

Rita Magalhães Lopes Cardoso Rocha

**Avaliação da Autoperceção da Saúde Oral na Qualidade de Vida  
de uma População Idosa**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019



Rita Magalhães Lopes Cardoso Rocha

**Avaliação da Autoperceção da Saúde Oral na Qualidade de Vida  
de uma População Idosa**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Rita Magalhães Lopes Cardoso Rocha

**Avaliação da Autoperceção da Saúde Oral na Qualidade de Vida  
de uma População Idosa**

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos para obtenção do grau de  
Mestre em Medicina Dentária.”

---

(Rita Magalhães Lopes Cardoso Rocha)

## RESUMO

**Objetivo:** Análise da interferência da autopercepção da saúde oral na qualidade de vida de uma população geriátrica e avaliação da sua associação com variáveis sociodemográficas e condições de saúde oral.

**Métodos:** Estudo transversal com uma amostra de idosos ( $\geq 65$  anos), que frequentaram as Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Aplicou-se um questionário sobre *Qualidade de Vida e Saúde Oral* - com questões relativas aos hábitos de saúde oral, de qualidade de vida e algumas variáveis sociodemográficas - e o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) - avaliação da autopercepção da saúde oral e qualidade de vida associada. Os dados foram tratados estatisticamente com um nível de significância de 0,05. A consistência interna foi avaliada através do alfa de Cronbach e a relação entre as questões pelo r<sub>s</sub> de Spearman.

**Resultados:** Participaram 100 idosos com idade média de  $72,5 \pm 5,7$  anos. A maioria era do género feminino, casado e com um nível de escolaridade de até 4 anos. A consistência interna foi elevada ( $\alpha$  de Cronbach=0,755). A relação entre a maioria dos itens é fraca ou moderada ( $r_s < 0,500$ ). O índice GOHAI em média foi moderado ( $31,03 \pm 4,7$ ). O género e o estado civil mostraram impacto no GOHAI. A faixa etária não.

**Conclusão:** O instrumento GOHAI permitiu identificar variáveis sociodemográficas e variáveis diretamente relacionadas com a saúde oral que interferem na autopercepção da população estudada. A utilização deste instrumento e os seus resultados contribuem para a melhoria dos cuidados em saúde.

**Palavras-chave:** *Envelhecimento Saudável; GOHAI; Idoso; Qualidade de Vida; Saúde Oral.*

## ABSTRACT

**Objective:** Analysis of the interference of oral health self-perception on the quality of life of a geriatric population and its association with sociodemographic variables and oral health conditions.

**Methods:** Cross-sectional study with a sample of elderly ( $\geq 65$  years), who attended the *Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*. Was applied a questionnaire about Quality of Life - with questions about oral health habits, the quality of life, sociodemographic variables - and the *Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)* - assessment of oral health self-perception and associated quality of life. Data were statistically treated with a significance level of 0.05. Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha and the relationship between issues by Spearman correlation.

**Results:** In the study, 100 elderly participated with an average age of  $72,5 \pm 5,7$  years. The majority of them were females, married and studied up to 4 years. Internal consistency were high (Cronbach  $\alpha=0,755$ ). The relationship between the majority of the items were weak or moderate ( $r_s < 0,500$ ). The average of the GOHAI index was moderate ( $31,03 \pm 4,7$ ). The gender and the marital status had impact in the GOHAI. The age did not.

**Conclusion:** The GOHAI allowed the identification of sociodemographic variables and variables directly related to oral health that interfere with its self-perception of oral health. Using this instrument will result in better health care.

**Key words:** *Elder; GOHAI; Healthy Elderly; Oral Health; Quality of Life.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por todo o amor, ensinamentos e por me terem dado a oportunidade de me formar na área que ambicionei. Sei que sem o vosso apoio nada disto teria sido possível. Obrigada por me deixarem voar.

Aos meus avós por, desde *pequenina*, me incentivarem a ser mais e melhor. À minha irmã, à minha família e ao Bruno, por me encorajarem e apoiarem em todos os momentos da minha vida.

À Prof. Doutora Sandra Gavinha pelo fundamental apoio e por todas as palavras de motivação, tanto ao longo de outros projetos, como na realização deste. À Prof. Doutora Conceição Manso por estar sempre disponível para me ensinar e acima de tudo, me desafiar a questionar. A orientação de ambas fez-me acreditar e estar segura durante a realização deste trabalho. São assim importantes intervenientes na minha formação enquanto pessoa e futura Médica Dentista.

Aos meus colegas que se tornaram meus amigos, agradeço todos os momentos e amizade. Em especial, à minha binómia.

Aos meus amigos de sempre por, invariavelmente, estarem sempre comigo.

Aos Professores da UFP, com quem tive o privilégio de aprender, agradeço a transmissão de conhecimentos e toda a disponibilidade ao longo dos últimos cinco anos. A todos os funcionários da Universidade pela amabilidade e incansável ajuda.

Este trabalho surge como o encerrar de um capítulo muito importante da minha vida e o início de outro igualmente importante e desafiante, o qual me sinto preparada para encarar.

## ÍNDICE GERAL

	Pág.
ÍNDICE DE TABELAS	v
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	vi
I. INTRODUÇÃO	1
1.1. O Envelhecimento e Saúde Oral	2
II. METODOLOGIA	3
2.1. População e Amostra	3
2.2. Instrumentos	3
2.3. Considerações Éticas	4
2.4. Análise de Dados	5
III. RESULTADOS	6
IV. DISCUSSÃO	11
V. CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXOS	19
Anexo I. Questionário Qualidade de Vida e Saúde Oral e Questionário GOHAI	19
Anexo II. Pedido e autorização da utilização do instrumento GOHAI traduzido e validado para a língua portuguesa	22
Anexo III. Parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa	23
Anexo IV. Declaração de Consentimento Informado	24
Anexo V. Resultados	25

**ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=100)	7
Tabela 2. Comparação da autopercepção da saúde oral com variáveis sociodemográficas e clínicas	9
Tabela A1. Avaliação da fiabilidade da escala GOHAI	25
Tabela A2. Relação entre itens (questões)	26
Tabela A3. Comparação das três dimensões da escala GOHAI, após padronização de resultados (escala a variar entre 1 e 3; 1-pior e 3- melhor autopercepção, respetivamente)	26
Tabela A4. A autopercepção da saúde oral e as variáveis sociodemográficas e clínicas	27

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

**GOHAI:** *Geriatric Oral Health Assessment Index*

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**PDR:** Prótese Dentária Removível

**PPR:** Prótese Parcial Removível

**PPT:** Prótese Parcial Total

**PTD:** Prótese Total Removível

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

**UFP:** Universidade Fernando Pessoa

## I. INTRODUÇÃO

Uma vez que a população mundial está envelhecida, como resultado do aumento da esperança média de vida e da diminuição das taxas de natalidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde* que apela ao conhecimento do processo do envelhecimento e à adequação da resposta de saúde pública face a este fenómeno (OMS, 2015; Nações Unidas, 2017). Recomenda a reformulação tanto das políticas de saúde como da prestação de serviços de saúde às populações que estão a envelhecer, recorrendo à transformação dos sistemas de saúde, a partir da substituição dos modelos curativos, baseados na doença, pela prestação de atenção centrada no idoso e nas suas necessidades. Porém, já em 2002 duas políticas de ação internacional foram desenvolvidas neste âmbito, as quais posicionavam o idoso como um poderoso recurso para a sociedade devido às suas competências, experiência e sabedoria. No entanto, o facto do progresso destas políticas não ter sido significativo, espelha a pouca relevância dada à saúde e ao bem-estar deste grupo (OMS, 2015).

Portugal segue a tendência do envelhecimento mundial, ocupando o lugar de 4º país demograficamente mais envelhecido da União Europeia, com as projeções a apontarem para um aumento do número de idosos de 2,1 para 2,8 milhões entre 2015 e 2080 (INE, 2017; INE, 2018). Apesar de uma vida mais longa proporcionar mais oportunidades para o idoso, tanto a nível pessoal como para a sociedade, percebe-se que os anos de vida ganhos nem sempre estão a ser vividos com boas condições de saúde (Friedman *et al.*, 2019). Nesse sentido, a população idosa portuguesa caracteriza-se como um grupo vulnerável, que vive em condições socioeconómicas e de saúde precárias, com um estilo de vida pouco saudável e com baixos níveis de qualidade de vida, comparativamente a outros países (Rodrigues *et al.*, 2018). Seguindo várias diretrizes nacionais e internacionais, para o período de 2017-2025, Portugal apresenta a *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Activo e Saudável* (ENEAS), a qual visa tornar o envelhecimento numa vivência positiva, através de uma série de objetivos delineados com a finalidade de melhorar a qualidade de vida deste grupo, tais como, a introdução de práticas que diminuam o impacto e a prevalência de doenças crónicas, a melhoria de acesso aos serviços de saúde e a estimulação de investigação na área (SNS, 2017).

### 1.1. O Envelhecimento e a Saúde Oral

Apesar do envelhecimento ser um acontecimento natural e biologicamente inevitável, com a consequência da acumulação de vários danos moleculares e celulares ao longo do tempo, este é vivido de forma distinta pelos idosos, resultando no facto destes constituírem um grupo heterogéneo, que apresenta mais diferenças entre si do que os jovens (Razak *et al.*, 2014; OMS, 2015; Liu e Su, 2017). No entanto, o processo de envelhecimento parece ser acompanhado pela multimorbilidade, um problema comum a nível mundial, que corresponde à presença de duas ou mais doenças crónicas no mesmo indivíduo (Liu, e Su, 2017; Rodrigues *et al.*, 2018; Romana *et al.*, 2019). As doenças crónicas e as doenças orais têm uma ação mútua, apresentando uma forte correlação, particularmente na diabetes, nas doenças respiratórias, cardiovasculares e mentais, bem como, no mau estado nutricional e no stress, partilhando fatores de risco em comum, como o tabaco e o consumo excessivo de álcool (Razak *et al.*, 2014; Eguchi *et al.*, 2018; Petersen e Ogawa, 2018). Ou seja, o envelhecimento aumenta tanto o risco de doenças como os fatores de risco para a saúde oral (Ástvaldsdóttir *et al.*, 2018; Puturidze, *et al.* 2018).

Dentro dos problemas de saúde oral nos idosos, destacam-se as cáries, a doença periodontal, a xerostomia, o cancro oral e a perda dentária severa (Petersen e Ogawa, 2018; Puturidze *et al.*, 2018). Ainda que a prevalência de pacientes edêntulos esteja a decrescer, esta ainda é uma das realidades da população envelhecida (Müller, 2014; Banerjee *et al.*, 2018). Os maus hábitos de higiene oral praticados pela maioria dos idosos são uma agravante dos problemas orais mencionados anteriormente (Petersen e Ogawa, 2018). A saúde geral ao relacionar-se intimamente com a saúde oral, influenciando funções como a mastigação e a fala, apresenta impacto no bem-estar do idoso e consequentemente na sua qualidade de vida. (Yen *et al.*, 2015; Puturidze, *et al.*, 2018; Shao *et al.* 2018; Ferreira *et al.* 2019). Embora pareça não haver consenso em relação à sua definição, a OMS define-a como a “percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações” ou seja, é multidimensional, dinâmica e varia entre indivíduos assim como no próprio indivíduo durante a sua vida (Vanleerberghe *et al.*, 2017; Direção Geral de Saúde, 2019).

Os indicadores da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO) permitem que haja uma transição dos métodos tradicionais que medem a saúde oral e as necessidades de tratamento, que essencialmente se baseiam em indicadores clínicos, para uma avaliação e

cuidados, que ressaltam a experiência social e emocional do indivíduo, tendo em conta os aspetos funcionais e psicossociais da saúde oral, dando relevância às perceções e preocupações deste, acerca da sua saúde oral, na determinação do plano de tratamento (FDI, 2015; Tan *et al.*, 2016). Um destes indicadores é o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) e é responsável pela medição da influência da saúde oral na qualidade de vida dos idosos (Carvalho *et al.*, 2016). O instrumento avalia a autopercepção da saúde oral do indivíduo e assim, a QdVRSO - conceito multidimensional que reflete, entre outros, a comodidade do indivíduo quando come, dorme e interage, assim como, a autoestima e satisfação deste em relação à sua saúde oral (Cárdenas-Bahera *et al.*, 2018). Avaliar a qualidade de vida a partir do GOHAI melhora a decisão clínica e promove melhores cuidados de saúde oral (Carvalho *et al.*, 2013).

O presente estudo teve como objetivo analisar se a autopercepção da saúde oral interfere na qualidade de vida dos pacientes idosos e, avaliar a sua associação com variáveis sociodemográficas e condições de saúde oral. Como objetivo secundário pretende-se contribuir para que o médico dentista tenha um maior conhecimento acerca da influência da saúde oral na qualidade de vida do idoso, contribuindo numa aproximação da perceção do doente e do profissional de saúde, resultando em melhores cuidados de saúde.

## **II. METODOLOGIA**

### **2.1. População e Amostra**

O presente estudo transversal apresenta uma amostra de 100 indivíduos que frequentaram as Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (UFP), entre Fevereiro e Junho de 2019.

Os critérios de inclusão são indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que aceitaram participar no estudo de forma gratuita e sem remuneração. Todos que não cumpriam o anterior, assim como, os que recusaram participar foram excluídos do estudo. O estudo não recebeu financiamento.

### **2.2. Instrumentos**

A recolha de dados realizou-se a partir da aplicação de um questionário que se divide no *Questionário Qualidade de Vida e Saúde Oral* e no questionário GOHAI (Anexo I).

O *Questionário Qualidade de Vida e Saúde Oral* apresenta 15 questões. No contexto sociodemográfico, a amostra foi caracterizada quanto à idade, gênero, nível de escolaridade, estado civil e capacidade de realizar a sua vida de forma autônoma. Em relação à qualidade de vida, foi registado como é que os participantes a avaliam qualitativamente, assim como a possível influência da saúde oral sobre esta. Relativamente a hábitos de saúde oral, entre outras, questionou-se sobre a data da última vinda a uma consulta de medicina dentária, se utiliza prótese dentária removível (PDR) e o motivo de vinda à consulta.

O questionário GOHAI foi originalmente desenvolvido por Atchison e Dolan e traduzido e validado para a língua portuguesa em 2013 (Atchison e Dolan, 1990; Carvalho *et al.*, 2013). É um índice direcionado para a população geriátrica, composto por 12 perguntas associadas à influência de problemas de saúde oral nas dimensões Física, Psicossocial e Dor ou Desconforto, que incluem a mastigação, a fala e a deglutição (perguntas 1, 2, 3 e 4 do índice), a preocupação com a saúde oral, a percepção da auto-imagem, a autoconsciência da sua saúde oral e o evitar do contacto social em consequência dos problemas orais (perguntas 6, 7, 9, 10 e 11 do índice) e o uso de medicação para aliviar a dor ou desconforto na cavidade oral (perguntas 5, 8 e 12 do índice), respetivamente (Atchison e Dolan, 1990; Carvalho *et al.*, 2016). Tal como sugerido no questionário original GOHAI e aplicado no traduzido e validado para a língua portuguesa, o presente trabalho utilizou uma escala de frequência simplificada, que resulta da soma das três possibilidades de resposta ao questionário – “sempre” (codificado como 1), “algumas vezes” (codificado como 2) e “nunca” (codificado como 3), pelo que cada questão tem um resultado de 1-3 pontos. A soma total do índice varia entre 12 e 36 pontos. A escala divide-se em três categorias de autopercepção: elevada (34-36 pontos), moderada (30-33 pontos) e baixa (< 30 pontos). Assim sendo, espera-se valores baixos para os pacientes com saúde oral deficiente, sendo os valores altos indicadores de maior autopercepção da saúde oral e assim, melhor QdVRSO (Atchison e Dolan, 1990; Rebelo *et al.*, 2016).

### **2.3. Considerações éticas**

A utilização do GOHAI validado e traduzido para português foi autorizado pelas autoras (Anexo II) (Carvalho *et al.*, 2013). O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da UFP (Anexo III). Todos os participantes cumpriram os critérios de inclusão e assinaram a declaração de consentimento informado (Anexo IV) antes de iniciarem a resposta aos

questionários. A todos os candidatos foi explicado os objetivos e métodos do estudo verbalmente. A declaração de consentimento informado foi guardada num local distinto dos questionários.

#### **2.4. Análise de dados**

Os dados foram tratados estatisticamente com recurso à estatística descritiva e inferencial através do *software* IBM SPSS® Statistics vs.25.0 (IBM Corp. Released 2017, Armonk, NY, IBM Corp). Todas as comparações/inferências foram realizadas considerando um nível de significância de 0,05.

A representatividade da amostra à população do Norte de Portugal e à População Portuguesa (INE, 2019) foi testada utilizando a informação dos censos de 2011 relativa a pessoas com 65 ou mais anos para as variáveis género, faixa etária (<75 anos e ≥75 anos) e grau de escolaridade (até ao 4º ano; do 5º ao 9ºano e ≥10º ano ou superior) e aplicando testes de qui-quadrado de ajustamento.

A fiabilidade da escala GOHAI foi avaliada através do cálculo da consistência interna (alfa de Cronbach). A sua validade, através de análise fatorial, teve os fatores extraídos considerando o critério de Kaiser (valores próprios superiores a um) e a validação do constructo foi realizada considerando o valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. A relação entre questões (itens) foi avaliada através do coeficiente de correlação r<sub>s</sub> de Spearman (r<sub>s</sub>).

A descrição de variáveis qualitativas foi realizada através de contagem e respetiva percentagem (n; %), enquanto a variável quantitativa idade foi descrita através de média, desvio-padrão e amplitude (mínimo e máximo). A escala GOHAI e as suas três dimensões (Física, Psicossocial e Dor ou Desconforto) foram descritas utilizando a mediana e amplitude inter-quartil (percentil 25 e 75), amplitude de variação (mínimo e máximo) e ainda, apesar da não-normalidade (avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov), de média e respetivo desvio-padrão (sendo que estas últimas duas estatísticas são apresentadas na Tabela A4 em anexo V).

A comparação da medida de tendência central mediana da escala GOHAI e as suas três dimensões por categoria ou grau de variáveis sociodemográficas e clínicas foi realizada através de testes de Mann-Whitney (dois grupos) ou de Kruskal-Wallis (mais de 2 grupos).

Para efeitos de comparação das três dimensões da escala GOHAI, estas foram padronizadas dividindo os valores originais das dimensões pelo número de questões que lhes deram origem,

i.e, a dimensão Física foi dividida por 4, a dimensão Psicossocial por 3 e a dimensão Dor ou Desconforto por 5. Assim, as novas variáveis apresentam uma gama de variação de 1 a 3. A comparação do valor mediano destas três dimensões foi então comparada através de um teste de Friedman (Tabela A3 em anexo V).

### **3. RESULTADOS**

No estudo participaram 100 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos, com idade média de  $72,5 \pm 5,7$  anos (Tabela 1). A maioria dos participantes era do género feminino (56%), casado (52%) e estudou até ao 4º ano de escolaridade (60%). Verificou-se que a amostra é representativa da população idosa de Portugal quanto à distribuição por género (%F=52,13%;  $\chi^2=0,573$ ;  $p=0,449$ ), mas não é representativa quanto à faixa etária (% até 74 anos=53,25%;  $\chi^2=14,25$ ;  $p<0,001$ ), com os idosos mais jovens mais representados do que na população, nem quanto ao grau de escolaridade (% $\leq 4^\circ$  ano=86,13%; %5º- 9º ano=7,4% e % $\geq 10^\circ$  ano ou superior=6,47%;  $\chi^2=35,70$ ;  $p<0,001$ ) sendo, neste caso, o grupo de escolaridade até ao 4º ano significativamente menos representado do que na população.

Quase a totalidade dos participantes considerava ser independente (96%) quanto à autonomia de vida e apenas 32% vivia só. Em relação à classificação da sua qualidade de vida, 46% classificou-a como “nem boa, nem má” e 43% como “muito boa” (Tabela 1). A grande maioria (64%) sente que a sua qualidade de vida é influenciada pela saúde oral e que “não ter dor” (50%) apresenta a maior influência nesta. Mais de metade (57%) dos participantes utiliza prótese e sente-se satisfeito com esta (45%). Somente 21% dos indivíduos diz que as gengivas costumam sangrar quando escovam os dentes. A grande maioria (87%) dos participantes teve consulta de medicina dentária há menos de um ano e o motivo mais frequente da vinda à consulta, no dia em que responderam ao questionário, foi a questão estética (49%).

Com apoio à Tabela 2 verifica-se que a autopercepção da saúde oral é significativamente inferior no género feminino ( $p<0,001$ ) em relação ao masculino; nos indivíduos que classificaram a sua qualidade de vida como “má ou muito má” ( $p=0,004$ ) em comparação aos que a classificaram como “boa ou muito boa”; nos indivíduos que sentem que a sua qualidade de vida é influenciada pela sua saúde oral ( $p=0,005$ ) em relação aos que não o sentem; nos participantes que disseram que mastigar era o fator de saúde oral com maior influência na sua qualidade de vida ( $p=0,041$ ) em relação aos que disseram que era não ter dor; os participantes em que o motivo da vinda à consulta se relacionou com um problema de mastigação

## Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=100).

Variável	Característica	n (%)	Característica	n (%)
Género	Masculino	44 (44%)		
	Feminino	56 (56%)		
Faixa etária (anos)	até 74 anos	71 (71%)		
	75 ou + anos	29 (29%)		
Nível de Escolaridade	Até ao 4º ano	60 (60%)		
	Do 5º ao 9º ano	20 (20%)		
	10º ano ou superior	20 (20%)		
Estado Civil	Casado/União de Facto	52 (52%)		
	Solteiro	9 (9%)	Solteiro ou Divorciado ou Viúvo	48 (48%)
	Divorciado	24 (24%)		
	Viúvo	15 (15%)		
Autonomia de Vida	Independente	96 (96%)		
Vive sozinho? SIM	Parcialmente dependente	4 (4%)		
Como classifica a sua qualidade de vida?	Muito boa	3 (3%)	Muito Boa ou Boa	46 (46%)
	Boa	43 (43%)		
	Nem boa, nem má	46 (46%)	Má ou Muito Má	8 (8%)
	Má	7 (7%)		
Sente que a sua qualidade de vida é influenciada pela sua saúde oral? SIM	Muito má	1 (1%)		
Neste momento, qual dos seguintes fatores tem maior influência na qualidade da sua vida?	Mastigar	25 (25%)		
	Sorrir (Estética)	16 (16%)		
	Falar	9 (9%)		
	Não ter dor	50 (50%)		
O que valoriza mais em termos de saúde oral? Ordenar de 1 (mais valorizado) a 4 (menos)			Classificação média	resultado
Mastigar	Mais valorizado	25	2.52	2º lugar
	2º mais valorizado	25		
	3º mais valorizado	23		
	menos valorizado	27		
Sorrir	Mais valorizado	21	2.56	3º lugar
	2º mais valorizado	28		
	3º mais valorizado	25		
	menos valorizado	26		
Falar	Mais valorizado	9	2.92	4º lugar
	2º mais valorizado	25		
	3º mais valorizado	31		
	menos valorizado	35		
Não ter dor	Mais valorizado	45	2	1º lugar
	2º mais valorizado	22		
	3º mais valorizado	21		
	menos valorizado	12		
<b>Outras questões</b>				
Última vez a uma consulta de Medicina Dentária?	Há menos de 1 ano	87 (87%)		
	Há mais de 1 ano	13 (13%)		
Usa prótese? SIM		57 (57%)		
Prótese Parcial n=52	Superior	15 (28,8%)		
	Inferior	8 (15,4%)		
	Superior e Inferior	29 (55,8%)		
Prótese Total n=11	Superior	3 (27,3%)		
	Inferior	4 (36,4%)		
	Superior e Inferior	4 (36,4%)		
Tipo de prótese	Não usa prótese	43 (43%)		
	Parcial superior e/ou inferior	46 (46%)		
	Parcial sup./inf. + Total sup./inf.	6 (6%)		
	Total superior e/ou inferior	5 (5%)		
Está satisfeito com a prótese? (n=57) SIM		45 (78,9%)		
Quando está a higienizar a cavidade oral, necessita de ajuda? SIM	Não, nunca lava os dentes	1 (1%)		
	Dentes	42 (42%)		
	Prótese	4 (4%)		
	Higieniza Dentes e Prótese	53 (53%)		
Quando está a escovar os dentes as suas gengivas costumam sangrar? (n=96) SIM		21 (21,9%)		
Motivo de Consulta é por Problema de Mastigação? SIM		39 (39%)		
Motivo de Consulta é por Problema de Dor? SIM		37 (37%)		
Motivo de Consulta é por Questão Estética? SIM		49 (49%)		
Motivo de Consulta é por Problema na Fala? SIM		13 (13%)		
Motivo de Consulta é por Prótese? SIM		18 (18%)		

\* todos os valores numéricos são contagens e % a não ser que outra indicação sobre a estatística usada seja dada

## Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa

( $p=0,005$ ) em relação aos que não foram por este motivo e também com os que foram devido a um problema na fala ( $p=0,040$ ); nos indivíduos que disseram não estar satisfeitos com a PDR ( $p=0,001$ ) em relação aos que disseram estar satisfeitos; nos indivíduos em que as gengivas costumam sangrar quando escovam os dentes ( $p=0,017$ ) relativamente aos que não apresentam sangramento; nos indivíduos solteiros/viúvos/divorciados ( $p=0,040$ ) em relação aos casados/união de facto.

Quanto às dimensões do GOHAI (Tabela 2), na dimensão Física verifica-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao género ( $p=0,007$ ), significativamente pior nas mulheres, quanto à influência da saúde oral na qualidade de vida ( $p=0,013$ ), significativamente inferior para quem a classifica como “má ou muito má”, significativamente melhor quando existe satisfação com a PDR ( $p<0,001$ ) e significativamente pior se o motivo da vinda à consulta se deve a um problema de mastigação ( $p=0,002$ ); em relação à dimensão Psicossocial verificou-se que existem diferenças significativas quanto ao género ( $p=0,010$ ), à classificação da qualidade de vida ( $p=0,010$ ), à satisfação com a PDR ( $p=0,003$ ), ao motivo da vinda à consulta se dever a um problema de mastigação ( $p<0,001$ ) e se dever a um problema na fala ( $p=0,002$ ); na dimensão Dor ou Desconforto foram apuradas diferenças significativas quanto ao género ( $p=0,002$ ), à classificação da qualidade de vida ( $p=0,002$ ), à influência da saúde oral na qualidade de vida ( $p=0,006$ ), aos fatores de saúde oral que têm maior influência na qualidade de vida do participante ( $p=0,016$ ), à frequência de sangramento das gengivas após a escovagem ( $p=0,013$ ), ao motivo da vinda à consulta se relacionar com problema de dor ( $p=0,038$ ) e o motivo se relacionar com a PDR ( $p=0,002$ ).

Globalmente detetou-se diferença no impacto medido nas três dimensões (t. de Friedman,  $p=0,007$ ; Anexo V – Tabela A3), sendo que a dimensão Psicossocial apresenta valor mediano mais baixo do que nas outras duas dimensões ( $p\leq 0,046$  nas 2 comparações), sendo que as dimensões Física e a Dor ou Desconforto não apresentam diferenças significativas ( $p=0,688$ ). A avaliação da fiabilidade da escala GOHAI, através do cálculo da consistência interna, demonstrou elevada consistência ( $\alpha$  de Cronbach= $0,755$ ). A análise fatorial através de componentes principais, considerando o critério de Kaiser, de extrair fatores com valor próprio superior a um, permitiu identificar 3 componentes que explicam 59,61% da variância total. Esta solução é adequada tal como verificado pelo teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2=405,5$ ;  $p<0,001$ ) e pela medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem (KMO= $0,840$ ) que revelou ser boa. O item 7 foi o único que pareceu trazer alguma instabilidade à escala, uma vez que a sua

**Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa**

Tabela 2 – Comparação da autopercepção da saúde oral com variáveis sociodemográficas e clínicas.

		n (%)	Estatística	GOHAI	Dimensão Física	Dimensão Psicossocial	Dimensão Dor ou Desconforto
Género	Masculino	44 (44%)	Me (P25-P75)	34A (31-35)	11A (10-12)	9A (8-9)	14A (13-15)
	Feminino	56 (56%)	Me (P25-P75)	31B (26-34)	10B (8-12)	8B (7-9)	13B (11-14)
	p			<b>&lt;0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>0,100</b>	<b>0,002</b>
Faixa etária (anos)	até 74 anos	71 (71%)	Me (P25-P75)	32 (29-35)	11 (9-12)	8 (7-9)	14 (12-15)
	75 ou +anos	29 (29%)	Me (P25-P75)	32 (28-34)	11 (8-11,5)	9 (7-9)	13 (11-14)
	p			0,490	0,624	0,651	0,308
Nível de Escolaridade	Até ao 4º ano	60 (60%)	Me (P25-P75)	32 (29-34)	11 (8-12)	8 (7-9)	14 (12-15)
	5º ao 9º ano	20 (20%)	Me (P25-P75)	33 (29-35)	11 (9-12)	9 (8-9)	13 (11-14)
	10º ano ou superior	20 (20%)	Me (P25-P75)	34 (28-35)	11 (9-12)	9 (7-9)	14 (12-15)
	p			0,956	0,955	0,682	0,681
Estado Civil	Solteiro/Viúvo/Divorciado	52 (52%)	Me (P25-P75)	31B (27-34)	10 (8-12)	8 (7-9)	13 (11-14)
	Casado/União de Facto	48 (48%)	Me (P25-P75)	33A (30-35)	11 (10-12)	9 (7-9)	14 (12-15)
	p			<b>0,040</b>	0,089	0,135	0,058
Com quem vive	Não	68 (68%)	Me (P25-P75)	33 (29-35)	11(9-12)	9 (7-9)	14 (12-15)
	Sim	32 (32%)	Me (P25-P75)	32 (28-34)	10 (8-12)	8 (7-9)	13 (12-14)
	p			0,478	0,628	0,83	0,488
Autonomia de Vida	Independente	96 (96%)	Me (P25-P75)	32 (29-34)	11 (9-12)	8 (7-9)	14 (12-15)
	Parcialmente dependente	4 (4%)	Me (P25-P75)	28 (23-34)	9 (5-11)	8 (6-9)	12 (11-14)
	p			0,231	0,300	0,678	0,168
Como classifica a sua qualidade de vida?	Boa ou Muito boa	46 (46%)	Me (P25-P75)	33A (31-35)	11 (9-12)	9A (8-9)	14A (13-15)
	Nem boa, nem má	46 (46%)	Me (P25-P75)	32AB (29-34)	11 (8-12)	8AB (7-9)	13AB (12-14)
	Má ou Muito má	8 (8%)	Me (P25-P75)	23B (17-33)	7 (5-11)	7B (4-9)	9B (7-12)
	p			<b>0,004</b>	0,055	<b>0,010</b>	<b>0,002</b>
Sente que a sua qualidade de vida é influenciada pela sua saúde oral?	Não	36 (36%)	Me (P25-P75)	34A (31-35)	11A (10-12)	9 (8-9)	14A (13-15)
	Sim	64 (64%)	Me (P25-P75)	31B (27-34)	10B (8-12)	8 (7-9)	13B (11-14)
	p			<b>0,005</b>	<b>0,013</b>	0,185	<b>0,006</b>
Neste momento, qual dos seguintes fatores tem maior influência na qualidade da sua vida?	Mastigar	25 (25%)	Me (P25-P75)	31B (26-33,5)	10 (6,5-12)	8 (7-9)	12B (11-14)
	Sorrir (Estética)	16 (16%)	Me (P25-P75)	33AB (31-35)	11 (10-12)	8 (7-9)	14,5A (13-15)
	Falar	9 (9%)	Me (P25-P75)	35A (30-36)	12 (10-12)	9 (7-9)	14AB (13-15)
	Não ter dor	50 (50%)	Me (P25-P75)	32AB (30-35)	11 (9-12)	9 (8-9)	13 AB (12-14)
	p			<b>0,041</b>	0,183	0,373	<b>0,016</b>
Quando veio pela última vez a uma consulta de Medicina Dentária?	Há mais de 1 ano	13 (13%)	Me (P25-P75)	33 (29-35)	12 (8-12)	9 (8-9)	14 (12-15)
	Há menos de 1 ano	87 (87%)	Me (P25-P75)	32 (29-34)	11 (9-12)	8 (7-9)	13 (12-15)
	p			0,437	0,450	0,409	0,565
<b>Quando está a higienizar a cavidade oral</b>							
Necessita de ajuda?	Sim	3 (3%)	Me (P25-P75)	34 (28-35)	11 (10-11)	9 (7-9)	15 (10-15)
	Não	97 (97%)	Me (P25-P75)	32 (29-34)	11 (9-12)	8 (7-9)	13 (12-15)

**Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa**

		n (%)	Estatística	GOHAI	Dimensão Física	Dimensão Psicossocial	Dimensão Dor ou Desconforto
	p			0,688	0,955	0,717	0,551
Higieniza	Não, nunca lava os dentes	1 (1%)	Me (P25-P75)	33 (33-33)	10 (10-10)	8 (8-8)	15 (15-15)
	Dentes	42 (42%)	Me (P25-P75)	32 (27-34)	10 (8-12)	8,5 (7-9)	13 (12-15)
	Prótese	4 (4%)	Me (P25-P75)	24 (15-33)	7,5 (4-11)	7 (4-9)	10 (6-14)
	Dentes e Prótese	53 (53%)	Me (P25-P75)	33 (30-35)	11 (9-12)	8 (8-9)	14 (12-15)
	p			0,344	0,176	0,406	0,178
Quando está a escovar os dentes as suas gengivas costumam sangrar?	Não aplicável	4 (4%)	Me (P25-P75)	24AB (15-33)	8 (4-11)	7 (4-9)	10B (6-14)
	Sim	21 (21%)	Me (P25-P75)	29B (28-34)	10 (8-11)	8 (7-9)	12AB (11-14)
	Não	75 (75%)	Me (P25-P75)	33A (31-35)	11 (9-12)	9 (8-9)	14A (12-15)
	p			<b>0,017</b>	0,069	0,093	<b>0,013</b>
Usa prótese?	Sim	57 (57%)	Me (P25-P75)	32 (29-35)	11 (9-12)	8 (8-9)	14 (12-15)
	Não	43 (43%)	Me (P25-P75)	32 (27-34)	10 (8-12)	8 (7-9)	13 (12-15)
	p			0,533	0,437	0,329	0,795
Tipo de prótese	Parcial sup. e/ou inf.	46 (46%)	Me (P25-P75)	33 (29-35)	11 (9-12)	9 (8-9)	14 (12-15)
	Parcial sup/inf+Total sup/inf	6 (6%)	Me (P25-P75)	33 (31-33)	11 (10-11)	8 (8-9)	14 (13-14)
	Total sup. e/ou inf.	5 (5%)	Me (P25-P75)	27 (16-33)	8 (5-11)	7 (5-9)	12 (7-14)
	p			0,171	0,095	0,122	0,249
Está satisfeito com a prótese?	Sim	45 (45%)	Me (P25-P75)	33A (31-35)	11A (10-12)	9A (8-9)	14 (12-15)
	Não	12 (12%)	Me (P25-P75)	28B (24-32)	9B (6-11)	7B (6-9)	12,5 (8-15)
	p			<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,003</b>	0,089
<b>Motivo da consulta</b>							
Problema de Mastigação	Sim	39 (39%)	Me (P25-P75)	31B (26-33)	10B (8-11)	8B (7-9)	13 (12-15)
	p			<b>0,005</b>	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,393
Problema de Dor	Sim	37 (37%)	Me (P25-P75)	31 (29-35)	10 (8-12)	9 (7-9)	13B (11-14)
	p			0,266	0,268	0,342	<b>0,038</b>
Questão Estética	Sim	49 (49%)	Me (P25-P75)	32 (27,5-34)	11 (8,5-12)	8 (7-9)	13 (12-15)
	p			0,787	0,849	0,349	0,630
Problema na Fala	Sim	13 (13%)	Me (P25-P75)	26B (22-34)	8 (6-12)	7B (6-8)	12 (10-15)
	p			<b>0,040</b>	0,072	<b>0,002</b>	0,065
Consulta relacionada com Prótese	Sim	18 (18%)	Me (P25-P75)	33 (32-35)	10 (9-11)	9 (8-9)	15A (14-15)
	p			0,108	0,836	0,203	<b>0,002</b>

Me (P25-P75): Mediana e valores dos percentis 25 e 75, receptivamente. A, B - Letras diferentes indicam diferenças significativas na mediana da auto percepção de saúde oral (GOHAI) ou das suas subescalas por grupo da variável.

eliminação faria aumentar ligeiramente a fiabilidade ( $\alpha$  de Cronbach) para 0,851 (Anexo V, Tabela A1). A média GOHAI é de  $31,0 \pm 4,7$  (Anexo V, Tabela A4).

Os itens do questionário mostram ter relação fraca ou moderada ( $r_s < 0,500$ ; Anexo V, Tabela A2) entre si, com todas as correlações abaixo dos 0,45 (com exceção da relação entre itens 2 e 5,  $r_s = 0,601$ ), evidenciando um bom resultado.

## **DISCUSSÃO**

O GOHAI permite avaliar a autopercepção da saúde oral e detetar as necessidades da população idosa (Rebello *et al.*, 2016; Cárdenas-Bahera *et al.*, 2018). Porém, como as diferenças culturais e as experiências pessoais influenciam as expectativas e as percepções do indivíduo acerca do estado da sua saúde oral, os resultados do presente estudo poderão não ser representativos de outras populações que, eventualmente, poderão responder ao questionário de forma distinta (Bonnet *et al.*, 2016; Rezaei *et al.*, 2016; Agrawal *et al.*, 2017; Chahar *et al.*, 2019).

Verificou-se que a amostra deste estudo é representativa da população idosa Portuguesa quanto à distribuição por género (INE, 2019), mas como limitação detetou-se que a amostra não é representativa quanto à distribuição por faixa etária, apresentando significativamente mais idosos mais novos do que na população, nem quanto ao grau de escolaridade, por apresentar significativamente menos participantes com escolaridade mais baixa (até completar o 1º ciclo) e mais com escolaridade intermédia (até ao 9º ano) e mais elevada (mais do que o 9º ano) do que a população da região Norte. Assim, diferenças na autopercepção da saúde oral que se possam dever diretamente ou indiretamente à escolaridade ou à idade devem ser explicadas com cautela adicional pela existência de viéses. Para além desta, outra limitação do estudo é a amostra ser relativamente pequena.

Tal como noutros estudos, a autopercepção da saúde oral não apresenta diferenças estatisticamente significativas quanto ao grupo etário (Rezaei *et al.*, 2016; Shekhawat *et al.*, 2016). Todavia, os resultados entre estudos não são consistentes. Outro verificou que idosos com idade entre os 65-74 anos têm melhor qualidade de vida, sugerindo que a autopercepção da saúde oral piora com o avançar da idade (Ílhan *et al.*, 2015; Carvalho *et al.*, 2016). Enquanto que, Mathur *et al.* (2016) mostram que indivíduos com idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos, e portanto não tão idosos, apresentam valores de GOHAI mais baixos, em comparação com os indivíduos com 80 ou mais anos, podendo isto dever-se a uma saúde

geral pobre, negligência familiar e morbilidade. Já Cárdenas-Bahera *et al.* (2018) verificam que os valores do GOHAI se encontram mais elevados nos idosos mais novos (60-69 anos), decrescendo com o avançar da idade (70-79 anos) e aumentando novamente (80 ou mais anos).

Neste estudo e em diversos outros, a maioria dos participantes é do género feminino, resultado que vai de encontro aos dados nacionais, os quais indicam uma maior esperança de vida à nascença na mulher em relação ao homem (Cárdenas-Bahera *et al.*, 2018; INE, 2018; Ting *et al.*, 2019). Isto pode ser explicado pelo facto das mulheres poderem estar mais disponíveis e positivas na procura de saúde (Chahar *et al.*, 2019). No presente estudo, as mulheres têm pior QdVRSO, possivelmente por apresentarem mais queixas quanto ao desconforto oral, por se encontrarem mais insatisfeitas com a sua saúde oral e por terem expectativas mais altas quanto à sua qualidade de vida (Cárdenas-Bahera *et al.*, 2018; Shao *et al.*, 2018). Porém, há estudos que não encontram qualquer associação e outro em que o género masculino tem pior QdVRSO (Ílhan *et al.*, 2015; Rezaei *et al.*, 2016; Castrejón-Pérez *et al.*, 2017).

O facto dos participantes casados/união de facto apresentarem uma autopercepção da saúde oral superior, sugere que um matrimónio estável e um bom ambiente familiar são preditores de maior felicidade ou de maior satisfação com a vida (Osman *et al.*, 2018). Por sua vez, Cárdenas-Bahera *et al.* (2018) observaram que os indivíduos separados/divorciados têm uma melhor autopercepção da saúde oral. Outros estudos não encontram diferenças (Shekhawat *et al.*, 2016; Agrawal *et al.*, 2017). Estas contradições podem ser explicadas pelo impacto das experiências pessoais e das diferenças culturais na percepção da saúde oral e assim, na qualidade de vida.

Quase a totalidade dos indivíduos veio pela última vez a uma consulta de medicina dentária há menos de um ano e, tendo em conta que a grande maioria é independente, pode sugerir que os idosos que são funcionalmente independentes procuram tanto o médico dentista como os pacientes mais jovens dentados (Léon e Giacaman, 2016).

Tanto os participantes que classificam a sua qualidade de vida como “má ou muito má” assim como os que consideram que esta é influenciada pela sua saúde oral, apresentam valores de autopercepção da saúde oral mais baixos, validando o papel desta como preditor da qualidade de vida e reconhecendo o impacto que tem no indivíduo, sendo capaz de reduzir a qualidade de vida destes, ao afetar negativamente o seu bem-estar ao nível físico, psicológico e social (Léon e Giacaman, 2016; Abu-Awwad *et al.*, 2019).

Embora diferenças estatisticamente significativas não tenham sido evidenciadas entre os pacientes portadores e não portadores de PDR, os indivíduos com a dentição incompleta tendem a isolar-se por sentirem vergonha, enquanto que, os indivíduos edêntulos, evitam relações próximas pois têm medo da rejeição devido ao estado da sua saúde oral (Hewlett *et al.*, 2015). Alguns estudos mostraram que a PDR melhora a qualidade de vida do indivíduo mas, a melhor opção é o tratamento reabilitador com implantes (Ílhan *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2015; Bonnet *et al.*, 2016; Mathur *et al.*, 2016). Assim sendo, um tratamento protético efetivo tende a melhorar a QdVRSO sendo que, a má confecção da PDR, assim como, o manuseamento impróprio desta, podem justificar o porquê de pacientes com perda dentária portadores de PDR experienciarem pior QdVRSO (Castrejón-Pérez *et al.*, 2017; Atieh, 2018). Igualmente, quanto ao tipo de prótese, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Mas, segundo Santucci e Attard (2015), a combinação em ambas as arcadas de PTR (Prótese Total Removível) e PPR (PPR superior e PTR inferior ou PPR inferior e PTR superior), diminui a QdVRSO. Um outro estudo, evidenciou que expectativas irrealistas podem incitar ao impacto mais adverso na QdVRSO nos pacientes portadores de PPR (Yen *et al.*, 2015). Sendo que, usualmente, os pacientes portadores de PPR, tendem a comparar a sua prótese com os dentes naturais remanescentes, enquanto que, os portadores de PTR tendem a esquecer a sensação de ter dentes naturais, tendo mais expectativas mas menos conforto (Bonnet *et al.*, 2016). A maioria dos participantes portadores de PDR encontra-se satisfeito com esta, apresentando uma autopercepção da saúde oral significativamente superior em relação aos que não estão satisfeitos. Isto é consistente com outros estudos, o que indica que a satisfação com a PDR é um forte preditor da QdVRSO (Yen *et al.*, 2015; Osman *et al.*, 2018). Por outro lado, um estudo realizado em Malta, revelou que com o avançar dos anos, o paciente cria uma habituação à prótese e assim, a probabilidade de reclamar por causa desta é menor (Santucci e Attard, 2015). A não satisfação por parte de alguns portadores pode sugerir que esta não reabilita por completo a saúde oral (Bonnet *et al.*, 2016). Sendo que, para além disto, as diferenças estatisticamente significativas observadas nas dimensões Física e Psicossocial do GOHAI, podem também ser explicadas pelo facto da utilização da PDR exigir ajustes emocionais e funcionais, provocando danos na qualidade de vida (Yen *et al.*, 2015).

Segundo o presente estudo, nos participantes em que as gengivas sangram quando escovam os dentes, a QdVRSO é menor. Embora não se conheça a história médico/dentária destes, não se podendo assim concluir a razão do sangramento gengival, uma das causas poderá ser a doença periodontal, visto que manifesta uma elevada prevalência na população idosa, sendo uma das

maiores responsáveis pela perda dentária e, de acordo com uma revisão sistemática, apresenta um impacto negativo na QdVRSO (Ferreira *et al.*, 2017; Grusovin, M. G., 2019).

A boca e os dentes desempenham um papel fundamental no ser humano ao relacionarem-se com diversas funções, como a mastigação, a fala, a aparência e a respiração (Ting *et al.*, 2019). Assim sendo, condições orais que potenciem problemas na mastigação, na fala e no sorriso (estética) podem afetar a saúde física, a autoestima, as relações interpessoais e a satisfação do indivíduo com a vida (León e Giacaman, 2016; Haag *et al.*, 2017). Isto pode justificar os resultados do presente estudo, que evidenciam que tanto os participantes que vieram à consulta por causa de problemas de mastigação ou na fala, assim como, os que sentem que mastigar é o fator de saúde oral com maior influência na sua qualidade de vida, apresentam uma autopercepção da saúde oral inferior e, por isso, uma menor QdVRSO.

A impossibilidade de se alcançar uma boa estética dentária pode causar vergonha e menor confiança, por isso, como o sorriso (estética) apresenta um papel relevante na QdVRSO, ao contrário do expectável, não se encontram diferenças estatisticamente significativas quando a questão estética foi o motivo da vinda à consulta (Santucci e Attard, 2015). Por sua vez, a QdVRSO é melhor nos pacientes em que o motivo da sua vinda à consulta não se relacionou com um problema de dor relativamente aos que apresentaram este motivo, assim como, nos indivíduos que sentiram que “não ter dor” era o fator com maior influência na sua qualidade de vida. Nesta sequência, sugere-se que a presença de dor é um fator de risco que, por ter impacto em funções essenciais como a mastigação e a deglutição, influencia negativamente a QdVRSO, indicando que à exceção de episódios agudos de dor, os pacientes idosos tendem a aceitar o estado da sua condição oral, por acreditarem que faz parte do processo de envelhecimento (Santucci e Attard, 2015; Ting *et al.*, 2019). Quando a vinda à consulta se relaciona com a prótese, os resultados demonstram uma QdVRSO maior, assim como, diferenças estatisticamente significativas na dimensão Dor ou Desconforto, sugerindo que a interpretação do paciente quanto à utilização de PDR se pode associar a uma percepção positiva de saúde oral, relacionada com melhorias na mastigação e na autoestima que resulta na diminuição de dor e desconforto perante próteses adaptadas/nova prótese na consulta (Maille *et al.*, 2019).

O estudo revela uma elevada consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=0,755), tal como na versão original ( $\alpha$  de Cronbach=0,79) e noutros países como França, Espanha, Turquia, Japão, Alemanha e Portugal que apresentam valores entre 0,75 e 0,92 (Atchison e Dolan, 1990; Carvalho *et al.*, 2016). A dimensão GOHAI mais afetada foi a Psicossocial sugerindo que os

participantes restringiram os contactos com os outros devido à sua percepção da condição oral, mostrando que esta tem igualmente impacto na autoimagem do idoso. De facto, uma pobre saúde oral leva à deterioração da autoimagem assim como da relação com os outros (Maille, G. *et al.*, 2019). Já a média GOHAI mostra que a autopercepção da saúde oral da amostra em estudo é moderada.

Urge acrescentar que as políticas de saúde devem ser orientadas de forma a responderem aos desafios dos problemas orais associados à idade, assim como, os profissionais de saúde devem estar aptos na identificação dos sinais e sintomas de doença oral, de forma a estabelecerem um plano de tratamento estratégico que vá de encontro às necessidades do paciente geriátrico (Ástvaldsdóttir *et al.*, 2018; Petersen e Ogawa, 2018; Puturidze *et al.* 2018). No entanto, apesar de reconhecidos os problemas de saúde oral e as suas implicações, na maioria dos países, as entidades responsáveis pela formulação das políticas de saúde, negligenciam consideravelmente a saúde oral nos idosos (Petersen e Ogawa, 2018). Por tudo isto, é urgente que, em Portugal, uma unidade curricular de Odontogeriatrics seja implementada nas Faculdades de Medicina Dentária, assim como, a definição de uma especialidade nesta área. Devido à influência e importância da saúde oral na população idosa, a medicina dentária deve ocupar um papel com maior relevância no apoio ao idoso, podendo até integrar equipas multidisciplinares de saúde, com o objetivo de proporcionar uma melhoria na qualidade de vida deste.

#### **4. CONCLUSÃO**

Nesta população, tal como expectável, foram identificadas variáveis sociodemográficas, assim como, variáveis diretamente ligadas à saúde oral que interferem na autopercepção desta e consequentemente, na qualidade de vida do paciente geriátrico. A avaliação do impacto dos problemas orais no funcionamento físico e no bem-estar psicológico e social do indivíduo ajudam a detetar as necessidades do idoso. Isto resulta tanto num maior conhecimento do paciente, como numa aproximação dos profissionais de saúde a este. Desta forma, para além da utilização dos métodos clínicos tradicionais de avaliação da saúde oral, a aplicação do instrumento GOHAI, irá resultar em melhores cuidados de saúde e, se amplamente utilizado pelos médicos dentistas, originará uma melhor prestação de cuidados de saúde pela importância que tem na definição das políticas de saúde dirigidas à população idosa. É de notar que numa população cada vez mais envelhecida, é urgente e prioritário, tornar esta experiência numa vivência positiva.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Abu-Awwad, M. *et al.* (2019). Oral health-related quality of life among Syrian refugees in Jordan: a cross-sectional study. *International Dental Journal*, 1, pp. e1-e8.
- Agrawal, S. K., Shrestha, A. e Bhagat, T. (2017). Translation and validation of the Nepalese version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*, 36, pp. 30-35.
- Ástvaldsdóttir A., *et al.* (2018). Oral health and dental care of older persons – A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*, 35(4), pp. 290-304.
- Atchison K. A. e Dolan T.A. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal Dental Education*, 54(11), pp. 680-687.
- Atieh, M. A. (2008). Arabic version of the geriatric oral health assessment index. *Gerodontology*, 25, pp. 34-41.
- Banerjee R. *et al.* (2018). Evaluation of relationship between nutritional status and oral health related quality of life in complete denture wearers. *Indian Journal of Dental Research*, 29(5), pp. 562-567.
- Bonnet, G., *et al.* (2016). Influence of the renewal of removable dentures on oral health related quality of life. *SpringerPlus*, 5, pp. e1-e8.
- Cárdenas-Bahena, Á., *et al.* (2018). Autopercepción de la salud oral em adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56, pp. 54-63.
- Carvalho C., *et al.* (2013). Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index ( GOHAI ). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), pp. 166-172.
- Carvalho C., *et al.* (2016). Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 50, pp. 53-62.
- Castrejón-Pérez, R. C., *et al.* (2017). Negative impact of oral health conditions on oral health related quality of life of community dwelling elders in Mexico City, a population based study. *Geriatrics & Gerontology International*, 17, pp. 744-752.
- Chahar, P., Mohanty, V. R. e Balappanavar, A. (2019). Oral health-related quality of life among elderly patients visiting special clinics in public hospitals in Delhi, India: A cross-sectional study. *Indian Journal of Public Health*, 63, pp. 15-20.
- DGS. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/conceitos.aspx>> [Consultado em 22-06-2019].
- Eguchi T., *et al.* (2018). Factors Associated with Undergoing Regular Dental Check-ups in Healthy Elderly Individuals. *The Bulletin of Tokyo Dental College*, 59(4), pp. 229-236.
- FDI. (2015). Oral Health and Quality of Life. Disponível em < <https://www.fdiworldddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-health-and-quality-of-life> >. [Consultado em 13-10-2019].
- Ferreira, M. C., *et al.* (2017). Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *Journal of Periodontal Research*, 52, pp. 651-665.
- Ferreira, R. C., *et al.* (2019). Is reduced dentition with and without dental prosthesis associated with oral health-related quality of life? A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17, pp. 79-91.
- Friedman, S. M. *et al.*, (2019). Healthy Aging : American Geriatrics Society White Paper Executive Summary. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67, pp. 17-20.
- Grusovin, M. G. (2019). The Treatment of Periodontal Diseases In Elderly Patients. In: Mersel, A. (Ed.) *Oral Rehabilitation for Compromised and Elderly Patients*. Springer International Publishing, pp. 29-47.
- g, D. G., *et al.* (2017). Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A Systemic Review. *Journal of Dental Research*, 96(8), pp. 864-874.
- Hewlett, S. A., *et al.* (2015). Edentulism and quality of life among older Ghanaian adults. *BMC Oral Health*, 15, pp. 48-57.
- İlhan B., *et al.* (2015). Oral health-related quality of life among institutionalized patients after dental rehabilitation. *Geriatrics & Gerontology International*, 15, pp. 1151-1157.

## Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa

- INE. (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt>>. [Consultado em 28-04-2019].
- INE. (2018). Estimativas da População Residente em Portugal. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt>>. [Consultado em 28-04-2019].
- INE. (2019). Quadros de apuramento dos censos 2011, com desagregação geográfica até freguesia, População residente, segundo o grupo etário, por nível de escolaridade completo e sexo. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt>>. [Consultado em 25-09-2019].
- León, S. e Giacaman, R. A. (2016). Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores em Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. *Revista médica de Chile*, 144(4), pp. 496-502.
- Liu, L. e Su, P. (2017). What factors influence healthy aging? A person-centered approach among older adults in Taiwan. *Geriatrics Gerontology International*, 17(5), pp. 697-707.
- Maille, G. *et al.* (2019). Objective and perceived oral health status of elderly nursing home residents: a local survey in southern France. *Clinical Interventions in Aging*, 14, pp. 1141-1151.
- Mathur, V. P., *et al.* (2016). Translation and validation of Hindi version of Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*, 33, pp. 89-96.
- Müller, F. (2014). Interventions for edentate elders – what is the evidence?. *Gerodontology*, 31, pp. 44-51.
- OMS. (2015). World Report on Ageing and Health. Disponível em <<http://www.who.int>> [Consultado em 28-05-2019].
- Osman, S. M., Khalifa, N. e Alhadj, M. N. (2018). Validation and comparison of the Arabic versions of GOHAI and OHIP-14 in patients with and without denture experience. *BMC Oral Health*, 18, pp. 157-167.
- Petersen, P. E. e Ogawa H. (2018). Promoting Oral Health and Quality of Life of Older People – The Need for Public Health Action. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 16(2), pp. 113-124.
- Puturidze, S., *et al.* (2018). Relationship between general health, oral health and healthy lifestyle in elderly population (review). *Georgian Medical News*, 2(2), pp. 17-20.
- Razak P. A., *et al.* (2014). Geriatric oral health: A review article. *Journal of International Oral Health*, 6(6), pp. 110-116.
- Rebelo, M. A. B., *et al.* (2016). Demographics, social position, dental status and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 25, pp. 1735-1742.
- Rezaei, M., Rashedi, V. e Morasae, E. K. (2016). A Persian version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*, 33, pp. 335-341.
- Rodrigues, A. M., *et al.* (2018). Challenges of ageing in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(2), pp. 80-93.
- Romana G., *et al.* (2019). Multimorbidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta Médica Portuguesa*, 32, pp. 30-37.
- Santucci, D. e Attard, N. (2015). The Oral Health-Related Quality of Life in State Institutionalized Adults in Malta. *The International Journal of Prosthodontics*, 28(4), pp. 402-411.
- Shao R., *et al.* (2018). Socio-demographic factors, dental status and health-related behaviours associated with geriatric oral health-related quality of life in Southwestern China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, pp. 98-107.
- Shekhawat, K. S., *et al.* (2016). Reability of Malayalam version of Geriatric Oral Health Assessment Index among institutionalized elderly in Alleppey, Kerala (India): A pilot study. *Contemporary Clinical Dentistry*, 7(2), pp. 153-157.
- Silva, A. E.R. *et al.* (2015). Oral health-related quality of life and associated factors in Southern Brazilian elderly. *Gerodontology*, 32, pp. 35-45.
- SNS. (2017). [Em linha]. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Disponível em <<https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/estrategia-nacional-para-o-envelhecimento-ativo-e-saudavel-%E2%80%A2-grupo-de-trabalho-2/>> [Consultado em 18-07-2019].
- Tan H., Peres, G.K. e Peres A.M. (2016). Retention of Teeth and Oral Health – Related Quality of Life. *Journal of Dental Research*, 95(12), pp. 1350-1357.

## **Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa**

Ting, C-C. *et al.* (2019). Effectiveness of an oral function intervention for older Taiwanese people. *Gerodontology*, 00, pp. e1-e8.

Nações Unidas, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). *World Population Ageing 2017 – Highlights*. Nova Iorque, United Nations.

Vanleerberghe P., *et al.* (2017). The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Quality of Life Research*, 26(11), pp. 2899-2907.

Yen, Y-Y., *et al.* (2015). Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwans. *BMC Oral Health*, 15(1), pp. 1-12.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário Qualidade de Vida e Saúde Oral e Questionário GOHAI

<b>Questionário</b> <b>Qualidade de Vida e Saúde Oral</b>	Nº _____
1. Idade: _____	
2. Género: Feminino ( )      Masculino ( )	
3. Nível de Escolaridade:	
( ) Sem escolaridade	
( ) Sem escolaridade mas sabe ler e escrever	
( ) Até ao 4º ano	
( ) Até ao 6º ano	
( ) Até ao 9º ano	
( ) Até ao 12º ano	
( ) Ensino Superior	
4. Estado Civil: ( ) Solteiro	
( ) Casado/ União de Facto	
( ) Divorciado	
( ) Viúvo	
5. Autonomia de Vida:	
( ) Independente	
( ) Parcialmente dependente	
( ) Dependente	
6. Com quem vive? <i>(Pode escolher várias opções)</i>	
( ) Cónjuge	
( ) Filho(s)	
( ) Sozinho	
( ) Outro: _____	
7. Como classifica a sua qualidade de vida?	
( ) Muito boa	
( ) Boa	
( ) Nem boa, nem má	
( ) Má	
( ) Muito má	
8. Sente que a sua qualidade de vida é influenciada pela sua saúde oral?	
( ) Sim      ( ) Não	

## Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa

9. O que valoriza mais em termos de saúde oral? (Ordene de UM a QUATRO. "Um" significa o mais valorizado e "Quatro" o menos valorizado)

- Mastigar
- Sorrir (Estética)
- Falar
- Não ter dor

10. Neste momento, qual dos seguintes fatores tem maior influência na qualidade da sua vida?

- Mastigar
- Sorrir (Estética)
- Falar
- Não ter dor

11. Quando veio pela última vez a uma consulta de Medicina Dentária?

- Há menos de um ano
- Há mais de um ano
- Entre três anos e cinco anos
- Há mais de cinco anos
- Nunca tinha vindo a uma consulta

12. Usa prótese?

- Sim
- Não

*(Se não for portador de prótese, avançar para questão 14)*

12.1. Se sim:

- Parcial:  
Superior  Inferior  Superior e Inferior
- Total:  
Superior  Inferior  Superior e Inferior

13. Está satisfeito com a prótese?

- Sim
- Não

14. Quando está a higienizar a cavidade oral:

14.1. Necessita de ajuda?

- Sim
- Não

14.2. Higieniza:

- Apenas os dentes (no caso dos portadores de prótese total superior e inferior não é aplicável)
- Apenas a prótese
- Tanto os dentes como a prótese

14.3. Quando está a escovar os dentes as suas gengivas costumam sangrar? *(Não aplicável em pacientes com Prótese Total Superior e Inferior)*

- Sim
- Não

15. Hoje, o que é que o trouxe à consulta de Medicina Dentária? *(Pode escolher várias opções)*

- Problemas de mastigação
- Presença de dor
- Questão estética
- Problemas na fala
- Outro: \_\_\_\_\_

### Questionário GOHAI

*(indique a sua resposta colocando um X na opção de resposta adequada)*

N	Questão	Sempre	Algumas vezes	Nunca
1	Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?			
2	Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?			
3	Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?			
4	Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?			
5	Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?			
6	Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?			
7	Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?			
8	Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?			
9	Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?			
10	Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?			
11	Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?			
12	Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?			

***Agradeço a sua participação.***

## Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa

### ANEXO II – Pedido e autorização da utilização do instrumento GOHAI traduzido e validado para a língua portuguesa

to catarina.ms.carvalho ▾

Boa noite Dra Catarina Carvalho,

O meu nome é Rita Cardoso Rocha e sou aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa.

Venho por este meio pedir a sua autorização para a utilização do GOHAI como instrumento de medida da autopercepção da saúde oral nos idosos, na minha tese de final de curso, a qual pretendo iniciar este ano.

Aguardo resposta.

Muito obrigada pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Rita Cardoso Rocha

Catarina Maria Silva Carvalho <catarina.ms.carvalho@ensp.unl.pt>

Sat, Oct 20, 2018, 11:12 PM



to me ▾

Detect language ▾ > English ▾ [Translate message](#)

[Turn off for: Portuguese](#) ×

Cara Rita Cardoso Rocha,

Muito obrigada pelo seu interesse no nosso trabalho. É com muito gosto que concedemos autorização para utilizar no seu trabalho o questionário por nós traduzido e validado para Portugal.

Agradecemos que use a referência que consta na página do RIMAS <http://rimas.uc.pt/instrumentos/88/>

Na eventualidade de precisar de ajuda, não hesite em contactar-nos.

Gostaríamos muito de ter a oportunidade de ir acompanhando o seu trabalho, pelo que peço que partilhe connosco as conclusões a que for chegando.

Com os meus melhores cumprimentos,

Catarina Carvalho

# Avaliação da Autoperceção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa

## ANEXO III – Parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa  
www.ufp.pt

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Luis Martins  
Director da FCS

Porto, 11 de Dezembro de 2018

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Rita Magalhães Lopes Cardoso Rocha, intitulado "Avaliação da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma população idosa" e realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, considera o estudo pertinente com o título e objetivos concordantes.

A Comissão de Ética não tem nada a opor à realização do estudo, tal como foi submetido à nossa apreciação.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

*Susana Teixeira*  
Susana Teixeira Magalhães



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

AVP, 502 827 442 - Reg. Comércio nº 35 Conservatória do Registo Comercial do Porto

NO/FOMA - | Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | | Faculdade de Ciências e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 348 - 4209-004 Porto-Portugal | T. +351 22 567 5000 | F. +351 22 558 6266 | geral@ufp.pt

| Faculdade de Ciências da Saúde | | Escola Superior de Saúde | R. Carlos Du Mello, 295 - 4200-150 Porto - Portugal | T. +351 22 567 4630 | F. +351 22 567 4637 - R. Delfino, 104 - 4200 253 Porto - Portugal

| T. +351 22 558 6371 - geral.juss@ufp.pt | UNIDADE de Prática de Língua - Casa da Garçóia - R. Carde de Beirão - 4100-016 Porto de Lina - Portugal | T. +351 258 141 326 | F. +351 258 141 412 | geral@unilp.ufp.pt

ANEXO IV – Declaração de Consentimento Informado

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

*Designação do Estudo (em português):*

-----  
-----

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo)** -----

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

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_

**Assinatura do participante no projecto:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:**

**Assinatura:**

## Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa

### ANEXO V – Resultados

Tabela A1 - Avaliação da fiabilidade da escala GOHAI

<b>Estatísticas de item-total</b>	<b>Média de escala se o item for excluído</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach se o item for excluído</b>
1 - Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?	27,77	0,714
2 - Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?	28,06	0,699
3 -Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?	27,70	0,721
4 - Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?	27,77	0,720
5 - Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?	28,04	0,706
6 - Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?	27,51	0,742
7 - Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?	28,72	0,851
8 - Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?	27,63	0,750
9 - Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?	27,81	0,741
10 -Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?	27,86	0,701
11 -Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?	27,57	0,731
12 -Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?	28,07	0,733

Extração de 3 componentes ou funções,  
% de variância cumulativa explicada de 59,612%

### Comportamento da escala GOHAI

$\alpha$  de Cronbach para a escala é 0,755.

Factor 1 = 0,805

Factor 2 = 0,510

Factor 3 = 0,683

Teste de esfericidade de Bartlett:  $\chi^2=405,5$ ;  $p<0,001$ . E Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem =0,840

## Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa

Tabela A2 - Relação entre itens (questões)

		<b>Correlação: r<sub>s</sub> de Spearman (n=100)</b>										
<b>item vs item</b>		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>1</b>	r <sub>s</sub>	0,459	0,246	0,471	0,474	0,258	-0,399	0,284	0,201	0,394	0,359	0,210
	p	<0,001	0,014	<0,001	<0,001	0,009	<0,001	0,004	0,045	<0,001	<0,001	0,036
<b>2</b>	r <sub>s</sub>		0,330	0,443	<b>0,607</b>	0,237	-0,331	0,260	0,353	0,465	0,405	0,349
	p		0,001	<0,001	<0,001	0,017	0,001	0,009	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>3</b>	r <sub>s</sub>			0,223	0,351	0,192	-0,221	0,103	0,327	0,439	0,267	0,283
	p			0,026	<0,001	0,055	0,027	0,306	0,001	<0,001	0,007	0,004
<b>4</b>	r <sub>s</sub>				0,388	0,387	-0,256	0,200	0,116	0,436	0,407	0,202
	p				<0,001	<0,001	0,010	0,046	0,252	<0,001	<0,001	0,044
<b>5</b>	r <sub>s</sub>					0,041	-0,301	0,306	0,262	0,442	0,329	0,438
	p					0,689	0,002	0,002	0,009	<0,001	0,001	<0,001
<b>6</b>	r <sub>s</sub>						-0,194	0,056	0,230	0,158	0,169	0,070
	p						0,054	0,582	0,021	0,117	0,092	0,490
<b>7</b>	r <sub>s</sub>							-0,116	-0,289	-0,234	-0,295	-0,382
	p							0,249	0,004	0,019	0,003	<0,001
<b>8</b>	r <sub>s</sub>								0,022	0,196	-0,025	0,323
	p								0,831	0,051	0,805	0,001
<b>9</b>	r <sub>s</sub>									0,344	0,316	0,297
	p									<0,001	0,001	0,003
<b>10</b>	r <sub>s</sub>										<b>0,498</b>	0,363
	p										<0,001	<0,001
<b>11</b>	r <sub>s</sub>											0,265
	p											0,008

Tabela A3 – Comparação das três dimensões da escala GOHAI, após padronização de resultados (escala a variar entre 1 e 3; 1-pior e 3- melhor autopercepção, respetivamente)

	<b>Dimensão Física</b>	<b>Dimensão Psicossocial</b>	<b>Dimensão Dor ou Desconforto</b>	<b>p*</b>
n	100	100	100	
Me (P25-P75)	2,8 (2,3-3,0)	2,3 (2,3-2,7)	2,7 (2,4-3,0)	<b>0,007</b>
Média ±DP	2,5 ±0,5	2,5 ±0,3	2,6 ±0,4	
min - max	1,0 – 3,0	1,7 – 3,0	1,2 – 3,0	

\*p de acordo com teste de Friedman para medidas repetidas

## Avaliação da Autoperceção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa

Tabela A4 - A autoperceção da saúde oral e as variáveis sociodemográficas e clínicas

		n (%)	Estatística	GOHAI	Dimensão Física	Dimensão Psicossocial	Dimensão Dor ou Desconforto
<b>TODOS</b>		100 (100%)	Média (DP)	31,03 (4,7)	10 (2,16)	8,05 (1,23)	12,98 (2,04)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	6-15
			Me (P25-P75)	32 (29-34)	11 (9-12)	8 (7-9)	13,5 (12-15)
<b>Género</b>	<b>Masculino</b>	44 (44%)	Média (DP)	32,95 (2,74)	10,8 (1,25)	8,43 (0,79)	13,73 (1,40)
			Mín-Max	26-36	8-12	6-9	10-15
			Me (P25-P75)	34A (31-35)	11A (10-12)	9A (8-9)	14A (13-15)
	<b>Feminino</b>	56 (56%)	Média (DP)	29,52 (5,35)	9,38 (2,50)	7,75 (1,43)	12,39 (2,27)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	6-15
			Me (P25-P75)	31B (26-34)	10B (8-12)	8B (7-9)	13B (11-14)
<b>p</b>			<b>&lt;0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>0,100</b>	<b>0,002</b>	
<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>até 74 anos</b>	71 (71%)	Média (DP)	31,18 (4,73)	10,07 (2,11)	7,99 (1,34)	13,13 (1,92)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	7-15
			Me (P25-P75)	32 (29-35)	11 (9-12)	8 (7-9)	14 (12-15)
	<b>75 ou +anos</b>	29 (29%)	Média (DP)	30,66 (4,69)	9,83 (2,29)	8,21 (0,94)	12,62 (2,31)
			Mín-Max	17-36	4-12	6-9	6-15
			Me(P25-P75)	32 (28-34)	11 (8-12)	9 (7-9)	13 (11-14)
<b>p</b>			0,49	0,624	0,651	0,308	
<b>Nível de Escolaridade</b>	<b>Até ao 4º ano</b>	60 (60%)	Média (DP)	31,1 (4,4)	10 (2,2)	8,1 (1)	13 (2,1)
			Mín-Max	17-36	4-12	5-9	6-15
			Me (P25-P75)	32 (29-34)	11 (8-12)	8 (7-9)	14 (12-15)
	<b>5º ao 9º ano</b>	20 (20%)	Média	30,7 (5,5)	9,9 (2,3)	8,1 (1,6)	12,7 (2,2)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	7-15
			Me (P25-P75)	33 (29-35)	11 (9-12)	9 (8-9)	13 (11-14)
	<b>10º ano ou superior</b>	20 (20%)	Média	31,2 (4,8)	10,1 (1,9)	7,9 (1,5)	13,2 (1,9)
			Mín-Max	17-36	5-12	3-9	9-15
			Me (P25-P75)	34 (28-35)	11 (9-12)	9 (7-9)	14 (12-15)
<b>p</b>			0,956	0,955	0,682	0,681	
<b>Estado Civil</b>	<b>Solteiro/Viúvo/Divorciado</b>	48 (48%)	Média	30,2 (4,9)	9,7 (2,2)	7,9 (1,3)	12,6 (2,1)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	7-15
			Me (P25-P75)	31B (27-34)	10 (8-12)	8 (7-9)	13 (11-14)
	<b>Casado/União de Facto</b>	52 (52%)	Média (DP)	31,8 (4,4)	10,3 (2,1)	8,2 (1,2)	13,3 (1,9)
			Mín-Max	17-36	5-12	3-9	6-15
			Me(P25-P75)	33A (30-35)	11 (10-12)	9 (7-9)	14 (12-15)
<b>p</b>			<b>0,040</b>	0,089	0,135	0,058	
<b>Vive sozinho</b>	<b>Não</b>	68 (68%)	Média (DP)	31 (5,1)	10 (2,4)	8 (1,3)	13 (2,2)

**Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa**

		n (%)	Estatística	GOHAI	Dimensão Física	Dimensão Psicossocial	Dimensão Dor ou Desconforto
	<b>Sim</b>	32 (32%)	Mín-Max	14-36	4-12	3-9	6-15
			Me(P25-P75)	33 (29-35)	11 (9-12)	9 (7-9)	14 (12-15)
			Média (DP)	31,1 (3,6)	10,1 (1,7)	8,1 (1)	12,9 (1,8)
			Mín-Max	22-36	7-12	5-9	7-15
			Me(P25-P75)	32 (28-34)	10 (8-12)	8 (7-9)	13 (12-14)
<b>p</b>			0,478	0,628	0,83	0,488	
<b>Autonomia de Vida</b>	<b>Independente</b>	96 (96%)	Média (DP)	31,2 (4,7)	10,1 (2,1)	8,1 (1,2)	13 (2,1)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	6-15
			Me (P25-P75)	32 (29-34)	11 (9-12)	8 (7-9)	14 (12-15)
	<b>Parcialmente dependente</b>	4 (4%)	Média (DP)	28,3 (5,4)	8,5 (3,3)	7,8 (1,5)	12 (1,4)
			Mín-Max	22-35	4-12	6-9	11-14
Me (P25-P75)			28 (23-34)	9 (5-11)	8 (6-9)	12 (11-14)	
<b>p</b>			0,231	0,3	0,678	0,168	
<b>Como classifica a sua qualidade de vida?</b>	<b>Boa ou Muito boa</b>	46 (46%)	Média	32,4 (3,3)	10,4 (1,8)	8,4 (0,8)	13,5 (1,5)
			Mín-Max	24-36	5-12	7-9	10-15
			Me(P25-P75)	33A (31-35)	11 (9-12)	9A (8-9)	14A (13-15)
	<b>Nem boa, nem má</b>	46 (46%)	Média (DP)	31 (4,1)	10(2,1)	7,9 (1,1)	13 (1,7)
			Mín-Max	18-36	4-12	5-9	8-15
			Me(P25-P75)	32AB (29-34)	11 (8-12)	8AB (7-9)	13A (12-14)
	<b>Má ou Muito má</b>	8 (8%)	Média (DP)	23,6 (7,7)	7,6 (3,2)	6,5 (2,4)	9,5 (3,1)
			Mín-Max	14-34	4-12	3-9	6-15
			Me (P25-P75)	23B (17-33)	7 (5-11)	7B (4-9)	9B (7-12)
<b>p</b>			<b>0,004</b>	<b>0,055</b>	<b>0,01</b>	<b>0,002</b>	
<b>Sente que a sua qualidade de vida é influenciada pela sua saúde oral?</b>	<b>Não</b>	36 (36%)	Média (DP)	32,83 (3,07)	10,72 (1,68)	8,33 (0,83)	13,78 (1,29)
			Mín-Max	22-36	4-12	6-9	11-15
			Me(P25-P75)	34A (31-35)	11A (10-12)	9 (8-9)	14A (13-15)
	<b>Sim</b>	64 (64%)	Média (DP)	30,02 (5,16)	9,59 (2,29)	7,89 (1,39)	12,53 (2,25)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	6-15
			Me(P25-P75)	31B (27-34)	10B (8-12)	8 (7-9)	13B (11-14)
<b>p</b>			<b>0,005</b>	<b>0,013</b>	<b>0,185</b>	<b>0,006</b>	
<b>Neste momento, qual dos seguintes fatores tem maior influência na qualidade da sua vida?</b>	<b>Mastigar</b>	25 (25%)	Média (DP)	28,76 (5,87)	9,04 (2,75)	7,6 (1,71)	12,12 (2,24)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	7-15
			Me(P25-P75)	31B (26-34)	10 (7-12)	8 (7-9)	12B (11-14)
	<b>Sorrir (Estética)</b>	16 (16%)	Média (DP)	32,5 (3,12)	10,5 (1,37)	8 (1,1)	14 (1,32)
			Mín-Max	25-36	7-12	6-9	11-15
			Me(P25-P75)	33A (31-35)	11 (10-12)	8 (7-9)	14,5A (13-15)

**Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa**

		n (%)	Estatística	GOHAI	Dimensão Física	Dimensão Psicossocial	Dimensão Dor ou Desconforto
	<b>Falar</b>	9 (9%)	Média (DP)	32,4 (5)	10,8 (1,9)	8 (1,6)	13,7 (1,7)
			Mín-Max	22-36	7-12	5-9	10-15
			Me(P25-P75)	35A (30-36)	12 (10-12)	9 (7-9)	14AB (13-15)
	<b>Não ter dor</b>	50 (50%)	Média (DP)	31,44 (4,11)	10,18 (1,96)	8,3 (0,84)	12,96 (2,03)
			Mín-Max	17-36	4-12	6-9	6-15
			Me(P25-P75)	32A (30-35)	11 (9-12)	9 (8-9)	13AB (12-14)
<b>p</b>				<b>0,041</b>	0,183	0,373	<b>0,016</b>
<b>Quando veio pela última vez a uma consulta de Medicina Dentária?</b>	<b>Há mais de 1 ano</b>	13 (13%)	Média (DP)	31,6 (4,9)	9,9 (2,9)	8,4 (0,8)	13,3 (1,8)
			Mín-Max	22-36	4-12	7-9	9-15
			Me(P25-P75)	33 (29-35)	12 (8-12)	9 (8-9)	14 (12-15)
	<b>Há menos de 1 ano</b>	87 (87%)	Média (DP)	30,9 (4,7)	10 (2)	8 (1,3)	12,9 (2,1)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	6-15
			Me (P25-P75)	32 (29-34)	11 (9-12)	8 (7-9)	13 (12-15)
<b>p</b>				0,437	0,45	0,409	0,565
<b>Quando está a higienizar a cavidade oral</b>							
<b>Necessita de ajuda?</b>	<b>Sim</b>	3 (3%)	Média (DP)	32,3 (3,8)	10,7 (0,6)	8,3 (1,2)	13,3 (2,9)
			Mín-Max	28-35	10-11	7-9	10-15
			Me (P25-P75)	34 (28-35)	11 (10-11)	9 (7-9)	15 (10-15)
	<b>Não</b>	97 (97%)	Média (DP)	31 (4,7)	10 (2,2)	8 (1,2)	13 (2)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	6-15
			Me (P25-P75)	32 (29-34)	11 (9-12)	8 (7-9)	13 (12-15)
<b>p</b>				0,688	0,955	0,717	0,551
<b>Higieniza</b>	<b>Não, nunca lava os dentes</b>	1 (1%)	Média	33	10	8	15
			Mín-Max	33-33	10-10	8-8	15-15
			Me(P25-P75)	33 (33-33)	10 (10-10)	8 (8-8)	15 (15-15)
	<b>Dentes</b>	42 (42%)	Média (DP)	30,55 (5,08)	9,69 (2,40)	7,93 (1,39)	12,93 (1,91)
			Mín-Max	17-36	4-12	3-9	8-15
			Me(P25-P75)	32 (27-34)	10 (8-12)	8,5 (7-9)	13 (12-15)
	<b>Prótese</b>	4 (4%)	Média (DP)	24 (9,97)	7,5 (3,51)	6,5 (2,65)	10 (4,08)
			Mín-Max	14-34	4-11	3-9	6-14
			Me(P25-P75)	24 (15-33)	7,5 (4-11)	7 (4-9)	10 (6-14)
	<b>Dentes e Prótese</b>	53 (53%)	Média (DP)	31,91 (3,34)	10,43 (1,68)	8,26 (0,86)	13,21 (1,81)
			Mín-Max	23-36	6-12	6-9	7-15
			Me(P25-P75)	33 (29,5-35)	11 (9-12)	8 (8-9)	14 (12-15)
<b>p</b>				0,344	0,176	0,406	0,178
<b>Quando está a escovar os dentes</b>	<b>Não aplicável</b>	4 (4%)	Média (DP)	24 (9,97)	7,5 (3,51)	6,5 (2,65)	10 (4,08)

**Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa**

		n (%)	Estatística	GOHAI	Dimensão Física	Dimensão Psicossocial	Dimensão Dor ou Desconforto
<b>as suas gengivas costumam sangrar?</b>	<b>Sim</b>	21 (21%)	Mín-Max	14-34	4-11	3-9	6-14
			Me(P25-P75)	24AB (15-33)	8 (4-11)	7 (4-9)	10B (6-14)
			Média (DP)	30 (4,4)	9,57 (1,91)	7,67 (1,39)	12 (1,88)
			Mín-Max	18-35	5-12	5-9	8-15
			Me(P25-P75)	29B (28-34)	10 (8-11)	8 (7-9)	12B (11-14)
	<b>Não</b>	75 (75%)	Média (DP)	32 (4,04)	10,25 (2,07)	8,24 (1,01)	13 (1,79)
			Mín-Max	17-36	4-12	3-9	7-15
			Me(P25-P75)	33A (31-35)	11 (9-12)	9 (8-9)	14A (12-15)
	<b>p</b>			<b>0,017</b>	0,069	0,093	<b>0,014</b>
<b>Usa prótese?</b>	<b>Sim</b>	57 (57%)	Média (DP)	31,37 (4,47)	10,21 (1,95)	8,18 (1,12)	12,98 (2,15)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	6-15
			Me(P25-P75)	32 (29-35)	11 (9-12)	8 (8-9)	14 (12-15)
	<b>Não</b>	43 (43%)	Média (DP)	30,58 (5,01)	9,72 (2,39)	7,88 (1,37)	12,98 (1,91)
			Mín-Max	17-36	4-12	3-9	8-15
			Me(P25-P75)	32 (27-34)	10 (8-12)	8 (7-9)	13 (12-15)
	<b>p</b>			0,533	0,437	0,329	0,795
<b>Tipo de Prótese</b>	<b>Parcial sup. e/ou inf.</b>	46 (46%)	Média (DP)	32 (3,5)	10,5 (1,7)	8,4 (0,8)	13,2 (1,9)
			Mín-Max	21-36	6-12	6-9	7-15
			Me (P25-P75)	33 (29-35)	11 (9-12)	9 (8-9)	14 (12-15)
	<b>Parcial sup./inf. + Total sup./inf.</b>	6 (6%)	Média (DP)	32,2 (1,5)	10,3 (1,2)	8,2 (0,8)	13,7 (1)
			Mín-Max	30-34	8-11	7-9	12-15
			Me (P25-P75)	33 (31-33)	11 (10-11)	8 (8-9)	14 (13-14)
	<b>Total sup. e/ou inf.</b>	5 (5%)	Média (DP)	24,6 (8,7)	7,6 (3,1)	6,6 (2,3)	10,4 (3,6)
			Mín-Mx	14-34	4-11	3-9	6-14
			Me (P25-P75)	27 (16-33)	8 (5-11)	7 (5-9)	12 (7-14)
	<b>p</b>			0,171	0,095	0,122	0,249
<b>Está satisfeito com a prótese?</b>	<b>Sim</b>	45 (45%)	Média (DP)	32,6 (2,88)	11 (1,38)	8,44 (0,73)	13,4 (1,50)
			Mín-Max	26-36	7-12	6-9	10-15
			Me(P25-P75)	33A (31-35)	11A (10-12)	9A (8-9)	14 (12-15)
	<b>Não</b>	12 (12%)	Média (DP)	26,75 (6,24)	8,17 (2,44)	7,17 (1,70)	11,42 (3,34)
			Mín-Max	14-35	4-11	3-9	6-15
			Me(P25-P75)	28B (24-32)	9B (6-11)	7B (6-9)	12,5 (8-15)
	<b>p</b>			<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,003</b>	0,089
<b>Motivo da consulta</b>							
<b>Problema de Mastigação</b>	<b>Sim</b>	39 (39%)	Média	29,4 (5,3)	9,2 (2,2)	7,5 (1,5)	12,7 (2,3)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	7-15

**Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa**

		n (%)	Estatística	GOHAI	Dimensão Física	Dimensão Psicossocial	Dimensão Dor ou Desconforto
	<b>Não</b>	61 (61%)	Me (P25-P75)	31B (26-33)	10B (8-11)	8B (7-9)	13 (12-15)
			Média (DP)	32,1 (4)	10,5 (2)	8,4 (0,9)	13,2 (1,9)
			Mín-Max	17-36	4-12	6-9	6-15
			Me (P25-P75)	33A (31-35)	11A (10-12)	9A (8-9)	14 (12-15)
<b>p</b>				<b>0,005</b>	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,393
<b>Problema de Dor</b>	<b>Sim</b>	37 (37%)	Média (DP)	30 (5,8)	9,7 (2,3)	8 (1,6)	12,3 (2,5)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	6-15
			Me (P25-P75)	31 (29-35)	10 (8-12)	9 (7-9)	13B (11-14)
	<b>Não</b>	63 (63%)	Média (DP)	31,6 (3,8)	10,2 (2,1)	8,1 (1)	13,4 (1,6)
			Mín-Max	22-36	4-12	5-9	9-15
			Me (P25-P75)	33 (30-34)	11 (9-12)	8 (7-9)	14A (12-15)
	<b>p</b>				0,266	0,268	0,342
<b>Questão Estética</b>	<b>Sim</b>	49 (49%)	Média (DP)	30,5 (5,5)	9,8 (2,5)	7,9 (1,5)	12,8 (2,2)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	7-15
			Me (P25-P75)	32 (27,5-34)	11 (8,5-12)	8 (7-9)	13 (12-15)
	<b>Não</b>	51 (51%)	Média (DP)	31,5 (3,8)	10,1 (1,8)	8,2 (0,9)	13,1 (1,9)
			Mín-Max	17-36	5-12	6-9	6-15
			Me (P25-P75)	32 (29-35)	11 (9-12)	9 (8-9)	14 (12-15)
	<b>p</b>				0,787	0,849	0,349
<b>Problema na Fala</b>	<b>Não</b>	87 (87%)	Média (DP)	31,6 (3,9)	10,2 (2)	8,2 (1)	13,2 (1,9)
			Mín-Max	17-36	4-12	5-9	6-15
			Me (P25-P75)	33A (30-34)	11 (9-12)	9A (8-9)	14 (12-15)
	<b>Sim</b>	13 (13%)	Média (DP)	27,2 (7,3)	8,6 (2,9)	6,8 (2)	11,8 (2,7)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	7-15
			Me (P25-P75)	26B (22-34)	8 (6-12)	7B (6-8)	12 (10-15)
	<b>p</b>				<b>0,040</b>	0,072	<b>0,002</b>
<b>Consulta relacionada com Prótese</b>	<b>Sim</b>	18 (18%)	Média (DP)	32,9 (2,3)	10,3 (1,3)	8,4 (0,7)	14,2 (0,9)
			Mín-Max	27-36	8-12	7-9	12-15
			Me (P25-P75)	33 (32-35)	10 (9-11)	9 (8-9)	15A (14-15)
	<b>Não</b>	82 (82%)	Média (DP)	30,6 (5)	9,9 (2,3)	8 (1,3)	12,7 (2,1)
			Mín-Max	14-36	4-12	3-9	6-15
			Me (P25-P75)	32 (28-34)	11 (8-12)	8 (7-9)	13B (12-14)
	<b>p</b>				0,108	0,836	0,203

A, B - Letras diferentes indicam diferenças significativas na mediana da auto percepção de saúde oral (GOHAI) ou das suas subescalas por grupo da variável.

