nível de escolaridade foram encontrados, associados há perda dentária. Esses resultados foram consistentes com os achados na literatura (Ekanayake e Perera, 2004; Shah et alli, 2004; Susin et alli.,2005). No entanto, alguns estudos na Finlândia (Suominen-Taipale et alli., 1999) e na Suécia (Hugoson et alli., 1995) têm mostrado uma maior média de perda de dentes e uma tendência para uma maior prevalência de edentulismo nos homens do que nas mulheres.

*A proporção de idosos que afirmam que a saúde oral contribui para a qualidade de vida não varia entre género e escolaridade*, Já no estudo de Guimarães et alli., (2013) as pessoas com maior nível de educação tiveram resultados mais positivos e diferenças de nível social, género e idade não tiveram diferenças significativas nos resultados (Zini; Sgan-Cohen, 2008). A escolaridade não esta relacionada com impacto da saúde oral na QdV (Ulinski et alli., 2013). Estudo desenvolvido com OHIP 14 também não detecta diferenças entre género, idade e escolaridade (Zheng, Wong & Lam, 2011). Um outro estudo também não apresenta diferenças nem com o género, idade e nem com o nível de escolaridade (Preciado, Del-Rio, Lynch & Castillo-Oyague., 2013). O estudo de Dahl et alli., (2010) também não apresenta diferença por género e escolaridade. Por fim num outro estudo não existe relação com a escolaridade Marino et alli., (2008).

*A proporção de idosos que afirmam que a saúde oral contribui para a qualidade de vida não varia entre quem visita ou não regularmente o dentista, quem tem ou não dificuldades em descansar e relaxar, sensação de irritação e dificuldades de desempenho de tarefas e sensação de insatisfação*. Já no estudo de Ulinski et alli., (2013) a maior percentagem de indivíduos que relatou preocupar-se com a sua SO, sentiam dificuldades e sentiam-se desconfortáveis para comer, os mesmos autores referiram que embora a ausência de dentes e utilização de próteses não interfiram nas actividades diárias ou nas relações sociais, essas condições resultam em impactos negativos sobre algumas das dimensões do OHIP, como desconforto psicológico, a dor, e deficiência física.

*No estudo realizado não existe associação entre a sensação de dores persistentes e as visitas regulares ao Médico Dentista* mas o estudo de Bianco (2008), a última visita ao dentista, assim como o género aparecem com relação ao desconforto/incapacidade psicológico, por sua vez o grau de escolaridade aparece associada á dor física.

*Também não existe associação entre dificuldades em pronunciar palavras e problemas de paladar e o uso de prótese nos idosos*, o que acaba por ser um factor positivo dado que conforme nos refere o estudo de Ulinski et alli., (2013) a SO no idoso é frequentemente precária, exibindo um grau moderado ou severo de doença periodontal e de cárie. As patologias orais podem afectar a capacidade de comer, falar e socializar influenciando negativamente a qualidade de vida do doente e agravando a desnutrição e a fragilidade física do idoso, que muitas vezes as desvaloriza por considerar serem consequência do processo de envelhecimento. Os mesmos autores também apontam que as alterações da SO causam dor e desconforto que consequentemente provocam dificuldades na alimentação, na comunicação, na imagem corporal e muitas vezes implicam graves limitações a nível social, tendo um impacto negativo nas actividades de vida diárias, aspectos estes que não se reflectem nos idosos da amostra do nosso estudo. Também Locker (1988) e Murray (1996) referidos por Ribeiro, Pires e Pereira (2012), já referiram anteriormente que as doenças orais embora não apresentem, de um modo geral, risco de vida podem ter repercussões ao nível da mastigação, da fonética, da estética e do bem-estar geral ao influenciar as actividades quotidianas e as relações interpessoais. Um estudo anterior desenvolvido por Guimarães et alli.,(2012) com idosos que utilizam próteses encontrou valores baixos nas varias dimensões do questionário OHIP -14 que como já referido avalia a influencia da saúde oral na QdV, entre as quais as avaliadas também no nosso estudo (dificuldade de pronuncia de palavras e sensação de mau paladar) o que significa que o facto de usarem prótese não influencia negativamente a sua QdV. Também o estudo de Silva et alli., (2010), mencionado por Guimarães et alli., (2013) apontou para baixos resultados, que significam que a QdV se encontra pouco ou nada afectada pela existência de problemas dentários em idosos.

## VIII-Conclusões

Diversos estudos têm sido desenvolvidos sobre a temática da qualidade de vida e a saúde oral dos idosos, focando diversas questões e utilizando diferentes medidas de avaliação quer da qualidade de vida associada à SO, tal como da percepção que os idosos têm da sua SO. A literatura também se tem debruçado sobre problemas dentários, assim como nas possíveis soluções e intervenções possíveis para resolver ou pelo menos aliviar esta problemática.

O presente estudo procurou estudar, numa amostra de idosos portugueses, aspectos relacionados com a SO como a percepção que tem da mesma, assim como o impacto que esta tem na QdV. Também analisamos o modo como os idosos lidam com a questão no que se refere aos cuidados que apresentam com a sua SO, como o recurso ao Médico Dentista assim como a necessidade de utilizar próteses dentárias.

Apesar da amostra se apresentar reduzida e limitada a uma população limitada a uma determinada região e contexto mais específico (três centros de dia da região da Beira Alta) o que não permite generalizar com muita clareza para uma população ou para outras amostras, os resultados obtidos apresentam-se positivos em questões fulcrais como a baixa prevalência de problemas relacionadas com a SO como irritação, fadiga, dificuldades de relaxamento, dores, dificuldades no desempenho de tarefas quotidianas, insatisfação com dieta, refeições e sensação de constrangimento.

Por outro lado a percepção da sua SO é maioritariamente fraca, embora se verifique um número muito próximo de idosos satisfeitos com a SO. Em idades mais avançadas é muito comum surgir insatisfação nos idosos relativamente ao seu aspecto físico, o que constitui uma característica própria do envelhecimento, sendo possivelmente também a SO um aspecto com o qual se possam sentir menos satisfeitos.

Também concluímos que os idosos não se interessam muito pela sua SO, dada a baixa frequência com que lavam os dentes diariamente, assim como o número escasso de idosos que visitam frequentemente o Médico Dentista, considerando que a maioria apresenta edentulismo que conforme já descrito na literatura deste estudo se define como a perda total dos dentes.

A percepção que os idosos têm da sua SO manteve-se muito semelhante entre os idosos dos dois géneros, dos vários tipos de escolaridade e idades. A proporção de idosos que concorda com importância da SO na QdV apresenta-se superior nos homens, apresentando-se porém muito semelhante entre aos vários níveis de escolaridade. Ainda em relação à opinião do contributo da SO para a QdV, os resultados parecem apontar para uma consciencialização por parte dos idosos que frequentam regularmente o Médico Dentista (ainda que em número reduzido) da importância do tratamento dentário, dado que todos os que visitam regularmente o Médico Dentista apresentam uma opinião positiva da importância da SO na QdV. Ainda é importante também salientar que não existe associação entre a utilização de prótese dentária e problemas com o paladar e dificuldades em pronunciar palavras.

Posto isto, consideramos pertinente desenvolver estratégias de intervenção ou prolongar as já existentes no que se refere à promoção da SO dos idosos. Neste sentido é sempre essencial o desenvolvimento de investigações precisas e credíveis que consistam uma importante fonte de obtenção de informações necessárias a futuras intervenções junto de uma população que já viveu, experienciou e vivenciou e tem sempre direito a uma melhor QdV, que lhe confira uma elevada satisfação com a vida.

O recurso a escalas de avaliação validadas e adaptadas para a população idosa portuguesa também seria relevante. O presente estudo apresentou a limitação, para além do número reduzido da amostra e focado apenas num único meio de uma dada região do país, do questionário utilizado focar-se essencialmente em questões dicotómicas de sim e não que não permitem uma avaliação tão precisa como o recurso a escalas de avaliação como por exemplo o OHIP-14 para avaliar o impacto da SO na QdV ou o GOHAI para avaliar a percepção de saúde oral dos idosos.

Assim é essencial a realização de estudos com amostras de dimensão superior, com instrumentos de avaliação com adequadas características psicométricas e que abrangem as diversas regiões do país de modo a possibilitar a obtenção de resultados mais representativos da dimensão dos vários fenómenos em estudo, em diferentes populações com diferentes características e diferentes modos de vida. Também seria pertinente comparar idosos que se encontram institucionalizados com os que se encontram ou apenas em centros de dia ou em casa de familiares, de modo a verificar se existem diferenças entre as três realidades no que se refere a QdVRSO e respectiva satisfação derivada da mesma.

## IX-Referências Bibliográficas

Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(40).

Almeida. L.B (2006).A idade não Perdoa? O Idoso á luz da Neurologia Gerontológica. Lisboa, Gradiva.

Atchison, K.A. & Gift, H.C. (1997). Perceived Oral Health in a diverse sample. *Adv. Dent Res*, 11 (2), 272-280.

Baker, S. R. (2007). Testing a Conceptual Model of Oral Health: a Structural Equation Modeling Approach. *Journal of Dental Research*, 86(8), 708-712.

Bianco V.C, Lopes, E.S., Borgato, M.H. et al. (2008). O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com 50 e um mais ano de vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (4), 2165-2172

Brennan, D.S., Singh, K.A., Spencer, J.A. & Roberts-Thomson, K.F. (2006). Positive and negative affect and oral health-related quality of life. *Health and Quality of life outcomes*, 4-83. : 10.1186/1477-7525-4-83

Carr, A et alli. (2001) Measuring quality of life: Is Quality of life determined by expectation or experience ,*British Medical Journal*, 322,1240-1243.

Cassotti, C.A., Lima, L.A., Gomes-Filho, D.L. & Francisco, K.M. (2012). Self-perception and oral health conditions of the elderly in a small town. *Rev Gaucha Odontol*, 60 (2), 187.193.

Cormack E. A (2000). *Saúde oral do idoso*. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>.

Cornejo, M., Pérez, G., Costa de Lima, K., Casals Peidro, E. & Borrell, C. (2013). Oral Health Quality of life in institutionalized elderly in Barcelon (Spain). *Med Oral Patol Cir Bucal*. 18 (2), 285-92.

Corte-Real, I.S., Figueiral, M.H. & Campos, J.C. (2011). As doenças orais no idoso: Considerações Gerais. *Rev Estomatol Med Dent*, 52, 175-180.

Costa .E et alli., (2010) Self –perception of oral health condition of the institutionalized and non institutionalizes elders .*Ciência & saúde colectiva* ,15(6):2925-2930.

Dahl, K.E., Wang, N.J., Holst, D. & Öhrn, K. (2010). Oral Health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trondelag. *International Journal of Dental Hygiene*, 9, 87-92. DOI: 10.1111/j.1601-5037.2010.00445.x.

Demirchian, A., Petrosyan, V., & Thompson, M.E. (2012). Gender differences in predictors of self-rated health in Armenia: a population based study of economy in transition. *International Journal for Equity in Health*, 11-67.

Desvarieu, M. .et alli., (2005) .Periodontal Microbiota and Intima-Media Thickness.Circulation , 111 , p.576-582.

Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.

Dumitrescu, A.L., Pedersen, S.S., Dogaru, B.C. & Dogaru, C.D. (2007). Association between Social inhibition, mood and worry, self-reported oral health status and oral health-related behaviours. *Perio*, 4 (4), 301-310.

Ebback, G. (2010). Satisfaction with oral health and associated factors in Sweden and Norway- Cross sectional and longitudinal perspectives. *Dissertation for the degree of Doctor (Phd)*. Norway: University of Bergen.

Ekanayake, L. & Perera, I. (2004). The association between clinical oral health status and oral impacts experienced by older individuals in Sri Lanka. *Journal of Oral Rehabilitation*, 31 (9), 831-836.

Emani, E., Heydecke, G., Rompré, P.H., Grandmont. P. et al. (2009). Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: a meta analysis of randomized controlled trials. *Clin. Oral. Impl. Res*, 20, 533-544.

Ferreira, R.C., Magalhães, C.S., Rocha, E.S. & Moreira, A.N. (2009). Saude Bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais. Brasil. *Cad Saude Pública, Rio de Janeiro*, 25 (11), 2375-2385.

Finlayson, T.L., Williams, D.R., Siefert, K., Jackson, J.S. et alli. (2010). Oral Health Disparities and Psychosocial correlates of self-rated oral health in the national survey of American Life. *American Journal of Public Health*, 100 (1), 246-255.

Frisch, M. B. (2006). *Quality of Life Therapy: Applying a Life-Satisfaction to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Fukai, K. Takaesu, Y. & Maki, Y. (1999). Gender differences in oral health behavior and general health habits in an adult population. *Bull. Tokyo. Dent. Coll*, 40 (4), pp.187-193.

Galli.R et alli., (2010). Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e factores associados a idosos ,*cad .Saúde Publica* , Rio de Janeiro, 26(1);79-88 .

Gavinha. C.M.S – Avaliação do Estado de Saúde Oral em idosos institucionalizados e estudo das repercussões do uso de Próteses Removíveis desadaptadas nos tecidos dentários [Tese de doutoramento]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2010.

Gerritsen, A.E., Allen, P.F., Witter, D.J., Bronkhorst, E.M. et al. (2010). Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 1-11.

Gomes, A. S. & Abegg, C. (2007). O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1707-1714

Guimarães, M.B., Rocha, F.R. & Bueno, R.S. (2013). Impacto do uso de próteses dentárias totais na qualidade de vida dos idosos. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 5 (1), 31-38.

Haikal, D et alli (2009). Auto percepção da Saúde Bucal e Impacto na qualidade de vida do idoso: Uma abordagem Quanti-Qualitativa. *Ciência & Saúde colectiva*, 16 (7) ;3317-3329, 2011.

Hiramatsu, D.A., Franco, L.J. & Tomita, N.E. (2006). Influência da aculturação na auto percepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. *Cad Saude Publica*, 22 (11), 2441-2448.

Hugoson A, Koch G, Bergendal Tet al. (1995) Oral health of individuals aged 3-80 years in Jonkoping, Sweden in 1973,1983,1993. *Swedish Dental Journal*, 19, 243-260.

INE (Instituto Nacional de Estatística) [em linha].Disponível em <http://www.ine.pt> [Consultado em 20/06/2013).

Jones, J. A., Orner, M. B. Spiro III, A. & Kressin, N. R. (2003). Tooth loss and dentures: patients' perspectives. *International Dental Journal*, 53, 327-334

Lemos, M.M., Zanin, L., Jorge, M.L. & Flório, F.M. (2013). Oral Health conditions and self-perception among edentulous individuals with different prosthetic status. *Bras J oral Sci.*, 12 (1), 5-10.

Levyl, L et alli., (1980). La Tension Psicocial Pablación, ambiente y calidade de vida, México: *El Manual Monalerno*.

Lopes .M et alli.,(2008) Oral conditions, habits and treatment necessity of institutionalized elders in Araras , *Ciência &Saúde colectiva* ,15(6):2949-2954.

Maida, C.A., Marcus, M., Spolsky, V.W., Wang et al. (2013). Socio-behavioral predictors of self-reported oral health-related quality of life. *Qual life Res*, 22. 559-566. DOI 10.1007/s11136-012-0173-z

Marino, R., Schofield, M.R., Calache, M.W, Minichiello, V. (2008). Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentale older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol*, 36, 85-94.

Martins, A.M., Barreto, S.M. & Pordeus, I.A. (2009). Auto-avaliação da saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cadernos de Saude Pública, Rio de Janeiro*, 25 (2), 421-435.

Mesas, A.E., Andrade, S.M. & Cabrera, M.A. (2006). Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Ver Bras. Epidemiol.* 9 (4), 471-480.

Mohapatra ,I.(2012) Problems of elderly widows in Odisha:An Empirical Study , *Indian Journal Of Gerontololy* .Vol . 26, No .4 , pp.549-563.

Montero-Martin, J., Bravo-Peréz, M., Albadejo-Martinez. A., Hernandez-Martin, L.A. & Rosel-Gallardo, E.M. (2009). Validation the oral health impact profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 14 (1), 44-50.

Nalcaci, R., Erdermir, E. & Baran, I. (2007). Evaluation of the oral health status of the people aged 65 years and over living in near district of middle Anatolia, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45 (1), 55-64.

Néri, A.L (2000).Qualidade de Vida na Velhice e atendimento domiciliário. In:Yeda .A.O.Duarte & M.Diogo: Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico (pp.39,40).

Pais-Ribeiro, J. (2009). A Importância da Qualidade de Vida para a psicologia da Saúde, In J.P.Cruz, S.N.Jesus & C.Nunes (coords), *Bem – estar e Qualidade de Vida* (31-49).Alcochete: Textiverso.

Paschoal, S., (2002) Qualidade de Vida na Velhice: In E.Freitas, L.Py,A.Neri, F.Cançado, M.Gorzoni & s.Rocha (eds).*Tratado de Geriatria e gerontologia* (79-84) Rio de Janeiro: Guanaboma Koogan.

Peltolla, P., Vehkalathi, M. & Wuolijoki-Saaristo, K. (2004). Oral Health and treatment needs of the long-term hospitalized elderly. *Gerodontology*, 21, 93-99.

Peterson, P. E. & Ueda, H. (2006). Oral Health in Ageing Societies: Integration of oral health and general health. *World Health Organization*, Geneva: WHO.

Peterson, P. E. & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 81-92

Pimentel, F. (2004). Qualidade de Vida em Oncologia, Lisboa: Permanyer, Portugal.

Pinto, P.A. (2009). Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos: um estudo exploratório. *Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.*

Piuevezam, G. & Costa-Lima, K. (2011). Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1-7. doi:10.1016/j.archger.2011.04.017

Preciado, A., Del-Rio, J., Lynch, C., & Castillo-Oyague, R. (2013). A new short, specific questionnaire (Qolip-10) for evaluating the oral health-related quality of life of implant-retained overdenture and hybrid prosthesis wearers. *Journal of Dentistry*, 41, 753-763.

Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, D., Pires, I. & Pereira, M.L. (2012). Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*, 53 (4), 221-226.

Rodrigues, S.M., Oliveira, A.C., Vargas, A.M., Moreira, A.N. et al. (2012). Implications of edentulism on quality of life among elderly. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 9, 100-109.

Saintran .M et alli (2008) Oral health for the elderly: an Interdisciplinary approach , *ciência & Saúde colectiva* ,13(4) :1127-1132.

Seidl, E. M et alli., (2004).Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2) , 580-588.

Sequeira, C (2009) *Cuidar de Idosos dependentes: Diagnósticos de Intervenções*, Primeira Edição, Quarteto Editora.

Shah, N. & Sundaram, K.R. (2004). Impact of socio-demographic variables, oral hygiene practices, oral habits and diet on dental caries experience of Indian elderly: a community based approach. *Geredontology*, 21, 43-50.

Shah, N. (2003). Gender Issues and oral health in elderly Indians. *International Dental Journal*, 53, 475-484.

Silva, I., Meneses, R. F. & Silveira, A. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral. (retirado a 27 de Julho de 2013 em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/452/1/264-274%20FCHS04-18.pdf>)

Suomisen-Taipale, A.L., Alanen, P., Helenius, H., Nordblad, A. & Uutela, A. (1999). Edentulism among finnish adults of working age, 1978-1997. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 27 (5), 353-365.

Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. (2005). Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. *Acta Odontol Scand*, 63, 85-93

Ulinski, K.G., Nascimento, M.A., Lima, A.M., Bennetti, A.R. et al. (2013). Factors related to oral health-related quality of life of independent Brazilian Elderly. *International Journal of Dentistry*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/705047>

Vargas, C. M., Kramarow, E. A. & Yellowitz, J. A. (2001). The Oral health of Older Americans. *Aging Trends*, 3. Hyattsville, Maryland: National Centre for Health Statistics.

Watt,R; Harnett, R .( 2006 ).Evaluating oral health promotion: need for quality outcome measures *Community, Dentistry and Oral Epidemiology* , 34 (1/February) , PP.11-17 .

World Health Organization (2007). *Oral health*. WHO (retirado a 20 de Julho de 2013 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>)

Wysniauskaitė, S., Kammon, N., & Vehkalahti (2005). Number of teeth in relation to oral health behaviour in dentale elderly patients in lithuania. *Gerodontology*, 22 (1), 44-51.

Zheng, J., Wong, M.C. & Lam, C.K. (2011). Key factors associated with oral health-related quality of life (OHRQOL) in Hong kong Chinese adults with orofacial pain. *Journal of Dentistry*, 39, 564-571.

ZINI, D. M. D.; SGAN-COHEN, H. D. (2008). The effect of Oral Health on quality of Life in an Underprivileged Homebound and Non-Homebound Elderly Population in Jerusalem. *Journal of American Geriatrics Society*, 56 (1), 99-104

# ANEXO I

**Questionário**

**Tema do estudo da dissertação do Mestrado em Medicina Dentária:”A importância da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma população Idosa “**

Parte I

1-  de \_\_ Género:0- F-  
M-

9-Não sabe

**2- Grau de Escolaridade**

Sem escolaridade	
Menos de 4 anos de escolaridade	
4-9 anos de escolaridade	
Mais de 9 anos de escolaridade	
Ensino Superior	

**3-A saúde Oral contribui para a qualidade de vida?**

0-Não

1-Sim

2-Não sabe

9-Não registrado

**4-Como Avalia o estado geral da sua boca?**

Excelente	
Muito Boa	
Boa	
Fraca	
Muito fraca	

**5-Têm dentes Naturais?**

0-Não	
1-Sim	
2 – Não sabe	
9-Não registado	

**7-Aproximadamente quantos dentes Naturais têm em falta?**

0-4	
5-10	
11-19	
20-27	
28-31	
32	

**8-Usa Prótese Dentária?**

0-Não	
1-Sim	

8-A) Parcial  B) Total

**9- Quantas vezes lavam os dentes por dia?**

1 Vez ao dia	
2 Vezes ao dia	
3 Vezes ao dia	
+ Que 3 vezes	

**10-Precisa de ajuda na sua Higiene Oral?**

0-Não	
1-Sim	

**5-Têm algum problema com os seus dentes, gengivas ou próteses?**

0-Não	
1 -Sim	
2-Não sabe	
9-Não registado	

**Se Sim , Qual?**

---

---

**11-De um modo Geral está satisfeito com a sua saúde?**

0-Não	
1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registado	


**Parte II**

12-Por favor responda às questões que se apresentam em baixo, pensando na frequência com que sentiu cada um destes aspectos no último ano.

- 1-** Tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

0-Não	
1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registado	

- 2-** Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

0-Não	
-------	--

1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registrado	

3-Teve alguma dor persistente/continuada na boca?

0-Não	
1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registrado	

2- Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

0-Não	
1-Sim	
2-Não sabe	

9-Não registrado	
---------------------	--

- 3- Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

0-Não	
1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registrado	

- 4- Tem-se sentido tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

0-Não	
1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registrado	

- 7- A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

0-Não	
1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registado	

- 8- Tem tido que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

0-Não	
1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registado	

- 9- Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

0-Não	
1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registado	

**10-** Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

0-Não	
1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registado	

**11-** Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

0-Não	
-------	--

1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registado	

**12-** Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

0-Não	
1-Sim	
2-Não sabe	
9-Não registado	

Obrigado pela sua colaboração

Inês Lemos

## **ANEXO II**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

*Designação do Estudo (em português):*

.....  
.....

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) .....

Responsável pelo participante no projecto (nome completo) .....

....., compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

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

Por isso, consinto que lhe seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/200\_\_

*Assinatura do Responsável pelo participante no projecto:* .....

O Investigador responsável:

*Nome:*

*Assinatura:*

## **ANEXO III**

PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_ aceito em participar de livre vontade no estudo da autoria de Inês Melo Sobral de Lemos (Finalista do Mestrado de Medicina Dentária na Universidade Fernando Pessoa -Porto), orientada pela Professora Doutora Sandra Gavinha (Professora Associada da Universidade Fernando Pessoa e respectiva diretora clínica), no âmbito da dissertação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, cujo tema é " A importância da Saúde Oral na qualidade de Vida de uma população idosa ".

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:

- 1) Avaliar e descrever os critérios na base da auto-percepção geral da saúde oral das pessoas idosas, bem como analisar se existem diferenças entre género;
- 2) Avaliar e descrever o impacto da condição oral na qualidade de vida e auto-estima, e analisar se existem diferenças entre género;
- 3) Avaliar e descrever as dimensões de qualidade de vida mais afetadas pela saúde oral e analisar diferenças entre género;
- 4) E por fim, analisar as diferenças na qualidade de vida e auto-estima entre pessoas edentuladas (sem alguns ou todos os dentes) e/ou com prótese e pessoas ainda com alguns dentes.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer consequência para mim. Colaborando no estudo, estou a possibilitar o avanço do conhecimento sobre esta área, no entanto, não me podem ser dadas garantias de qualquer benefício directo ou indirecto, somente pela minha participação no estudo.

Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade, nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com este estudo, a menos que eu o autorize declaradamente por escrito.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_