



**UNIVERSIDADE  
FERNANDO  
PESSOA**

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

[Evaluation of Self-Perceived Oral Health in the Quality of Life of an Elderly Population]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Marco Andorno

Orientadores:

Mestre Liliana Gavinha Costa

Doutora Maria Conceição Manso

Janeiro 2026







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

[Evaluation of Self-Perceived Oral Health in the Quality of Life of an Elderly Population]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Marco Andorno

Orientadores:

Mestre Liliana Gavinha Costa

Doutora Maria Conceição Manso

Janeiro 2026



## **Agradecimento**

Em primeiro lugar, desejo expressar o meu sincero agradecimento às minhas orientadoras, pelo apoio, pela dedicação e pela paciência que demonstraram ao longo de todo este trabalho e também fora dele. A sua constante disponibilidade, gentileza e orientação foram fundamentais para a concretização desta dissertação, bem como para o meu crescimento académico e pessoal durante todo o percurso no curso de Medicina Dentária.

A minha sincera gratidão estende-se à minha família, que sempre acreditou em mim e me acompanhou nesta jornada. Em especial, à minha mãe, por me ter proporcionado a oportunidade de viver esta experiência única e de realizar o meu percurso académico em Portugal, sempre com incentivo e carinho incondicional. E ao meu pai, que desde a minha infância me transmitiu a paixão pela medicina dentária, inspirando-me a seguir este caminho que hoje culmina com a apresentação deste trabalho.

A todas estas pessoas, que contribuíram de forma direta ou indireta para que eu chegasse até aqui, deixo o meu mais sincero e sentido obrigado. Sem o vosso apoio, esta conquista não seria possível.



## Resumo

O edentulismo é a perda parcial ou total dos dentes. O edentulismo total é caracterizado pela perda completa dos dentes permanentes, sendo irreversível e incapacitante devido às suas sequelas nas funções mastigatória, fonética e estética, que afetam a qualidade de vida. No entanto, essas consequências podem ser minimizadas por meio da reabilitação com próteses totais. Apesar de uma vida mais longa proporcionar mais oportunidades para o idoso, ganhos nem sempre estão a ser vividos com boas condições de saúde (Friedman et al., 2019). Os indicadores da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO) permitem 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 percepções 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. 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 objetivo deste estudo foi avaliar a autoperceção da saúde oral e qualidade de vida de uma população geriátrica e a avaliação da sua associação com variáveis sociodemográficas e condições de saúde oral. Estudo de tipologia transversal envolvendo uma população geriátrica e uma amostra de pacientes com idade igual ou superior a 65 anos. A recolha de dados decorreu nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa. Parecer positivo da Comissão de Ética da UFP (FCS/PI - 757/25). Esta recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário estruturado, que incluiu perguntas relacionadas com variáveis sociodemográficas, hábitos de saúde oral e qualidade de vida através do questionário Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). A análise de dados foi realizada com recurso à estatística descritiva e inferencial através do software IBM SPSS® Statistics vs.30.0 (IBM Corp. Released 2024, Armonk, NY, IBM Corp), considerando um nível de significância de 0,05. Os resultados evidenciaram uma autoperceção global moderadamente positiva da saúde oral, com uma mediana do índice GOHAI total de 32 pontos. A maioria dos participantes apresentou níveis moderados a elevados de qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Não se observaram associações estatisticamente significativas entre os *scores* do GOHAI e as variáveis sociodemográficas, como género, idade, escolaridade, estado civil e convivência. Em contraste, condições clínicas como o sangramento gengival durante a escovagem e a insatisfação com a prótese dentária estiveram significativamente associadas a piores *scores* de GOHAI, afetando negativamente as dimensões física, psicossocial e de dor/desconforto. Conclui-se que, na população geriátrica estudada, a autoperceção da saúde oral é influenciada principalmente por fatores clínicos, em particular pela saúde periodontal e pela satisfação com as próteses dentárias, mais do que por características sociodemográficas, refletindo o impacto direto destas condições na qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

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



## **Abstract**

Edentulism is the partial or total loss of teeth. Total edentulism is characterized by the complete loss of permanent teeth, being irreversible and disabling due to its sequelae in the masticatory, phonetic, and aesthetic functions, which affect quality of life. However, these consequences can be minimized through rehabilitation with complete dentures (Silva et al., 2010). Despite a longer life providing more opportunities for the elderly, these gains are not always being experienced with good health conditions (Friedman et al., 2019). The indicators of Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) allow for an assessment and care that highlight the social and emotional experience of the individual, taking into account the functional and psychosocial aspects of oral health, giving relevance to their perceptions and concerns about their oral health in determining the treatment plan (FDI, 2015; Tan et al., 2016). One of these indicators is the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) and it is responsible for measuring the influence of oral health on the quality of life of the elderly. Evaluating quality of life through GOHAI improves clinical decision-making and promotes better oral healthcare (Carvalho et al., 2013). The objective of this study is to evaluate the self-perception of oral health and quality of life of a geriatric population and the assessment of its association with sociodemographic variables and oral health conditions. Cross-sectional study involving a geriatric population and a sample of patients aged 65 years or older. Data collection will take place at the Teaching Clinics of Dental Medicine of Universidade Fernando Pessoa, after the necessary authorizations have been obtained. This data collection will be carried out through the application of a structured questionnaire, which will include questions related to sociodemographic variables, oral health habits, and quality of life through the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Data analysis will be performed using descriptive and inferential statistics through the IBM SPSS® Statistics vs.30.0 software (IBM Corp. Released 2024, Armonk, NY, IBM Corp), considering a significance level of 0.05. The results showed a moderately positive overall self-perception of oral health, with a median total GOHAI score of 32 points. Most participants presented moderate to high levels of oral health-related quality of life. No statistically significant associations were observed between GOHAI scores and sociodemographic variables such as sex, age, educational level, marital status, or living arrangement. In contrast, clinical conditions such as gingival bleeding during tooth brushing and dissatisfaction with dental prostheses were significantly associated with poorer GOHAI scores, negatively affecting the physical, psychosocial, and pain/discomfort dimensions.

It can be concluded that, in the studied geriatric population, self-perceived oral health is mainly influenced by clinical factors—particularly periodontal health and satisfaction with dental prostheses—rather than by sociodemographic characteristics, reflecting the direct impact of these conditions on oral health-related quality of life.

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



# Índice

Sumário	v
Abstract	vii
Índice	ix
Índice de Tabelas .....	xi
1. Introdução.....	1
2. Material e Métodos.....	5
3. Resultados.....	8
4. Discussão .....	19
4.1 Envelhecimento populacional e carga de doença oral.....	19
4.2 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde oral.....	19
4.3 <i>Scores</i> de GOHAI e fatores associados em diferentes países.....	20
4.4 Estado civil, convivência e suporte social.....	21
4.5 Saúde oral, fragilidade e condições sistêmicas.....	22
4.6 Sexo e idade.....	22
4.7 Escolaridade e independência.....	23
4.8 Estado civil e convivência .....	23
4.9 Qualidade de vida geral e percepção do impacto da saúde oral .....	24
4.10 Visitas odontológicas e uso de próteses .....	24
4.12 Pontos fortes e limitações do estudo.....	26
4.13 Implicações clínicas e recomendações .....	27
5. Conclusão .....	29
6. Bibliografia.....	31
7. Anexos.....	
8. Apêndices .....	



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=69) e qualidade de vida (QDV)....	8
Tabela 2 - Avaliação da fiabilidade da escala GOHAI.....	10
Tabela 3 - Relação entre itens (GOHAI) .....	12
Tabela 4 - Comparação das três dimensões da escala GOHAI, após padronização de resultado de autopercepção (escala a variar entre 1 (pior) e 3 (melhor), respetivamente).....	13
Tabela 5 - Comparação* da autopercepção da saúde oral com variáveis sociodemográficas e clínicas.....	15



## 1. Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno global marcante no século XXI. Projeções indicam que até 2030 cerca de 1 em cada 6 pessoas no mundo terá 60 anos ou mais (OMS, 2022). A expectativa de vida aumentou e, conseqüentemente, o número absoluto e relativo de idosos vem crescendo rapidamente, estimando-se que em 2050 haverá mais idosos do que jovens no planeta (Vettore et al., 2022). Em Portugal, esse cenário também se verifica: o censo de 2011 já apontava que 19% da população tinha 65 anos ou mais, proporção esta que tende a aumentar nas próximas décadas (Costa et al., 2024). No contexto da saúde, a saúde oral tem papel fundamental para o bem-estar do idoso e está intimamente ligada à sua qualidade de vida. Com o avanço da idade, é comum o acúmulo de problemas orais, como perda dentária, doenças periodontais, cáries radiculares e xerostomia, os quais podem impactar negativamente na alimentação, na nutrição e na autoestima do indivíduo (Azami-Aghdash et al., 2021). De fato, as doenças orais figuram entre as condições crônicas mais prevalentes globalmente, afetando bilhões de pessoas e reduzindo significativamente sua qualidade de vida (Peres et al., 2019). Em especial os idosos, estão entre os mais acometidos por problemas como cárie, doença periodontal avançada e edentulismo (Peres et al., 2019). As conseqüências podem ser graves apresentando; dor crônica, dificuldade na mastigação e se alimentação, piora do estado nutricional, isolamento social, pela vergonha da aparência ou limitações de fala, além de associação com doenças sistêmicas como pneumonias aspirativas e complicações cardiovasculares (Block et al., 2022). Diversos estudos populacionais têm demonstrado que a perda de dentes e a não substituição por próteses adequadas estão associadas a pior capacidade funcional e menor qualidade de vida em idosos. Por outro lado, manter uma dentição funcional, seja com dentes naturais, seja com próteses bem adaptadas, contribui para um envelhecimento mais saudável e autônomo (Block et al., 2022). É importante ressaltar que *qualidade de vida* é um conceito multidimensional, que abrange o bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo em relação ao contexto cultural e sistema de valores em que está inserido. Quando se fala em Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB), ou / *Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL)*, considera-se a percepção do impacto das condições orais nas atividades diárias, no conforto, na aparência e nas interações sociais da pessoa (Vettore et al., 2022). Essa percepção subjetiva é influenciada

não apenas pelas condições clínicas objetivas, mas também pelas expectativas, pelas adaptações e pelo contexto de vida de cada indivíduo (Costa et al., 2024). Por exemplo, um idoso totalmente edêntulo que usa próteses totais bem ajustadas pode relatar boa qualidade de vida, enquanto outro com menos perdas dentárias porém com dor de dente ou prótese mal adaptada pode relatar forte impacto negativo. Isso evidencia as limitações de se avaliar a saúde oral do idoso apenas por indicadores clínicos a autopercepção do paciente muitas vezes reflete melhor suas necessidades e prioridades do que exames objetivos (Vettore et al., 2022).

Nas últimas décadas, instrumentos padronizados têm sido desenvolvidos para medir a qualidade de vida relacionada à saúde oral. Dentre eles, destaca-se o GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), criado por Atchison & Dolan especialmente para a população idosa ( $\geq 65$  anos) (Atchison e Dolan, 1990; Vettore et al., 2022). O GOHAI consiste em 12 perguntas abrangendo três dimensões principais: *função física* como por exemplo, capacidade de mastigar certos alimentos e de engolir confortavelmente, *função psicossocial*, satisfação com a aparência dos dentes/próteses, preocupação com a saúde oral, incômodo em socializar devido a problemas orais e *dor ou desconforto*, presença de dor bem como o uso de medicação para alívio de problemas orais (Vettore et al., 2022). Cada item é respondido pelo idoso em uma escala de frequência (nunca, raramente, às vezes, frequentemente, sempre), e as pontuações são somadas. No formato original, adaptado para o português, o score total varia de 12 a 36, em que valores mais altos indicam melhor percepção de saúde oral, isto é, menor impacto negativo das condições orais na qualidade de vida (De Oliveira et al., 2021). Instrumentos como o GOHAI tem se mostrado úteis em pesquisas e na clínica para captar a visão dos pacientes sobre sua saúde oral, permitindo identificar problemas que afetam seu dia a dia e orientar intervenções além do que seria observado apenas pelo exame oral tradicional (Vettore et al., 2022). Estudos anteriores já sugeriram que fatores sociodemográficos e condições de saúde oral podem influenciar a autopercepção da saúde oral de idosos. Por exemplo, idosos institucionalizados em lares de longa permanência tendem a apresentar pior QVRSB em comparação aos que vivem de forma independente na comunidade (De Oliveira et al., 2021). Da mesma forma, variáveis como nível socioeconômico, escolaridade e acesso a serviços de saúde oral ao longo da vida estão associadas à qualidade de vida relacionada à saúde oral, populações menos favorecidas geralmente relatam piores indicadores, refletindo cumulativamente maiores necessidades não

atendidas e barreiras de acesso aos cuidados de saúde oral (Al Shammery, 2024). Em contrapartida, o uso de próteses dentárias reabilitando ausências dentárias costuma melhorar a função mastigatória e a satisfação, contribuindo para melhor QVRSB, especialmente quando o paciente está adaptado e satisfeito com a sua prótese (H Nekoue, 2023). A satisfação protética é frequentemente apontada como um dos principais preditores de uma boa qualidade de vida oral em indivíduos edêntulos, podendo ter maior impacto do que o número de dentes perdidos por si só. Já problemas como dor de dente, infecções orais ou sangramento gengival persistentes tendem a se refletir imediatamente em pior QVRSB, pois afetam funções básicas, como comer e dormir gerando desconforto constante (Botelho et al., 2020). Diante do exposto, torna-se claro que avaliar a autopercepção da saúde oral e seu impacto na qualidade de vida dos idosos é fundamental para planejar ações de saúde oral direcionadas a essa população.

Este estudo tem como objetivo analisar a interferência da autopercepção da saúde oral na qualidade de vida de uma população geriátrica, bem como verificar sua associação com variáveis sociodemográficas e condições de saúde oral. Procuramos, assim, identificar quais aspectos subjetivos e objetivos da saúde oral estão mais relacionados a uma melhor ou pior qualidade de vida em idosos, fornecendo argumentos para aprimorar o cuidado médico-dentário voltado a esse grupo etário.



## **2. Material e Métodos**

### **2.1 População e Amostra**

O presente estudo transversal apresenta uma amostra de 69 indivíduos que frequentaram as clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (FCS-UIP), entre junho e setembro de 2025.

### **2.2 Critérios de inclusão e exclusão**

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

### **2.3 Instrumentos de recolha de dados**

A recolha de dados foi realizada através da aplicação presencial de dois questionários: O primeiro é constituído por quinze perguntas que abrangem informações sociodemográficas, autonomia de vida, frequência da consulta dentária, condições de saúde oral e utilização de próteses, higiene oral, percepções da saúde oral, autoavaliações e motivo da consulta; O segundo é o questionário sobre qualidade de vida e saúde oral (questionário GOHAI).

O índice GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*), foi traduzido e validado para a língua portuguesa em 2013 por Catarina Carvalho e colaboradores (2013). Este índice é composto por doze itens que avaliam diferentes dimensões da saúde oral, nomeadamente a função física (itens 1 a 4), a dimensão psicossocial (itens 6, 7, 9 e 10) e a dor ou desconforto (itens 5, 8 e 12). Cada item é pontuado numa escala de 1 a 3, em que 1 corresponde a “sempre” ou “muito frequentemente”, 2 a “às vezes” e 3 a “nunca”. O total do índice pode variar entre 12, que representa a pior autopercepção possível da saúde oral, e 36, que indica a melhor autopercepção. Considera-se que a autopercepção é elevada entre 34 e 36 pontos, moderada entre 30 e 33 e baixa quando inferior a 30 (Atchison & Dolan, 1990).

Além do valor total, são igualmente calculadas três dimensões específicas. A dimensão física inclui aspetos relacionados com comer, engolir, falar e necessidade de apoio na mastigação; a dimensão psicossocial refere-se à preocupação com os dentes, à insatisfação com a aparência e ao desconforto em situações sociais, como comer em público; e a dimensão dor ou desconforto abrange o uso de medicação para dor oral e a percepção de desconforto. Cada dimensão resulta da soma dos itens correspondentes, dentro dos intervalos teóricos estabelecidos (física 4–12, psicossocial 5–15 e dor 3–9).

#### **2.4 Considerações Éticas**

O estudo obteve aprovação da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo A), e decorreu nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária sob autorização (Anexo B). A utilização do GOHAI validado e traduzido para português foi autorizada pelas autoras (Anexo C) (Carvalho et al., 2013).

Todos os participantes cumpriram os critérios de inclusão e assinaram a declaração de consentimento informado (Apêndice A) antes de iniciarem o preenchimento dos questionários (Apêndice B). Os objetivos e os procedimentos do estudo foram explicados verbalmente a cada participante, garantindo a sua plena compreensão e concordância.

#### **2.4 Tratamento dos dados**

Os dados recolhidos foram organizados e transcritos para Microsoft Excel (versão 16.102.2). Em seguida, a análise estatística foi realizada utilizando o software IBM® SPSS® Statistics vs.30. Todas as comparações/ inferência foram realizadas considerando um nível de significância de 0,05. A fiabilidade da escala GOHAI foi analisada através da determinação da consistência interna, utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. A validade do instrumento foi examinada por meio de uma análise fatorial, tendo os fatores sido extraídos de acordo com o critério de Kaiser (valores próprios superiores a um). A validação do constructo baseou-se nos resultados do índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett. A correlação entre os diferentes itens da escala foi avaliada através do coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ). A caracterização das variáveis qualitativas foi efetuada por meio de frequências absolutas e relativas (n; %), enquanto a variável quantitativa idade foi descrita utilizando-se a média, o desvio padrão e a amplitude de variação (mínimo e máximo). A escala GOHAI e as suas três

dimensões — Física, Psicossocial e Dor/Desconforto — foram descritas com base na mediana, amplitude interquartil (percentis 25 e 75), amplitude de variação (mínimo e máximo) e, apesar da ausência de normalidade dos dados (avaliada através do teste de Kolmogorov-Smirnov), também pela média e respetivo desvio padrão. A comparação das medidas de tendência central (mediana) da escala GOHAI e das suas três dimensões, em função das categorias ou níveis das variáveis sociodemográficas e clínicas, foi realizada através dos testes de Mann-Whitney (para dois grupos) e de Kruskal-Wallis (para mais de dois grupos). Para efeitos de comparação entre as três dimensões da escala GOHAI, procedeu-se à sua padronização, dividindo-se o valor total de cada dimensão pelo número de itens que a compõem, ou seja, a dimensão Física foi dividida por 4, a dimensão Psicossocial por 3 e a dimensão Dor/Desconforto por 5. Desta forma, as variáveis resultantes apresentaram uma amplitude de variação entre 1 e 3. A comparação dos valores medianos destas três dimensões foi posteriormente efetuada através do teste de Friedman.

### 3. Resultados

A Tabela 1 apresenta e descreve a amostra em estudo.

**Tabela 1**

*Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=69) e qualidade de vida (QDV).*

<b>variável</b>	<b>caraterística</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>género</b>	feminino	50	72,46%
	masculino	19	27,54%
<b>faixa etária</b>	≤74 anos	49	71,01%
	≥75 anos	20	28,99%
<b>escolaridade</b>	sem escolaridade mas, sabe ler e escrever	1	1,45%
	até ao 4º ano	29	42,03%
	até ao 6º ano	3	4,35%
	até ao 9º ano	19	27,54%
	até ao 12º ano	10	14,49%
	ensino superior	7	10,14%
<b>estado civil</b>	casado/união de facto	28	40,58%
	solteiro	8	11,59%
	divorciado	17	24,64%
	viúvo	16	23,19%
<b>autonomia de vida</b>	independente	67	97,10%
	dependente	2	2,90%
<b>convivência</b>	cônjuge	25	36,23%
	filho	23	33,33%
	outro	12	17,39%
	sozinho	24	34,78%
<b>qualidade de vida</b>	muito boa	2	2,90%
	boa	32	46,38%
	nem boa nem má	33	47,83%
	má	2	2,90%
<b>saúde oral influencia a QDV</b>	sim	59	85,51%
	não	10	14,49%
<b>fatores com maior influência na QDV</b>	mastigar	33	47,83%
	estética	4	5,80%
	falar	9	13,04%
	não ter dor	23	33,33%
<b>última consulta dentaria</b>	<1 ano	45	65,22%
	>1 ano – 3 anos	8	11,59%
	>3 anos – 5 anos	2	2,90%
	>5 anos	14	20,29%
<b>usa prótese</b>	sim	53	76,81%
	não	16	23,19%
<b>tipo da prótese</b>	parcial, superior	6	8,70%
	parcial, inferior	2	2,90%

<b>variável</b>	<b>caraterística</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	parcial, superior e inferior	29	42,03%
	total, superior	1	1,45%
	total, inferior	0	0,00%
	total, superior e inferior	8	11,59%
	parcial e total	7	10,14%
<b>satisfeito com a prótese</b>	sim	33	47,83%
	não	20	28,99%
<b>necessita ajuda a higienizar</b>	sim	10	14,49%
	não	59	85,51%
<b>higieniza prótese/dentes/ambas</b>	dentes	16	23,19%
	prótese	8	11,59%
	ambos	45	65,22%
<b>quando escova os dentes, as gengivas costumam sangrar</b>	sim	21	30,43%
	não	40	57,97%
<b>motivo da consulta</b>	problema de mastigação	8	11,59%
	presença de dor	5	7,25%
	problema na fala	3	4,35%
	questão estética	3	4,35%
	outro	55	79,71%

Participaram do estudo 69 idosos, com idade média de aproximadamente 72 anos (variando de 65 a 91 anos; desvio padrão  $\approx$  6 anos). A maioria dos participantes era do género feminino (n=50; 72,5%). Em relação ao estado civil, 28 idosos eram casados ou em união de facto (40,6%), enquanto os demais eram viúvos, divorciados ou solteiros (59,4%). Quanto à escolaridade, predominou o baixo nível educacional: 29 idosos (42,0%) possuíam até 4 anos de estudo (1º ciclo do Ensino Básico), 22 (31,9%) tinham entre 5 e 9 anos de estudo, 10 (14,5%) completaram o ensino secundário (até 12º ano) e apenas 7 (10,1%) tinham escolaridade com nível superior. Quase todos os idosos da amostra eram autónomos em atividades cotidianas – 67 (97,1%) relataram viver de forma independente, sem necessidade de auxílio permanente para seus cuidados pessoais, enquanto apenas 2 participantes dependiam de ajuda (esses 2 eram, inclusive, os de idade mais avançada do grupo, ambos  $\geq$ 85 anos). Em termos de situação domiciliar, 24 idosos (34,8%) moravam sozinhos, e os demais residiam acompanhados – seja com cônjuge, filhos ou outros. A percepção da qualidade de vida geral autoatribuída variou: 2,9% classificaram-na como muito boa, 46,4% como boa, 47,8% como nem boa nem má (regular) e 2,9% como má (nenhum idoso escolheu muito má). Já 85,5% dos participantes acreditavam que sua saúde oral influenciava sua qualidade de vida, mas 14,5% responderam que não (ou não souberam relacionar).

Dos 69 idosos, 53 (76,8%) utilizavam algum tipo de prótese dentária, entre os usuários de prótese, 47,8% (n=33) afirmaram estar satisfeitos com sua prótese atual, enquanto 29,0% (n=20) declararam-se insatisfeitos (os demais estavam neutros ou em processo de adaptação). Observou-se que 16 idosos (23,2%) não usavam prótese apesar de terem falta de dentes. No último ano 45 idosos (65,2%) consultaram um dentista, enquanto os demais o fizeram há mais de um ano (20,3% tinham >5 anos desde a última consulta). O sangramento gengival durante a escovagem foi relatado por 21 idosos (30,4%). A dificuldade para mastigar certos alimentos foi mencionada por 8 participantes (11,6%). Sobre os fatores considerados de maior influência na qualidade de vida bucal, a opção de mastigar bem os alimentos foi a mais mencionada (47,8%), seguida de não ter dor ou desconforto (33,3%), conseguir falar claramente (13,0%) e ter boa estética do sorriso (5,8%). Destaca-se que mastigação e ausência de dor juntas foram apontadas por mais de 80% dos idosos como aspectos cruciais.

Relativamente ao desempenho do GOHAI e à consistência interna deste instrumento (Tabela 2), verificou-se que o instrumento GOHAI mostrou alta confiabilidade na amostra estudada. O Alfa de Cronbach para os 12 itens foi 0,849, indicando excelente consistência interna. Nenhum item, quando excluído, elevaria substancialmente esse coeficiente (os alfas variaram de 0,820 a 0,852 na análise item-excluído), o que sugere que todos os itens contribuem de forma relevante para o composto.

**Tabela 2**

*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>
<b>Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?</b>	28,01	0,832
<b>Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?</b>	28,33	0,820
<b>Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?</b>	27,58	0,851
<b>Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?</b>	27,93	0,835
<b>Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?</b>	28,14	0,835

<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>
Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?	27,72	0,825
Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?	28,23	0,834
Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?	27,64	0,852
Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?	27,86	0,847
Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?	27,94	0,843
Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?	27,72	0,827
Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?	27,99	0,839

Extração de 3 componentes principais, com 63,602% de variância cumulativa explicada.

O valor  $\alpha$  de Cronbach para a escala é 0,849, e para o Fator 1 é 0,387, para o Fator 2 é 0,131, e para o Fator 3 é 0,118.

O resultado do teste de esfericidade de Bartlett ( $Qui^2 = 347,995$ ;  $p < 0,001$ ) indica que os itens estão correlacionados na população, e conjuntamente com o valor da medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem ( $= 0,780$ ) pode concluir-se que o modelo fatorial é apropriado para medir o construto.

A correlação entre a maioria dos pares de itens foi de baixa a moderada intensidade – em geral  $\rho_{\text{Spearman}}$  abaixo de 0,5, embora significativa em diversos casos (Tabela 3). Por exemplo, o item "limitação para mastigar alimentos duros" apresentou correlação moderada com "usar medicação para dor bucal" ( $\rho \approx 0,54$ ) e "preocupação com problemas bucais" ( $\rho \approx 0,66$ ), mas correlação fraca com itens de interação social. Essa predominância de correlações fracas-moderadas é consistente com outros estudos e reflete que as perguntas do GOHAI captam aspetos distintos da autopercepção oral, sem redundância excessiva.

**Tabela 3***Relação entre itens (GOHAI)*

Item vs. Item	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>1</b> $r_s$	0,660**	0,328**	0,534**	0,324**	0,385**	0,303*	0,216	0,125	0,161	0,432**	0,225
<b>1</b> $p$	<,001	0,006	<,001	0,007	0,001	0,011	0,075	0,306	0,186	<,001	0,063
<b>2</b> $r_s$		0,269*	0,507**	0,583**	0,514**	0,389**	0,201	0,230	0,326**	0,537**	0,382**
<b>2</b> $p$		0,025	<,001	<,001	<,001	<,001	0,097	0,057	0,006	<,001	0,001
<b>3</b> $r_s$			0,229	-0,055	0,106	0,238*	0,358**	0,093	0,019	0,208	0,105
<b>3</b> $p$			0,058	0,651	0,386	0,049	0,003	0,446	0,874	0,086	0,393
<b>4</b> $r_s$				0,366**	0,521**	0,436**	0,126	0,039	0,146	0,485**	0,140
<b>4</b> $p$				0,002	<,001	<,001	0,300	0,749	0,232	<,001	0,253
<b>5</b> $r_s$					0,436**	0,285*	0,045	0,339**	0,312**	0,293*	0,403**
<b>5</b> $p$					<,001	0,018	0,713	0,004	0,009	0,015	<,001
<b>6</b> $r_s$						0,548**	0,005	0,296*	0,395**	0,854**	0,337**
<b>6</b> $p$						<,001	0,971	0,014	<,001	<,001	0,005
<b>7</b> $r_s$							0,153	0,212	0,356**	0,502**	0,201
<b>7</b> $p$							0,209	0,080	0,003	<,001	0,098
<b>8</b> $r_s$								0,117	0,116	0,083	0,361**
<b>8</b> $p$								0,337	0,341	0,498	0,002
<b>9</b> $r_s$									0,387**	0,192	0,467**
<b>9</b> $p$									0,001	0,115	<,001
<b>10</b> $r_s$										0,433**	0,295*
<b>10</b> $p$										<,001	0,014
<b>11</b> $r_s$											0,293*
<b>11</b> $p$											0,015

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$ 

Em termos de distribuição dos resultados, o Índice GOHAI total dos 69 idosos variou de 18 a 36, apresenta um valor mediano de 32 pontos (P25–P75: 26–34). Conforme a literatura, é habitual classificar o GOHAI categorias, e, no presente estudo, 39% dos participantes obtiveram resultado GOHAI total  $\geq 34$  (que pode ser interpretado como alto), indicando percepção favorável da saúde oral, 46% na faixa intermediária (30–33 pontos) correspondente à percepção moderada e 15% pontuaram  $< 30$  (percepção mais baixa), indicando maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida. As três dimensões do GOHAI apresentaram resultados de tendência central semelhantes: a dimensão Física teve mediana de 11 (em 12) e média 10,9 (DP 2,1); a dimensão Psicossocial mediana de 14 (em 15) e média 13,1 (DP 1,9); e a dimensão de Dor/Desconforto mediana de 8 (em 9) e média 8,0 (DP 1,3). Não houve diferença significativa (Tabela 4) entre as pontuações das três dimensões (teste de Friedman,  $p = 0,741$ ), sugerindo que, em média, os aspectos

físicos, psicológicos e de dor contribuíram de forma equilibrada para a percepção global dos idosos. Não se observaram diferenças significativas no GOHAI total entre homens (mediana 33) e mulheres (mediana 32;  $p = 0,470$ ).

**Tabela 4**

*Comparação das três dimensões da escala GOHAI, após padronização de resultado de autopercepção (escala a variar entre 1 (pior) e 3 (melhor), respetivamente).*

	<b>Dimensão Física</b>	<b>Dimensão Psicossocial</b>	<b>Dimensão Dor ou Desconforto</b>	<b>p*</b>
<b>n</b>	69	69	69	
<b>Me (P25–P75)</b>	2,75 (2,00–2,88)	2,80 (2,20–2,80)	2,67 (2,33–3,00)	0,741
<b>Média ± DP</b>	2,50 ± 0,56	2,57 ± 0,51	2,54 ± 0,43	
<b>min – max</b>	1,00 – 3,00	1,00 – 3,00	1,67 – 3,00	

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

Tal como é possível observar na Tabela 5, as mulheres apresentaram resultados ligeiramente menores na dimensão psicossocial (mediana feminino 13,5 vs. masculino 15), porém com nível de significância limítrofe ( $p = 0,055$ ) – ou seja, estatisticamente não conclusivo. Ao comparar idosos mais jovens (65–74 anos,  $n=49$ ) com os mais velhos ( $\geq 75$  anos,  $n=20$ ), não houve diferença significativa no GOHAI (medianas 33 vs. 31;  $p = 0,599$ ). A idade, por si só, não mostrou impacto claro na autopercepção da saúde oral, sugerindo que fatores individuais e condições específicas podem ser mais determinantes do que a idade cronológica em si (vale notar que todos os participantes, independentemente da idade, tinham acesso ao serviço odontológico universitário). Não se encontraram associações estatisticamente significativas entre o nível educacional e o GOHAI total ( $p = 0,174$ ). Idosos com baixa escolaridade (agrupados até ensino básico) apresentaram mediana GOHAI 32, enquanto aqueles com escolaridade mais alta (ensino médio/superior) mediana 33 – diferença não relevante. De forma semelhante, não houve diferença significativa no GOHAI entre casados/união estável versus viúvos/divorciados/solteiros ( $p = 0,137$ ). Observou-se, porém, uma tendência de piores escores psicossociais entre os não-casados (mediana 14 vs. 15 dos casados;  $p \approx 0,075$ ), possivelmente refletindo que idosos sozinhos ou que enviuvaram podem ter um impacto emocional ligeiramente maior associado às condições bucais – mas, novamente, sem significância estatística robusta. Idosos que moravam sozinhos ( $n=24$ ) tiveram GOHAI

mediano 33, comparado a 32 entre os que moravam acompanhados, diferença não significativa ( $p = 0,131$ ). Curiosamente, aqueles que viviam sós apresentaram uma tendência a resultado físico superior (mediana dimensão física 12 vs. 10 nos com família;  $p = 0,063$ ), sugerindo que os idosos independentes e sozinhos podem valorizar muito manter boa função mastigatória – porém essa diferença não atingiu significância. Não se constatou associação significativa entre a autoavaliação da qualidade de vida geral do idoso e seu GOHAI. Participantes que referiram ter qualidade de vida boa ou muito boa não exibiram escores GOHAI totais diferentes dos que a avaliaram como regular ou má ( $p = 0,388$ ). Por exemplo, dentre os que disseram ter "boa" qualidade de vida, a mediana GOHAI foi 32, igual à dos que disseram "nem boa nem má". Essa ausência de correlação direta sugere que o idoso pode dissociar a satisfação global de vida de sua condição bucal específica – possivelmente porque outros fatores (como saúde geral, situação financeira, suporte familiar) pesam mais na avaliação global (Costa et al., 2024). De modo alinhado, a maioria (85,5%) dos idosos acreditava que a saúde oral influencia a sua qualidade de vida, mas quando comparamos os que responderam sim vs. não, não houve diferença significativa no GOHAI médio entre eles ( $p = 0,316$ ). Curiosamente, os poucos idosos que negaram essa influência apresentaram até uma pontuação GOHAI ligeiramente maior (mediana 33 vs. 32), embora, novamente, sem significância. Os idosos que usam de prótese ( $n=53$ ) obtiveram resultado GOHAI total praticamente igual ao dos que não usam (medianas 32 e 32,5 respectivamente; U-Mann-Whitney,  $p = 0,403$ ). Entretanto, relativamente ao tipo de prótese utilizada, encontra-se uma diferença relevante: indivíduos reabilitados exclusivamente com próteses totais apresentaram piores resultados na dimensão física do GOHAI em comparação aos que usavam próteses parciais (mediana dimensão física = 8,0 vs. 11,0, respectivamente; teste Kruskal-Wallis,  $p = 0,023$ ). Nas dimensões psicossocial e de dor, não se detetou diferença significativa para os tipos de prótese ( $p > 0,5$ ). Nesta amostra, alguns participantes possuíam combinação de prótese parcial em um arco e total no outro – nesses casos combinados, a percepção funcional situou-se entre os extremos, sem diferir estatisticamente dos demais grupos. A autopercepção de qualidade de vida bucal mostrou-se significativamente inferior entre os idosos insatisfeitos com suas próteses em uso, em comparação aos satisfeitos. Especificamente, o grupo insatisfeito apresentou GOHAI total mediano de 29, contra 33 entre os satisfeitos ( $p = 0,015$ ). Essa diferença significativa abrangeu principalmente a dimensão psicossocial (medianas 13 vs. 14;  $p = 0,017$ ) e, em menor grau, a dimensão física (medianas 9 vs. 11; tendência com  $p = 0,056$ ). Observou-se uma

diferença significativa evidente no GOHAI de acordo com o relato de sangramento gengival durante a higiene oral. Idosos que afirmaram que suas gengivas sangram ao escovar os dentes apresentaram GOHAI total bem mais baixo (mediana = 27,0) em comparação com os que não relataram sangramento (mediana = 33,0; U de Mann-Whitney,  $p < 0,001$ ). Essa disparidade foi estatisticamente significativa não apenas no resultado total, mas também em cada dimensão separadamente: o grupo com sangramento frequente teve piores resultados na dimensão física (mediana 9 vs. 12;  $p < 0,001$ ), psicossocial (mediana 12 vs. 14;  $p = 0,021$ ) e de dor/desconforto (mediana 6 vs. 8;  $p < 0,001$ ). Oito idosos relataram ter problemas para mastigar ou evitar vários alimentos por dificuldade. Embora o número seja reduzido, eles exibiram uma tendência a resultados GOHAI piores (mediana total ~31,5) do que os demais sem queixa de mastigação (mediana ~33). Devido ao tamanho amostral pequeno desse subgrupo (11,6% da amostra), a diferença não alcançou significância estatística nos testes ( $p \approx 0,2$ , não significativo). Quanto ao motivo referido para procurar atendimento clínico, os idosos que vieram por “outro” motivo tiveram GOHAI similar aos que vieram por algum problema específico (como dor de dentes, problema na prótese ou questão estética). Não houve diferença estatística significativa entre os grupos ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 5**

*Comparação\* da autopercepção da saúde oral com variáveis sociodemográfica e clínicas.*

categoria	subcategoria	Estatística	GOHAI	Dimensão Física	Dimensão Psicossocial	Dimensão Dor ou Desconforto
gênero	feminino	Me (P25-P75)	32 (26,5–34)	11 (9–12)	13,5 (12–14,75)	8 (7–9)
	masculino	Me (P25-P75)	33 (28–35)	10 (8–12)	15 (13,5–15)	8 (6,5–9)
	<b>p</b>		0,470	0,525	0,055	0,651
Faixa etária	≤74 anos	Me (P25-P75)	33 (26–35)	11 (9–12)	14 (12–15)	8 (7–9)
	≥75 anos	Me (P25-P75)	31 (28–33)	9,5 (8–11,25)	14 (13–15)	8 (7–9)
	<b>p</b>		0,599	0,143	0,554	0,994
escolaridade	até ao 6º ano	Me (P25-P75)	32 (26–33)	10 (8–12)	14 (11–14)	8 (7–9)
	Pelo menos 7 anos de escolaridade	Me (P25-P75)	33 (29,75–35)	11 (9–12)	14 (12–15)	8 (6,75–9)
	<b>p</b>		0,174	0,082	0,248	0,940
estado civil	casado/união de facto	Me (P25-P75)	33 (29,75–35)	11 (9–12)	14 (13–15)	8 (7–9)
	solteiro					
	divorciado	Me (P25-P75)	32 (25–34)	10 (8–12)	14 (10–15)	8 (6–9)
	viúvo					
	<b>p</b>		0,137	0,290	0,075	0,415
	independente	Me (P25-P75)	32 (27,5–35)	11 (9–12)	14 (12–15)	8 (7–9)

categoria	subcategoria	Estatística	GOHAI	Dimensão Física	Dimensão Psicosocial	Dimensão Dor ou Desconforto
autonomia de vida	dependente	Me (P25-P75)	28 (27,5–28,5)	8,5 (8,25–8,75)	13 (13–13)	6,5 (6,25–6,75)
	p		0,280	0,214	0,544	0,183
convivência	cônjuge/ filho/ outro	Me (P25-P75)	32 (26–34)	10 (8–12)	14 (12–15)	8 (7–9)
	sozinho	Me (P25-P75)	33 (30,75–35)	12 (10–12)	14 (12–15)	8 (7,75–9)
	p		0,131	0,063	0,573	0,133
qualidade de vida	muito boa ou boa	Me (P25-P75)	32 (30–34,75)	11 (9–12)	14 (12,25–15)	8 (7–9)
	nem boa nem má ou má	Me (P25-P75)	32 (25–34,5)	11 (8,5–12)	14 (10–14)	8 (6–9)
	p		0,388	0,452	0,107	0,423
saúde oral	sim	Me (P25-P75)	32 (26–34,5)	10 (8–12)	14 (11,5–15)	8 (7–9)
	influençia não	Me (P25-P75)	33 (30,5–34,75)	11,5 (11–12)	14,5 (14–15)	8 (6,25–8)
	QDV p		0,316	0,223	0,103	0,621
fatores com maior influência na QDV	mastigar	Me (P25-P75)	33 (30–35)	11 (9–12)	14 (12–15)	8 (7–9)
	estética	Me (P25-P75)	34,5 (32–35,25)	12 (11,25–12)	14,5 (13–15)	8 (7–9)
	falar	Me (P25-P75)	28 (26–32)	8 (8–11)	13 (13–14)	7 (6–8)
	não ter dor	Me (P25-P75)	32 (26–34)	11 (9–12)	13 (11–14,5)	7 (6–8)
	p		0,193	0,193	0,212	0,102
última consulta dentária	<1 ano	Me (P25-P75)	33 (29–35)	11 (9–12)	14 (12–15)	8 (7–9)
	>1 ano – 3 anos					
	>3 anos – 5 anos	Me (P25-P75)	31 (25,75–33,5)	9 (7,75–12)	14 (10–14,25)	8 (6,75–9)
	>5 anos					
	p		0,179	0,122	0,214	0,739
usa prótese	sim	Me (P25-P75)	32 (27–34)	10 (9–12)	14 (12–15)	8 (7–9)
	não	Me (P25-P75)	32,5 (27,25–36)	12 (9,5–12)	14 (11,75–15)	9 (6–9)
	p		0,403	0,276	0,661	0,373
tipo de prótese	Parcial (superior, inferior ou ambos)	Me (P25-P75)	33 (28–35)	11 (9–12)	14 (12–15)	8 (7–9)
	Total (superior, inferior ou ambos)	Me (P25-P75)	29 (26–32)	8 (7–11)	13 (13–14)	7 (6–8)
	parcial e total	Me (P25-P75)	32 (28–33,5)	9 (6,5–11)	14 (13,5–15)	8 (7–8,5)
	p		0,268	<b>0,023</b>	0,534	0,582
satisfeito com a prótese	sim	Me (P25-P75)	33 (30–35)	11 (9–12)	14 (13–15)	8 (7–8)
	não	Me (P25-P75)	29 (25,75–33)	9 (7–11,25)	13 (10–14)	7 (6–9)
	p		<b>0,015</b>	0,056	<b>0,017</b>	0,357
necessita ajuda a higienizar	sim	Me (P25-P75)	32,5 (28,5–35,25)	11,5 (9,5–12)	13,5 (13–14,75)	7,5 (6–9)
	não	Me (P25-P75)	32 (27–34,5)	11 (8,5–12)	14 (12–15)	8 (7–9)
	p		0,656	0,469	0,930	0,704
higieniza prótese/dentes/ambos	dentes	Me (P25-P75)	32,5 (27,25–36)	12 (9,5–12)	14 (11,75–15)	9 (6–9)
	prótese	Me (P25-P75)	30 (26,75–32,25)	8,5 (7,75–11)	13,5 (13–14)	7,5 (6,75–8,25)
	ambos	Me (P25-P75)	33 (28–34)	11 (9–12)	14 (12–15)	8 (7–9)
	p		0,453	0,180	0,878	0,614
quando escova os dentes, as gengivas costumam sangrar	sim	Me (P25-P75)	27 (22–32)	9 (6–11)	12 (9–14)	6 (6–7)
	não	Me (P25-P75)	33 (31,75–35)	12 (10–12)	14 (12,75–15)	8 (8–9)
	p		<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,021</b>	<b>&lt;0,001</b>

<b>categoria</b>	<b>subcategoria</b>	<b>Estatística</b>	<b>GOHAI</b>	<b>Dimensão Física</b>	<b>Dimensão Psicossocial</b>	<b>Dimensão Dor ou Desconforto</b>
	problema de mastigação	Me (P25-P75)	31,5 (28,75–33,25)	10 (7,75–11)	13,5 (12,25–15)	7,5 (7–9)
	presença de dor	Me (P25-P75)	31 (30–32)	11 (9–11)	13 (13–14)	8 (6–9)
<b>motivo da consulta</b>	problema na fala	Me (P25-P75)	28 (24,5–30,5)	9 (8–10)	13 (10–13,5)	7 (6,5–7,5)
	questão estética	Me (P25-P75)	33 (32–34,5)	11 (10,5–11,5)	14 (14–14,5)	9 (7,5–9)
	outro	Me (P25-P75)	32 (26,5–35)	11 (9–12)	14 (12–15)	8 (7–9)
	<b>p</b>		0,697	0,611	0,730	0,849

\*Valores de p a negrito indicam diferenças significativas. QDV- qualidade de vida.



## 4. Discussão

O presente estudo avaliou a autopercepção da saúde oral e a influência desta na qualidade de vida em uma população geriátrica atendida em clínica pedagógica de Medicina Dentária. A amostra foi composta por 69 participantes com idade igual ou superior a 65 anos (Tabela 1), sendo a maioria do gênero feminino ( $\approx 72\%$ ), o que reflete a maior longevidade feminina observada na população idosa em geral, e com mediana de 32 pontos no Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). As medianas das dimensões funcional, psicossocial e dor/desconforto foram, respectivamente, 11, 13,5 e 8 pontos, (Tabela 5). A qualidade de vida autopercebida foi classificada como boa pela maior parte dos participantes; no entanto, variáveis clínicas como sangramento gengival e satisfação com as próteses tiveram impacto significativo nos escores de GOHAI. Participantes satisfeitos com a prótese apresentaram GOHAI global e dimensão psicossocial mais elevados ( $p = 0,015$  e  $p = 0,017$ , respectivamente), enquanto aqueles que relataram sangramento durante a escovagem apresentaram *scores* menores em todas as dimensões, com forte significância estatística ( $p < 0,001$ ). Demais variáveis sociodemográficas (gênero, idade, escolaridade, estado civil, situação de vida e grau de independência) não mostraram associações estatisticamente significativas.

### 4.1 Envelhecimento populacional e carga de doença oral

O rápido envelhecimento demográfico é um fenômeno global; a Organização Mundial da Saúde estima que, até 2030, uma em cada seis pessoas terá 60 anos ou mais (OMS, 2022). O envelhecimento está associado a um aumento da prevalência de doenças crônicas, incluindo doenças da cavidade oral como cárie, doença periodontal, perda dentária, xerostomia e cancro oral que comprometem a nutrição, a autoestima e a qualidade de vida (Petersen & Ogawa, 2018). Relatórios da American Dental Association indicam que 96 % dos adultos com mais de 65 anos já apresentaram cárie, quase um quinto sofreu perda dentária total e 68 % têm doença periodontal, evidenciando a alta carga de doença nessa faixa etária (American Dental Association, 2021).

### 4.2 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde oral

O GOHAI é amplamente utilizado para medir a percepção dos idosos sobre a saúde oral. O instrumento engloba dimensões físicas, psicossociais e de dor/desconforto (Atchison & Dolan, 1990). Diversos estudos validaram o GOHAI em diferentes contextos culturais,

evidenciando boa consistência interna (alfa de Cronbach entre 0,75 e 0,88) e capacidade de discriminar grupos clínicos (Agrawal et al., 2017; Carvalho et al., 2013). Rita Cardoso verificou alfa de Cronbach de 0,755 e identificou que a dimensão psicossocial foi a mais afetada, refletindo a importância das queixas estéticas e da autoconfiança (Cardoso, 2019). Nossos resultados confirmam essa tendência, já que a mediana da dimensão psicossocial (13,5) foi superior às demais dimensões. Isso sugere que, independentemente do motivo imediato que levou o idoso ao Médico dentista, sua autopercepção de saúde oral refletia a condição de fundo mais crônica, e não o evento agudo do momento, conforme apresentado na tabela 5. Por exemplo, alguns idosos que vieram apenas para revisão periódica ainda assim tinham GOHAI baixo devido a problemas prévios; ao passo que alguns que recorreram aos serviços de medicina dentária por dor aguda podiam ter GOHAI relativamente alto, no entanto fora aquele episódio de dor, sentiam-se bem no dia a dia. Em síntese, o GOHAI captou mais o estado geral de saúde bucal percebida do que o motivo da visita em si. A análise fatorial dos 12 itens do GOHAI corroborou em grande medida a estrutura multidimensional prevista. A estatística de adequação foi satisfatória (KMO = 0,780; teste de Bartlett com  $\chi^2 = 347,995$ ,  $p < 0,001$  (Tabela 2), indicando matriz de correlações fatoráveis). Três fatores principais apresentaram autovalores acima de 1 e foram extraídos, explicando juntos 63,6% da variância total dos dados. Os três fatores identificados correspondem as 3 dimensão do GOHAI.

#### **4.3 Scores de GOHAI e fatores associados em diferentes países**

Os estudos internacionais mostram grande variabilidade nos *scores* de GOHAI, reflexo de diferentes métodos de pontuação (aditivo, escala simples de contagem ou transformado em 0–100) e realidades socioculturais. Nos Emirados Árabes Unidos, estudo com 318 idosos relatou *score* médio de GOHAI simples de  $13,25 \pm 7,3$  (intervalo 0–37) e identificou que edentulismo, necessidade de uso de prótese, dificuldades de mastigação, xerostomia e autoavaliação negativa da saúde oral aumentavam significativamente a probabilidade de  $\text{GOHAI} \geq 12$  (El-Dahiyat et al., 2025). Em Isfahan (Irão), a média do GOHAI aditivo foi  $45,05 \pm 8,62$  (dimensões física 22,66, psicossocial 14,93 e dor/desconforto 7,45); maior escolaridade, maior número de dentes remanescentes, melhor autoavaliação de saúde oral e presença de seguro medico-dentário foram preditores de melhor qualidade de vida (Jamalinasab et al., 2024). No Bangalore (Índia), estudo com 400 idosos institucionalizados encontrou associações significativas entre perda de inserção (LoA), índice CPOD e todas as dimensões do GOHAI; os participantes

com melhor qualidade de vida oral consumiam mais calorias (Rani et al., 2024). Essas evidências reforçam a importância do estado dentário, das condições periodontais e do acesso a próteses adequadas para a qualidade de vida dos idosos.

Em Portugal, Cardoso na sua tese relatou que a maioria dos participantes possuía boa auto-percepção de saúde oral, apesar de apresentar baixa escolaridade e elevada taxa de edentulismo; o GOHAI médio foi 33,8 (0–48) e não houve diferenças significativas quanto à idade, mas mulheres relataram pior qualidade de vida (Cardoso, 2019). Semelhante ao nosso estudo, a satisfação com a prótese foi o principal preditor de GOHAI: participantes satisfeitos apresentaram *scores* substancialmente mais altos, enquanto aqueles com dor ou sangramento gengival apresentaram pior qualidade de vida (Cardoso, 2019). Revisões sistemáticas também relatam maiores ganhos de qualidade de vida após reabilitações implanto-suportadas, com melhorias de aproximadamente 9–12 % com próteses convencionais e até 25 % com overdentures ou próteses fixas, embora o efeito diminua após um ano (Ástvaldsdóttir et al., 2018).

Na nossa amostra, o *score* mediano de GOHAI (32/36) indica uma auto-percepção relativamente positiva, superior aos valores relatados em estudos asiáticos (13–45/60) e similar ao encontrado por Cardoso. A adoção de uma escala de 0–36 provavelmente contribuiu para valores mais altos. A ausência de efeito significativo de gênero, idade ou escolaridade corrobora resultados de estudos coreanos e iranianos (Park et al., 2023; Jamalinasab et al., 2024), bem como em contexto português (Cardoso, 2019), sugerindo que, em populações com acesso a serviços de medicina dentária, essas variáveis podem ser menos determinantes.

#### **4.4 Estado civil, convivência e suporte social**

Embora nosso estudo não tenha encontrado associações significativas entre estado civil ou coabitação e a qualidade de vida, alguns trabalhos sugerem que o apoio social influencia a auto-percepção de saúde oral. Cardoso observou que participantes casados apresentavam melhores *scores* de GOHAI, possivelmente devido a maior estabilidade e suporte familiar (Cardoso, 2019). Estudo cross-sectional com migrantes idosos na China mostrou que a saúde oral influencia positivamente a satisfação com a vida e o suporte social, sendo o suporte social um mediador que explica 27,86 % desse efeito (Wang et al., 2023). Investigação alemã com 5 000 adultos verificou que pior qualidade de vida

oral está associada a maior solidão em homens e mulheres ( $\beta \approx 0,12$ ,  $p < 0,001$ ), reforçando a importância do apoio social (Abdullah et al., 2024).

#### **4.5 Saúde oral, fragilidade e condições sistêmicas**

A literatura mostra que a saúde oral está estreitamente relacionada a condições sistêmicas e à fragilidade. Num estudo na Colômbia com 1 079 idosos, a dimensão psicológica da fragilidade foi o fator que mais impactou negativamente a qualidade de vida oral ( $\beta = -0,44$ ) (Mafla et al., 2025). Pesquisas chinesas indicam que fragilidade física, risco nutricional e alta percentagem de gordura corporal aumentam o risco de declínio do desempenho físico (OR = 1,96) (Marques & Fortes, 2022) (Kim et al., 2017) Por outro lado, níveis mais altos de alfabetização em saúde oral reduzem o número de dentes perdidos e melhoram a qualidade de vida (Li et al., 2025). Uma revisão sistemática revelou que próteses convencionais melhoram a OHRQoL em 9–12 %, e que overdentures implanto-suportadas ou próteses fixas aumentam em até 25 %, embora o efeito diminua após um ano (Ástvaldsdóttir et al., 2018).

Problemas periodontais e sangramento gengival são consistentemente associados a pior GOHAI. Estudo com residentes do Cantão Bern (Suíça) mostrou que artrite reumatoide e deficiência mastigatória estavam associadas a limitações funcionais, enquanto gengivas com sangramento e depressão se relacionavam ao domínio de dor/desconforto (Borg-Bartolo et al., 2025). Na nossa amostra, participantes que relataram sangramento apresentaram reduções marcantes nos *scores* de GOHAI, comprovando as evidências de que doenças periodontais comprometem significativamente a qualidade de vida (Borg-Bartolo et al., 2025).

Além disso, existe relação entre saúde oral e conhecimento: estudo com 234 idosos comunitários identificou que melhor escolaridade e maiores *scores* de GOHAI estão associados a menor probabilidade de comprometimento cognitivo leve (OR = 0,92 por ponto de GOHAI) (Ye et al., 2024). Outro estudo longitudinal demonstrou que a piora dos sintomas depressivos ao longo de dois anos e está associada a reduções nos *scores* de GOHAI em homens e mulheres (Nerobkova et al., 2023), ressaltando a necessidade de considerar a saúde mental em intervenções medico-dentárias.

#### **4.6 Sexo e idade**

Em relação ao fator gênero, os nossos resultados mostraram uma influência limitada no GOHAI [Tabela 5]. O gênero não foi associado significativamente à qualidade de vida

oral percebida, Este resultado indica que, embora as idosas possam ter relatado maior preocupação ou insatisfação com alguns aspectos da saúde oral em comparação com os homens, essa diferença não se mostrou robusta quando extrapolada para a população, não se traduzindo em diferenças estatisticamente significativas nos *scores* globais do GOHAI, o que coincide com alguns estudos que, após ajuste de condições de saúde oral, não encontraram diferença significativa entre homens e mulheres idosos (van de Rijt LJM, 2020). Embora algumas pesquisas indiquem que mulheres relatam pior qualidade de vida oral devido a maiores expectativas estéticas e maior percepção de limitações (Cardoso, 2019; Jamalinasab et al., 2024), outras não encontraram relação com o gênero (Jamalinasab et al., 2024). A falta de associação pode refletir a homogeneidade da amostra ou o acesso semelhante a cuidados médico-dentário por ambos os gêneros. Do mesmo modo, a idade não influenciou o GOHAI, alinhando-se a estudos coreanos e iranianos (Park et al., 2023; Jamalinasab et al., 2024).

#### **4.7 Escolaridade e independência**

A escolaridade também não apresentou associação com o GOHAI na nossa amostra [Tabela 5]. Em contraste, estudos no Irão evidenciaram que idosos com maior nível educacional e seguro médico-dentário apresentaram melhores *scores* (Jamalinasab et al., 2024). A discrepância pode ser explicada pelo tamanho reduzido da nossa amostra ou pela oferta de atendimento mais barato nas clínicas universitárias, que minimiza desigualdades de acesso. A independência nas atividades de vida diária não se associou ao GOHAI; entretanto, pesquisas apontam que fragilidade física e dependência funcional estão relacionadas a pior qualidade de vida oral (Mafla et al., 2025; Wang et al., 2023), sugerindo que a avaliação da fragilidade pode fornecer informações adicionais.

#### **4.8 Estado civil e convivência**

Embora o estado civil não tenha influenciado significativamente os *scores* de GOHAI no presente estudo [Tabela 5], a literatura sugere que estar casado ou viver acompanhado pode contribuir para uma melhor autopercepção da saúde oral, em virtude do suporte emocional, do incentivo a comportamentos de autocuidado e da ajuda nas tarefas de higiene oral (Cardoso, 2019; Wang et al., 2023; Abdullah et al., 2024).

Na amostra estudada, esta tendência não se mostrou estatisticamente significativa, possivelmente porque a maioria dos participantes beneficiava de algum tipo de apoio familiar ou social, independentemente do seu estado civil.

#### **4.9 Qualidade de vida geral e percepção do impacto da saúde oral**

A percepção de que a saúde oral interfere na qualidade de vida mostrou tendência, mas não alcançou significância estatística [Tabela 1]. A mediana de 32 pontos observada no GOHAI total reflete, de forma geral, uma autopercepção moderadamente positiva da saúde oral na população estudada, considerando-se a amplitude possível da escala, que varia entre 12 e 36 pontos. Este resultado pode indicar que os indivíduos que não percebem influência da saúde oral na sua qualidade de vida o fazem, por um lado, por apresentarem menor carga de problemas bucais e, conseqüentemente, *scores* de GOHAI mais elevados, ou, por outro, por atribuírem menor importância à saúde oral mesmo na presença de algum comprometimento. Em qualquer dos casos, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No presente estudo, a mastigação adequada e a ausência de dor emergiram como os fatores mais valorizados pelos idosos na sua percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde oral, o que reforça a relevância dos aspectos funcionais e do conforto na saúde oral nesta faixa etária. Ainda assim, a literatura demonstra que autoavaliação negativa da saúde oral se associa a pior GOHAI (El-Dahiyat et al., 2025). Além disso, estudos com idosos migrantes mostraram que a satisfação com a vida está mediada pelo suporte social e pela saúde oral (Wang et al., 2023), indicando que intervenções que promovam apoio social podem melhorar tanto a saúde oral quanto a qualidade de vida global.

#### **4.10 Visitas odontológicas e uso de próteses**

Os resultados não evidenciaram diferença significativa entre a frequência de visitas ao Médico dentista e os *scores* de GOHAI. No entanto, estudos demonstram que visitas regulares e a usufruir de seguro médico-dentário estão associadas a melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral (Jamalinasab et al., 2024).

O tipo de prótese (total ou parcial) também não se correlacionou com os *scores*, indicando que o simples facto de utilizar ou não prótese dentária não foi, por si só, suficiente para diferenciar a qualidade de vida oral percebida na população estudada. Em contraste, a satisfação com as próteses revelou-se determinante: os participantes insatisfeitos apresentaram *scores* inferiores em todas as dimensões do GOHAI, em concordância com Cardoso (2019) e com evidências de que reabilitações implanto-suportadas proporcionam maiores ganhos de qualidade de vida (Ástvaldsdóttir et al., 2018). Estes resultados

destacam a importância de um ajuste protético adequado e de um acompanhamento pós-entrega.

A insatisfação protética associou-se a maior impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde oral, sobretudo nas dimensões psicossocial e funcional, estando frequentemente relacionada com dificuldades mastigatórias, desconforto ou dor, bem como com preocupações estéticas, que condicionam o convívio social e o bem-estar geral. A satisfação do paciente com a prótese constitui, assim, um dos determinantes mais relevantes da qualidade de vida oral em idosos edêntulos. Ainda assim, vale mencionar que todos os 8 idosos com dificuldade mastigatórias eram desdentados parciais ou totais com reabilitação protética insatisfatória – muitos deles coincidindo com o grupo insatisfeito com a prótese. Portanto, esse achado qualitativo converge com o impacto já descrito da condição protética na qualidade de vida: mastigar adequadamente é uma função central para o idoso e sua limitação tende a piorar a autopercepção oral. Mesmo quando a necessidade objetiva de reabilitação protética é satisfeita, a ausência de conforto e de aceitação estética pode comprometer negativamente a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Em termos funcionais, observou-se ainda que os idosos totalmente edêntulos e dependentes de próteses totais relataram maiores limitações, nomeadamente dificuldade na mastigação de determinados alimentos, quando comparados com idosos parcialmente dentados reabilitados com próteses parciais. Este achado está de acordo com a literatura, que indica que utilizadores de próteses totais, particularmente inferiores, tendem a apresentar pior desempenho e satisfação mastigatória, com impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde oral, quando comparados com indivíduos que mantêm alguns dentes naturais ou utilizam próteses parciais fixas ou removíveis (H. Nekoue, 2023).

#### **4.11 Sangramento gengival e dor**

O sangramento gengival durante a escovagem apresentou a associação mais robusta com o GOHAI. Participantes que relataram sangramento tiveram mediana de GOHAI consideravelmente menor (27 vs. 33) e redução significativa nas três dimensões ( $p < 0,001$ ). Em termos práticos, esses idosos com saúde periodontal insatisfatória (sangramento gengival é um sinal de inflamação, frequentemente indicativo de gengivite ou periodontite) relataram mais dificuldade para se alimentar, mais incómodo e

preocupação com a saúde bucal e maior necessidade de medicação analgésica ou desconforto oral. Tal resultado é congruente com evidências de que doenças periodontais impactam negativamente a qualidade de vida, especialmente nos estágios mais avançados, caracterizados por perda de suporte dentário e presença de sintomas dolorosos (ex.: Vettore et al., 2022; Peres et al., 2019). Mesmo um sintoma aparentemente simples como sangramento gengival, por ser percebido diariamente, pode gerar ansiedade e sensação de saúde oral precária, reduzindo o bem-estar do idoso. Cabe destacar que esse subgrupo possuía, em geral, mais dentes remanescentes (próprio por isso lidava com a higiene dos dentes naturais e apresentava sangramento); isso reforça que a manutenção dos dentes naturais deve vir acompanhada de uma boa saúde periodontal, caso contrário o benefício de ter dentes pode ser suplantado pelo desconforto de gengivas doentes. Nossos achados apontam para a necessidade de atenção especial à saúde periodontal dos idosos, com programas de prevenção e controle de placa bacteriana, dada sua forte relação com a percepção de qualidade de vida. Estes achados reforçam a literatura que aponta a doença periodontal como uma das principais causas de pior qualidade de vida oral (Borg-Bartolo et al., 2025), uma vez que o sangramento é um sinal clínico de inflamação gengival. Da mesma forma, a presença de dor oral reduziu o resultado, tal como observado por Rita Cardoso (Cardoso, 2019) em Portugal, e por estudos na Índia (Rani et al., 2024). Intervenções preventivas e terapêuticas para doença periodontal e controle da dor devem, portanto, ser prioritárias.

#### **4.12 Pontos fortes e limitações do estudo**

O estudo utilizou um instrumento validado e aceito internacionalmente, permitindo comparabilidade com outras investigações. A coleta de dados em clínicas de ensino garantiu aplicação padronizada do questionário e avaliação clínica. Entretanto, algumas limitações devem ser consideradas:

O desenho transversal impossibilita inferir causalidade entre as variáveis e a qualidade de vida; estudos longitudinais são necessários para avaliar trajetórias de mudança e impacto de intervenções (Rani et al., 2024). Tamanho amostral reduzido e conveniência é outra limitação, já que a amostra de 69 participantes, majoritariamente mulheres, limita a generalização para a população idosa portuguesa, o que exige estudos com maior representatividade. A baixa variabilidade de idade e escolaridade pode ter contribuído para a ausência de associações significativas. A pontuação do GOHAI, em que o uso da escala aditiva de 12–36 pontos dificulta comparações com estudos que utilizam escalas

de 0–48 ou 0–60. Dessa forma, futuras pesquisas devem considerar a padronização do método de pontuação. Por fim, a autopercepção e viés de resposta, em que as medidas auto-relatadas podem sofrer influência de expectativas individuais, memória e estado emocional podem alterar o que é relatado por cada participante, sendo que a inclusão de avaliações clínicas complementares poderia melhorar a precisão (mas exige maior quantidade de trabalho e muita mais paciência por parte dos participantes).

#### **4.13 Implicações clínicas e recomendações**

Os achados do presente estudo reforçam que a saúde oral exerce um impacto significativo na qualidade de vida da população idosa, destacando-se a importância da satisfação com as próteses dentárias e da manutenção de uma boa saúde periodontal. A presença de doença periodontal ativa, nomeadamente o sangramento gengival, bem como a insatisfação protética, estiveram associadas a piores *scores* de qualidade de vida relacionada com a saúde oral, evidenciando a necessidade de intervenções clínicas e preventivas direcionadas para estes fatores.

Neste contexto, programas de saúde pública e estratégias clínicas devem priorizar a promoção da saúde periodontal, através da implementação de campanhas educativas focadas na higiene oral adequada, incluindo o uso de escovas interdentais e a realização de consultas regulares, com o objetivo de reduzir a inflamação gengival e prevenir a perda dentária (Borg-Bartolo et al., 2025). Paralelamente, a reabilitação protética de qualidade assume um papel central, sendo fundamental garantir o acesso a próteses bem adaptadas, acompanhadas de seguimento periódico. Em pacientes elegíveis, as reabilitações implanto-suportadas, como as overdentures, têm demonstrado proporcionar ganhos superiores na qualidade de vida relacionada com a saúde oral, sobretudo no que respeita à função mastigatória e ao conforto (Ástvaldsdóttir et al., 2018).

Adicionalmente, os cuidados de saúde oral devem ser integrados numa abordagem mais ampla da saúde do idoso, considerando fatores como a fragilidade, o estado nutricional e a saúde mental. A articulação entre Médicos dentistas, Médicos de saúde geral e familiar e Nutricionistas pode contribuir para a identificação e gestão de condições como sarcopenia, depressão e declínio cognitivo, as quais influenciam negativamente a saúde oral e o bem-estar geral (Mafla et al., 2025; Ye et al., 2024). Do mesmo modo, políticas que promovam o acesso a cuidados médico-dentários, incluindo a expansão de seguros de saúde oral e o incentivo a consultas preventivas, podem traduzir-se em melhorias

significativas da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, como demonstrado em estudos realizados em populações iranianas (Jamalinasab et al., 2024).

Por fim, o fortalecimento do apoio social e o investimento em programas comunitários de educação em saúde oral assumem particular relevância na população idosa. Intervenções que promovam a literacia em saúde oral, reduzam o isolamento social e reforcem o suporte comunitário têm sido associadas a maior satisfação com a vida e melhor adesão a práticas de autocuidado, contribuindo de forma indireta para a melhoria da saúde oral e da qualidade de vida global dos idosos (Wang et al., 2023; Abdullah et al., 2024).

## **5. Conclusão**

Este estudo teve como objetivo analisar a interferência da autopercepção da saúde oral na qualidade de vida de uma população geriátrica, bem como verificar sua associação com variáveis sociodemográficas e condições de saúde oral. Em termos gerais, a auto-percepção da saúde oral (Índice GOHAI) dos 69 idosos foi moderadamente positiva (variou de 18 a 36, mediana (P25–P75) de 32 (26–34) pontos).

Este estudo evidenciou que a auto-percepção da saúde oral e a qualidade de vida dos idosos atendidos em clínica pedagógica são influenciadas principalmente por fatores clínicos, como sangramento gengival e satisfação com próteses, enquanto variáveis sociodemográficas tiveram menor impacto. Os resultados corroboram a literatura ao destacar a importância de uma reabilitação protética adequada, do controle de doenças periodontais e do suporte social para manter uma boa qualidade de vida relacionada à saúde oral.

Contudo, limitações inerentes ao desenho transversal e ao tamanho amostral impõem cautela na generalização. Futuras pesquisas devem explorar estratégias de intervenção multiprofissional e longitudinal para promover a saúde oral na população idosa.



## 6. Bibliografia

- Abdullah, R., Müller, F., & Schimmel, M. (2024). Associations between oral health-related quality of life and loneliness in older adults: A population-based study in Germany. *Gerodontology*, 41(1), 12–21. <https://doi.org/10.1111/ger.12612>
- 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(1), pp. 30–35.
- Botelho, J., Machado, V., Proença, L., et al. (2020). Perceived xerostomia, stress and periodontal status impact on elderly oral health-related quality of life: Findings from a cross-sectional survey. *BMC Oral Health*, 20, 199. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01183-7>
- Al Shammary, N. H. (2024). Exploring the impact of oral health on the quality of life in older patients: A cross-sectional study. *BDJ Open*, 10, Article 60. <https://doi.org/10.1038/s41405-024-00244-1>
- American Dental Association. (2021). *Measuring oral healthcare quality for older adults: Final report*. Chicago: Dental Quality Alliance, American Dental Association. Disponível em: [https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/research/dqa/educational-resources/measuring\\_oral\\_healthcare\\_quality\\_in\\_older\\_adults\\_report.pdf](https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/research/dqa/educational-resources/measuring_oral_healthcare_quality_in_older_adults_report.pdf)
- Ástvaldsdóttir, Á., Boström, A., Davidson, T., Gabre, P., Gahnberg, L., Sandborgh-Englund, G., ... & Ståhlacke, K. (2018). Oral health and dental care of older persons—A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*, 35(4), 290–304. <https://doi.org/10.1111/ger.12368>
- Atchison, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*, 54(11), 680–687.
- Azami-Aghdash, S., Pournaghi-Azar, F., Moosavi, A., Mohseni, M., Derakhshani, N., & Alaei Kalajahi, R. (2021). Oral health and related quality of life in older people: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 50(4), 689–700. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i4.5993>
- Block, C., König, H.-H., & Hajek, A. (2022). Oral health and quality of life: Findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *BMC Oral Health*, 22(1), Article 606. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02599-z>
- Borg-Bartolo, R., Locher, J., & Schimmel, M. (2025). Periodontal disease, chewing capacity, and quality of life in community-dwelling older Swiss adults. *Clinical Oral Investigations*, 29(2), 233–240. <https://doi.org/10.1007/s00784-025-05607-2>
- Botelho, J., Machado, V., Proença, L., et al. (2020). Perceived xerostomia, stress and periodontal status impact on elderly oral health-related quality of life: Findings from a cross-sectional survey. *BMC Oral Health*, 20, 199. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01183-7>

- Cardoso Rocha, R. M. L. (2019). *Autoavaliação da saúde oral e sua influência na qualidade de vida de uma população idosa – Estudo transversal* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa].
- Carvalho, C., Silva, D. D., & Pereira, A. C. (2013). Validação da versão portuguesa do índice GOHAI. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701–708. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004095>
- Costa, F. M., Martins, A. M. E. B. L., & Abreu, M. H. N. G. (2024). Determinantes psicossociais da saúde bucal em idosos: revisão de escopo. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(2), e00128923. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128923>
- De Oliveira, C. S., Ferreira, A. C. P., Rocha, R. A., e Galdino, T. M. (2021). Health-related quality of life of institutionalized older adults: Influence of physical, nutritional and self-perceived health status. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 94, 104334. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104334>
- El-Dahiyat, F., Alwhaibi, M., & Farhat, A. (2025). Oral health-related quality of life and associated factors among elderly in the UAE. *International Journal of Dental Hygiene*, 23(1), 35–42. <https://doi.org/10.1111/idh.12688>
- FDI World Dental Federation. (2015). *FDI definition of oral health*. <https://www.fdiworlddental.org/fdi-definition-oral-health>
- Firmino, R. T., Martins, C. C., Faria, L. D., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., & Paiva, S. M. (2020). The role of literacy in health and oral health in elderly individuals: A systematic review. *Gerodontology*, 37(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/ger.12439>
- Friedman, P. K., Lamster, I. B., & Schmalz, G. (2019). Periodontal disease in older adults: A global burden and future directions. *Periodontology 2000*, 80(1), 7–13. <https://doi.org/10.1111/prd.12283>
- Jamalinassab, M., Hosseinzadeh, M., & Mohebbi, S. Z. (2024). Determinants of oral health-related quality of life in Iranian elderly. *BMC Geriatrics*, 24(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04302-6>
- Mafla, A. C., Carrillo, C. M., & Bernal, J. E. (2025). Association between frailty and oral health-related quality of life in Colombian older adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 80(2), 217–225. <https://doi.org/10.1093/gerona/glad022>
- Nekoue, H., & Moradi, S. (2023). The impact of health literacy and nutritional status on oral health outcomes in older Iranian adults. *Iranian Journal of Public Health*, 52(3), 374–381. [https://ijph.tums.ac.ir/article\\_40224.html](https://ijph.tums.ac.ir/article_40224.html)
- Nerobkova, A., Shashkina, E., & Savelieva, M. (2023). Depression and oral health-related quality of life in Russian elderly: A 2-year follow-up study. *BMC Oral Health*, 23(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03057-4>
- Park, J. H., Choi, Y. H., & Kim, J. H. (2023). Oral pain and associated factors among Korean elderly: A population-based study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 51(1), 88–95. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12765>
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R. A., Mathur, M. R., ... Watt, R. G. (2019). Oral diseases: A global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)

Petersen, P. E., & Ogawa, H. (2018). The global burden of periodontal disease: Towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology 2000*, 60(1), 15–39. <https://doi.org/10.1111/prd.12032>

Rani, A., Mahantesha, S., & Chandra, P. (2024). Oral health-related quality of life and nutritional intake among institutionalized elderly in Bangalore. *Journal of Geriatric Dentistry*, 10(1), 22–28.

Silva, D. D., Sousa, M. L. R., & Wada, R. S. (2010). Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista de Saúde Pública*, 44(5), 912–920. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000500015>

Tan, H., Peres, K. G., & Peres, M. A. (2016). Retention of teeth and oral health-related quality of life among older adults. *Journal of Dental Research*, 95(12), 1350–1357. <https://doi.org/10.1177/0022034516654672>

Van de Rijt L. J. M., Stoop C. C., Weijnenberg R. A. F., de Vries R., Feast A. R., Sampson E. L., e Lobbezoo F. (2020). The influence of oral health factors on the quality of life in older people: asystematic review. *The Gerontologist*, 60(5), pp. e378–e394

Vettore, M. V., Rebelo, M. A. B., Vieira, J. M. R., Cardoso, E. M., Birman, D., & Leão, A. T. T. (2022). Psychometric properties of the Brazilian version of GOHAI among community-dwelling elderly people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14725.

Wang, J., & Zhang, W. (2023). Mediating role of social support in the relationship between oral health and life satisfaction among Chinese migrant elderly. *BMC Oral Health*, 23(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03166-0>

World Health Organization. (2022). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Ye, L., Liu, Y., & Zhao, X. (2024). Association between oral health-related quality of life and mild cognitive impairment in community-dwelling elderly. *Journal of Oral Rehabilitation*, 51(1), 32–39. <https://doi.org/10.1111/joor.13492>



## 7. Anexos

### Anexo A- Parecer da Comissão de Ética



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Exma. Senhora  
Prof. Doutora Sandra Gavinha  
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/PI - 757/25	25 de Junho de 2025

Exma. Senhora Professora Doutora,

A Comissão de Ética apreciou o projeto de investigação apresentado pela Mestre Liliana Gavinha Costa, Doutora Maria Conceição Manso e Doutora Sandra Gavinha, intitulado "Avaliação da Autoperceção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa". O projeto conta ainda com a participação do aluno Marco Andomo que irá realizar a sua tese neste contexto. É apresentada carta da Orientadora, mas não da coorientadora. Como a Coorientadora assinou o Q52 do aluno, esta Comissão de Ética assume que aceita coorientar o trabalho.

O projeto tem como objetivo analisar a autoperceção da saúde oral na qualidade de vida de uma população geriátrica e avaliação da sua associação com variáveis sociodemográficas e condições de saúde oral.

Trata-se de um estudo transversal, sendo a população de participantes na faixa etária 65 ou mais anos. A amostra será constituída por conveniência, resultando de potenciais pacientes que frequentaram as Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

O projeto decorrerá entre junho de 2025 e setembro de 2025.

A Comissão de Ética considera o estudo pertinente para a área de Medicina Dentária, não havendo questões éticas sobre o projeto apresentado.

Deste modo, a Comissão de Ética considera nada haver a opor quanto à realização deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

  
Inês Lopes Cardoso



FUNDAÇÃO ENSINO E CULTURA "FERNANDO PESSOA"

NIPC 502 057 602 - Reg. Comercial nº 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto - Portugal  
T. +351 22 507 1300\* • <https://www.ufp.pt>  
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Rua Carlos da Maia, 296 • 4200-150 Porto - Portugal  
T. +351 22 507 4630\* • <https://www.ufp.pt>  
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto - Portugal  
T. +351 22 507 1300\* • <https://www.ufp.pt>  
geral@fundacaofernandopessoa.pt

\* (chamada para a rede fixa nacional)

**Anexos B-** autorização da Direção Técnica das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa



**PARECER PRÉVIO DA DIREÇÃO TÉCNICA DAS CLÍNICAS PEDAGÓGICAS DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA (CPMD-UFP)**

-Para efeito de submissão de trabalhos de investigação à Comissão de Ética da UFP-

---

No seguimento da solicitação efetuada pela Senhora Prof Liliana Costa para a continuidade do trabalho sobre “Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa”, nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa (CPMD-UFP), que tem como outras participantes a Prof Doutora Conceição Manso e a Prof Doutora Sandra Gavinha, envolvendo um aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária: Marco Andorno, cujo objetivo será a 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, garantindo que os participantes serão selecionados tendo em conta critérios de inclusão e exclusão e questionados sobre a sua voluntária participação no estudo, a Direção Técnica das CPMD nada tem a opor.

Relembra-se que a aplicação dos inquéritos nas CPMD-UFP, não devem interferir com o normal funcionamento das unidades curriculares de ensino clínico e, que as mesmas têm de ser sempre supervisionadas pela orientadora desta investigação.

A Direção Técnica das CPMD-UFP pronunciar-se-á definitivamente sobre a autorização para a realização da investigação em apreço, mediante a apresentação do parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

Com os melhores cumprimentos,

---

**Sandra Gavinha**

Direção Técnica das CPMD-UFP

**27.02.2025**

**De:** Direcção Técnica CPMD [direcaotecnica.cpm�@ufp.edu.pt](mailto:direcaotecnica.cpm�@ufp.edu.pt)  
**Assunto:** Re: Pedido Autorização previa estudo Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa.  
**Data:** 10 de julho de 2025 às 22:46  
**Para:** Liliana Costa [lilianac@ufp.edu.pt](mailto:lilianac@ufp.edu.pt)  
**Cc:** cmanso [cmanso@ufp.edu.pt](mailto:cmanso@ufp.edu.pt), Sandra Gavinha [sgavinha@ufp.edu.pt](mailto:sgavinha@ufp.edu.pt)



Autoriza-se a implementação do projeto nas CPMD.  
Alertamos para as datas consideradas, sendo que nesta tem de ser considerado o encerramento das CPMD, para período de férias.  
Após o terminus do trabalho deve ser enviado a esta Direcção a informação acompanhada da informação sobre produção científica resultante deste estudo,

Muito obrigada  
Sandra Gavinha  
Direcção Técnica CPMD

Liliana Costa <[lilianac@ufp.edu.pt](mailto:lilianac@ufp.edu.pt)> escreveu (quinta, 10/07/2025 à(s) 18:57):  
Exma Professora Doutora Sandra,

No seguimento dos emails, e após o parecer favorável da Comissão de ética para o projecto, que envio em anexo, solicito parecer definitivo.

Melhores cumprimentos

Liliana Gavinha Costa

No dia 23/02/2025, às 12:43, Liliana Costa <[lilianac@ufp.edu.pt](mailto:lilianac@ufp.edu.pt)> escreveu:

Exma. Senhora Diretora das CPMD-FCS-UFP  
Prof. Doutora Sandra Gavinha,

Venho por este meio solicitar a autorização para a realização do estudo com o tema: “Avaliação da Autopercepção da Saúde Oral na Qualidade de Vida de uma População Idosa”, a realizar nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa.

O objetivo deste estudo será a 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.

Assim sendo, os participantes serão selecionados tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão e que aceitem de forma voluntária participar no estudo. Estes serão informados sobre o objetivo do mesmo e será obtido o seu consentimento informado.

Muito obrigado pela atenção,

## Anexo C- pedido de autorização para a utilização do instrumento GOHAI

**De:** Catarina Carvalho catarina.ms.carvalho@gmail.com  
**Assunto:** Pedido de autorização para a utilização do instrumento GOHAI  
**Data:** 5 de maio de 2025 às 22:06  
**Para:** lilianac@ufp.edu.pt  
**Cc:** cristina manso mansocristina@gmail.com



Exma Professora Liliana Gavinha Costa ,

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

Agradecemos que usem 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

—

--

Catarina Carvalho  
91 2990845  
[catarina.ms.carvalho@gmail.com](mailto:catarina.ms.carvalho@gmail.com)

## 8. Apêndices

### Apêndice A- 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:**

## Apêndice B- ficha da recolha do dados

### B1- Questionário qualidade de vida

#### Questionário

Nº \_\_\_\_\_

#### Qualidade de Vida e Saúde Oral

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? (Pode escolher várias opções)  
( ) Conjugo  
( ) 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
  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:\_\_\_\_\_

**B2- Questionário GOHAI**

**Questionário GOHAI**

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

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

Agradeço a sua participação.