

Márcia Loriane Fernandes Ferreira

Importância da saúde oral na qualidade de vida
adaptada às características de saúde oral dos Portugueses

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde
Porto, 2018

[Escreva aqui]

Márcia Loriane Fernandes Ferreira

Importância da saúde oral na qualidade de vida
adaptada às características de saúde oral dos Portugueses

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2018

Márcia Loriane Fernandes Ferreira

Importância da saúde oral na qualidade de vida
adaptada às características de saúde oral dos Portugueses

Dissertação apresentada à

Universidade Fernando Pessoa como

parte dos requisitos para obtenção do

grau de Mestre em Medicina

Dentária

Márcia Ferreira

RESUMO

A saúde oral na qualidade de vida assume uma significativa importância, na medida em que afeta a saúde em geral ao interferir e limitar nas atividades diárias. O impacto dos problemas orais na população traduz-se não só em dor e sofrimento, mas também em termos de qualidade de vida e produtividade. É amplamente demonstrado que as condições orais podem ter impactos variados na vida diária. Para avaliar isso, várias medidas ou escalas estão disponíveis. O peso das doenças orais e fatores de risco estão relacionados com estilos de vida e com a implementação de medidas preventivas.

Atendendo que a qualidade de vida relacionada com saúde oral é uma área sensível e significativamente relevante para a saúde, face ao impacto gerado não só a nível individual, mas também a nível social esta revisão teve como objetivos: Recolher evidência científica sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida da população; Investigar características da saúde oral dos portugueses e de que forma podem afetar o seu bem-estar; Analisar os fatores de risco associados às doenças orais e por fim quais as medidas preventivas e estratégias de promoção de forma a serem implementadas com vista a melhorar a saúde oral dos portugueses.

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa com recurso às seguintes bases de dados: PubMed, a B-ON, SciELO e Wiley.

A presente revisão mostrou que para planeamento de futuros estudos visem a melhoria e maior desenvolvimento de políticas públicas na área, bem como a melhoria ações para a promoção da saúde e consciencialização da importância da saúde oral na qualidade de vida da população. Será pertinente incluir inquéritos de qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Palavras-chave: Saúde oral, qualidade de vida, Portugal

ABSTRAT

Oral health in quality of life assumes a significant importance in that it affects the general health by interfering and limiting in daily activities. The impact of oral problems on the population converts not only into pain and suffering, but also in terms of quality of life and productivity. It is widely demonstrated that oral conditions can have varied impacts on daily life. To evaluate this, several measures or scales are available. The weight of oral diseases and risk factors are related to lifestyles and the implementation of preventive measures.

Given that the quality of life related to oral health is a sensitive and significant area of health, given the impact generated not only at the individual level, but also at a social level, this review aimed to: Collect scientific evidence on the impact of oral health quality of life of the population; To investigate characteristics of the oral health of the Portuguese and in what form can affect their well-being; To analyse the risk factors associated with oral diseases and finally what preventive measures and promotion strategies should be implemented in order to improve the oral health of the Portuguese.

This study is a narrative review using the following databases: PubMed, B-ON, SciELO and Wiley.

The present review showed that for planning future studies aim at improving and further development of public policies in the area, as well as improving actions for health promotion and awareness of the importance of oral health in the population's quality of life. It will be pertinent to include surveys quality of life related to oral health.

Keywords: Oral health, quality of life, Portugal

AGRADECIMENTOS

Durante estes anos académicos só posso agradecer a todos os que passaram pelo meu caminho e que com certeza deixaram um pouco de si, serei eternamente grata a todos.

Primeiramente agradeço ao Professor José Frias Bulhosa, orientador desta dissertação, agradeço o incansável apoio, a partilha do saber, toda a paciência e as valiosas contribuições para o trabalho. Acima de tudo, obrigada por me continuar a acompanhar nesta jornada foi um orgulho poder ter o professor como orientador. Obrigada.

Aos meus amigos que me acompanharam nesta viagem e em especial às minhas binómias: Ana Rita Teixeira e Carla Marques foram um apoio incansável.

Ao meu namorado obrigado por mesmo longe estares sempre presente.

Aos meus avós serão eternamente os meus modelos de coragem e de exemplo. “Os avós criam memórias que o coração guarda para sempre”.

Por último, tendo consciência que sozinha nada disto teria sido possível quero deixar um agradecimento muito especial aos meus pais, por todo o apoio incondicional, pelo incentivo, carinho e amizade, sempre acreditaram que eu conseguia, obrigada por caminharem ao meu lado ao longo destes anos. A vocês dedico este trabalho.

Índice

I. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Metodologia:	2
II. DESENVOLVIMENTO.....	3
2.1 Qualidade de vida e saúde oral.....	3
2.2 Saúde Oral em Portugal contextualização.....	6
2.3 Impacto dos Problemas orais na qualidade de vida.....	9
2.4 Fatores de risco e saúde oral	12
2.5 Prevenção e promoção da Saúde Oral.....	14
III. CONCLUSÃO:.....	14
IV. BIBLIOGRAFIA.....	Erro! Marcador não definido.

Índice de Tabelas

Tabela 1: Instrumentos de medição de saúde oral e qualidade de vida apresentados na conferência de 1997 e publicados por Gary Slade em 1997	5
---	---

Lista de Abreviaturas:

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

CPOD- Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

CS/USI- Centro de Saúde / Unidade de Saúde de Ilha

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção geral da Saúde

EPE- Empresas Públicas Empresariais

ERS- Entidade reguladora da Saúde

EU- União Europeia

EUA- Estados Unidos da América

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMD- Ordem dos Médicos Dentistas

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNPSO- Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PRSO- Programa Regional de Saúde Oral

QdVRSO- Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

QV- Qualidade de Vida

QVRS- Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RAA- Região Autónoma dos Açores

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SRS- Serviço Regional de Saúde

VET- Valor energético total

I. INTRODUÇÃO

A Saúde Oral é essencial para a saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida. Uma boca saudável é a condição fundamental para que as pessoas possam comer, falar e socializar sem dor, desconforto ou embaraço (Sheiham, 2005, Slade, 2012). Observar a boca de uma forma separada do resto do corpo é uma abordagem simplista que tem de cessar, a saúde oral afeta a saúde geral, causando dor e sofrimento alterando a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos (Sheiham, 2005). A ocorrência e a prevalência das doenças orais na vida das pessoas pode ser considerado uma “epidemia silenciosa (DGS, 2011).

As características da condição de saúde oral tais como o sofrimento e as limitações funcionais são cada vez mais importantes relacionadas com o bem-estar diário comparativamente á doença cárie e outras sequelas (Alves,2009). A saúde oral interfere na saúde em geral ao limitar e interferir nas atividades diárias, com destaque para os impactos das suas alterações nos domínios funcionais, psicológicos e sociais (Sischo, 2011). Pode afetar negativamente a alimentação, a comunicação, a interação social, o desempenho intelectual e o descanso. Ao avaliar as experiências relacionadas com o impacto das condições de saúde oral -Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO) - é possível recolher informações valiosas de forma a otimizá-la (Afonso, 2015).

Devido as mudanças demográficas, incluindo crescimento populacional e envelhecimento, o peso das condições orais aumentou dramaticamente entre 1990 e 2015. O número de pessoas com condições orais não tratadas subiu de 2,5 bilhões em 1990 para 3,5 bilhões em 2015 (Kassebaum *et al.*, 2017). As doenças orais uma vez que afetam grande parte da população e influenciam os seus níveis de saúde, de bem-estar, de qualidade de vida é importante que sejam aplicadas mais medidas de forma a reduzir as doenças orais e minimizar o seu impacto na população(Bernabé, 2014).

Para Patel (2012), o impacto das doenças orais não afeta apenas a qualidade de vida e a saúde geral, de forma individual, provocando dor, desconforto e agravamento de outras patologias, como também, toda uma sociedade e sistemas de saúde devido aos custos económicos inerentes.

Segundo dados da OCDE e do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde o aumento da esperança de vida em Portugal superou a média da UE, em 2015, a esperança de vida chegou aos 81,3 anos, contra 76,8 anos em 2000. Contudo menos de metade dos portugueses considera-se de boa saúde (OCDE, 2017). Portugal em relação aos restantes países

da Europa tem uma das mais reduzidas taxas de tratamento dentário parte explicativa serão pelas políticas de financiamento do ministério da saúde para a saúde oral como também pelo fato dos tratamentos de saúde oral serem assegurados por serviços privados e o custo ser suportado pelo doente (Silva, 2007). No barómetro da saúde realizado pela OMD (2017) podemos observar que 42% de portugueses não visitam o médico dentista há mais de um ano, e que cerca de 27% de portugueses nunca visitam o médico dentista ou que só o fazem em caso de urgência. Estes dados do estudo podem ser indicativos de os portugueses não valorizarem as necessidades de saúde oral.

As doenças orais são as mais comuns das doenças crónicas e representam um problema de saúde pública devido a sua prevalência, seu impacto nos indivíduos e na sociedade e o custo de seu tratamento (Sheiham,2005; Kassebaum *et al.*, 2017).

Atendendo que a QdVRSO é uma área sensível e significativamente relevante para a saúde, face ao impacto gerado não só a nível individual, mas também a nível social esta revisão tem como objetivos:

- 1º) Recolher evidência científica sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida da população;
- 2º) Investigar características da saúde oral dos portugueses e de que forma podem afetar o seu bem-estar;
- 3º) Analisar os fatores de risco associados às doenças orais e por fim quais as medidas preventivas e estratégias de promoção de forma a serem implementadas de forma a melhorar a saúde oral dos portugueses.

É de realçar importância de serem desenvolvidos mais estudos de acordo com a realidade portuguesa visto muito poucos terem sido efetuados e de serem implementadas estratégias nos cuidados de saúde oral e implementação e promoção, bem como a gestão de recursos.

Os resultados da presente revisão podem ser úteis para o planeamento de futuros trabalhos para a melhoria e maior desenvolvimento de políticas públicas na área, bem como a melhoria ações para a promoção da saúde e consciencialização da importância da saúde oral na qualidade de vida da população.

1.1 Metodologia:

Para a realização desta revisão bibliográfica narrativa foram pesquisados artigos científicos recorrendo aos motores de busca: PubMed, a B-ON, SciELO e Wiley. Indexados nos últimos 15 anos. Os descritores utilizados na pesquisa foram: “oral health”, “quality of life” e o seguinte

termo de pesquisa “oral health related on quality of life”, “Portugal”. Com base nesta pesquisa, ocorreu uma seleção, ordenamento e a análise bibliográfica. Os critérios de inclusão utilizados foram: a explícita menção das palavras qualidade de vida e saúde oral, publicação nos idiomas português, inglês ou espanhol, possibilidade de acesso aos artigos nas bases de dados pesquisadas e texto integral. Como critérios de exclusão elegeram-se não utilizar instrumento de avaliação devidamente validado, estudos com indivíduos que apresentam doenças sistêmicas que alterem a condição oral, publicações em outros idiomas que não os estabelecidos e publicação fora do período definido como de interesse.

II. DESENVOLVIMENTO

2.1 Qualidade de vida e saúde oral

David Locker (1988) observou que as medidas clínico-epidemiológicas convencionais da doença oral não conseguiam abranger as experiências de doença e o sofrimento dos indivíduos. No seu trabalho avaliou explicitamente as experiências pessoais de saúde e doença, adaptando a classificação de incapacidade e deficiência da Organização Mundial da Saúde (Slade,2012). Essa classificação foi, por sua vez, motivada pela definição de saúde consagrada na Carta da OMS, ou seja, "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". (OMS,1948 *cit in* Sischo, 2011). Atividades cotidianas como comer, conversar, sorrir e contribuições criativas para a sociedade são determinantes do bem-estar de um indivíduo, portanto, agora entende-se que a saúde oral é essencial para a saúde geral e o bem-estar.(Baiju *et al.*, 2017)

A QdVRSO foca-se na forma como a saúde oral afeta a qualidade de vida dos indivíduos, levando em consideração a sua auto-percepção da saúde oral, pois apesar do seu recente surgimento, esta tem implicações importantes para a prática clínica e investigação (Sischo,2011; Gil-Montoya, 2015). Quando Cohen e Jago (1976) defenderam o desenvolvimento de indicadores sócio dentários, vários esforços foram realizados para o desenvolvimento de instrumentos para medir a QdVRSO (Sischo, 2011). Surgindo assim a oportunidade de considerar de que forma a saúde oral pode afetar aspetos da vida social, incluindo autoestima, interação social, desempenho escolar e profissional.(Sischo, 2011b) em contraste a noção geral de QVRS começou surgir no final da década dos de 1960. O atraso no seu desenvolvimento pode ser explicado pela má percepção do impacto das doenças orais na

QV, havendo registos que há cerca de 40 anos atrás a ideia de que as doenças orais poderiam estar relacionadas à saúde geral foi negada por alguns pesquisadores(Bennadi, 2013).

Anteriormente a 1988, os investigadores nos domínios da saúde oral baseavam-se em dados dos sistemas de saúde e os seus impactos na população, em detrimento de centrarem o foco nos indivíduos. A capacidade dos clínicos e dos investigadores na avaliação do nível de desconforto, deficiência ou disfuncionalidade das doenças que afetavam a cavidade oral era mínima. No entanto, considerava-se que a condição oral tinha fortes implicações em muitas áreas da vida, mais concretamente na perspetiva pessoal e familiar, no trabalho, nas interações sociais e que em determinada medida, cada uma delas poderiam afetar a qualidade de vida. Compreendia-se que essas consequências não estavam avaliadas muito devido à escassez de estudos realizados nesta área (Slade, 2012).

David Locker (1988) desenvolveu um modelo conceptual para explicar os caminhos pelos quais as doenças e as condições orais afetam a qualidade de vida, e definiu sete dimensões conceituais de impacto: limitação funcional (por exemplo, dificuldade em mastigar), dor física (por exemplo, sensibilidade dos dentes), desconforto psicológico, incapacidade física (por exemplo, mudanças na dieta), incapacidade psicológica (por exemplo, redução da capacidade de concentração), incapacidade social (por exemplo, evitar interação social) e desvantagem (por exemplo, ser incapaz de trabalhar de forma produtiva). (Slade, 1997; Baiju,2017)

Na avaliação da cavidade oral, é importante ter em consideração as interferências no funcionamento físico, psicológico e social, na medida em que os indicadores clínicos e epidemiológicos tradicionais não oferecem uma visão sobre as habilidades do indivíduo no desempenho dos papéis e atividades quotidianas (Sheiham, 2005). A realização de questionários com vários itens é o método mais utilizado para avaliar a QdVRSO. Vários pesquisadores desenvolveram instrumentos de QV específicos para a saúde oral e o número continua a crescer rapidamente para responder ao pedido de medidas mais específicas (Bennadi, 2013), dez dessas medidas foram descritas numa publicação de Gary Slade (1997) relatando os procedimentos de uma importante conferência sobre a medição da saúde oral e a qualidade de vida. (Slade, 1997)(Locker, 2007) na tabela 1 estão identificados esses instrumentos utilizados para avaliar a QdVRSO.

Tabela 1: Instrumentos de medição de saúde oral e qualidade de vida apresentados na conferência de 1997 e publicados por Gary Slade em 1997

Instrumento	Autores	Dimensões medidas	Número de itens	Formato da resposta
<i>“Social Impacts of Dental Diseases”</i>	Cushingetal, 1986	Dificuldade na alimentação, comunicação, dor e incómodo e insatisfação com a estética.	14	Sim/Não
<i>“The Geriatric Oral Health Assessment In Index” (GOHAI)</i>	Atchison e Dolan, 1990	Dificuldade na alimentação, relacionamentos pessoais, preocupação ou insatisfação com a aparência, dor e desconforto.	12	escalas de Likert (ou seja, 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente, 4 = muito frequentemente, 5 = sempre)
<i>“Dental Impact Profile”</i>	Strauss e Hunt, 1993	Dificuldade na alimentação, aparência para os outros e para si mesmo, sensação de bem-estar, humor, vida social e relações sociais	25	3 categorias: “bom efeito, mau efeito e sem efeito.
<i>“Oral Health Impact Profile (OHIP)”</i>	Slade e Spencer, 1994	Funcionalidade, dor, incapacidade física, incapacidade social, deficiência	49	escalas de Likert: "Muito frequentemente", "Bastante frequente", "Ocasionalmente", "Quase nunca" e "nunca".
<i>“Subjective Oral Health Status Indicator”</i>	Lockere Miller, 1994	Dificuldade na alimentação, comunicação, sintomatologia e relações sociais	42	Várias dependendo da forma da questão
Oral Health Related Quality of Life Measure”	Kressin NR 1997	afeção das atividades diárias, afeção das atividades sociais, evitar conversas com pessoas, dificuldade na alimentação e dor dentária	7	Várias dependendo da forma da questão
<i>“Dental Impact on daily living”</i>	Leaoe Sheiham, 1996	Incómodo, aparência, dor, atividades diárias,	36	Várias dependendo da forma da questão

		dificuldade na alimentação		
“Oral HealthQualityofLifeInventory”	John, et al 1997	satisfação com a saúde oral, estado funcional, importância que atribui á saúde oral e ao estado funcional	15	Várias dependendo da forma da questão
“Oral impacts on daily performance”	Adulyanon, e Sheiham, 1997	Performance da mastigação, comunicação, higiene oral, sono e controlo emocional	9	Várias dependendo da forma da questão
“Rand Dental Questions”	Dolan,1997	Quantidade de dor, preocupação com a dor, preocupação com Interações atribuídas a problemas orais.	3	Várias dependendo da forma da questão

Após esta conferência várias medidas adicionais foram desenvolvidas. Um dos indicadores mais internacionalmente utilizados é o Perfil de Impacto da Saúde Oral (*Oral Health Impact Profile – OHIP*) tendo em conta as boas qualidades psicométricas e por permitir medir a auto percepção das consequências inerentes às condições orais. (Slade, 1997). O OHIP original contém 49 questões agrupadas em sete dimensões baseadas no modelo de saúde oral de Locker, (Slade, 1997). O OHIP-14 foi desenvolvido como uma versão mais curta do OHIP-49 em 1997 sendo este instrumento um dos indicadores de QdVRSO mais utilizados internacionalmente e está disponível em várias línguas (Montero *et al.*, 2011, Afonso, 2017).

2.2 Saúde Oral em Portugal contextualização

Em Portugal a partir de 1974 passou-se a ter um Sistema Nacional de Saúde. Com o artº 64º da Constituição de 1976 que consagrava o direito à proteção da saúde através da “criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” e estabelecia ao Estado a obrigação de “orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos”. A Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979 representou o primeiro modelo político de regulamentação do artº 64º da Constituição e defendia um conjunto coerente de princípios, de que se destacam a direção unificada do SNS, a gestão descentralizada e participada e ainda a

gratuidade e o carácter supletivo do sector privado, estabelecendo assim a base sobre a qual se construiria a sua gestão estratégica (Baganha, 2002).

No início da década de 80 do século passado, o SNS confrontou-se com a escassez e limitação dos recursos na área da saúde oral, tal como em outras áreas saúde. Os cuidados de saúde oral mantiveram uma natureza sobretudo privada, quer na sua prestação, quer no seu financiamento e conseqüentemente no seu acesso (Barros,2016). Apesar desta lacuna desde 1986, programas de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, dirigidos especialmente às crianças e aos jovens. (DGS, 2008)

Atualmente está em vigor o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), da responsabilidade do Ministério da Saúde do Governo Português, através do designado “cheque dentista” que dá acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Os “cheques-dentista” destinam-se aos respetivos utentes beneficiários, nomeadamente: grávidas seguidas no SNS, utentes do SNS com mais de 60 anos e beneficiários do complemento solidário para idosos, utentes com VIH/Sida e crianças e jovens com idade até aos 18 anos (inclusive). Este apoio pode ser usado em qualquer parte do país, num dos consultórios ou clínicas dos médicos dentistas/estomatologistas aderentes ao programa. Contudo, embora se identifiquem algumas falhas no programa, nomeadamente o seu carácter não universal, a ERS conclui que a criação do PNPSO significou um incremento da cobertura dos cuidados de saúde publicamente financiados, contribuindo para o atributo da abrangência do SNS e sendo considerado um importante fator de melhoria do estado de saúde oral da população (ERS, 2014). Em julho de 2011 o Plano Nacional de Leitura, a Rede de Bibliotecas Escolares e a Direcção-Geral de Saúde celebraram um protocolo que visa desenvolver ações de promoção da leitura, da felicidade e da saúde, centradas no projeto SOBE que reúne as duas valências: saúde oral e bibliotecas escolares.

Até 2016 existia apenas a realidade de acesso a serviços de saúde oral convencionados pelo sector público ao sector privado, em julho de 2016 através do Despacho n.º 8591 -B/2016, publicado no Diário da República, começou a serem implementados os designados 13 “projeto-piloto” em unidades de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) das ARS do Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo. (em setembro sai uma norma da DGS quem regulamenta a atividade nos CSP.

Em março de 2018 os gabinetes de saúde oral encontravam-se em pleno funcionamento em mais de 50 centros de saúde e o objetivo do Ministério da Saúde passa por haver pelo menos

Importância da qualidade de vida na saúde oral adaptada às características de saúde oral da população portuguesa

um gabinete de saúde oral por agrupamento de centros de saúde para que os portugueses tenham acesso a consultas com médico dentista no SNS (Ministério da Saúde, 2018).

Na região autónoma dos Açores está em vigor desde 2002, o Programa Regional de Saúde Oral (PRSO) que tem como população alvo os açorianos e todas as pessoas que escolhem os Açores para viver. Os objetivos deste programa passam por: Conhecer o estado de saúde oral na RAA; Prevenir as doenças orais e promover a saúde oral; Diagnosticar precocemente as doenças orais; Diminuir os índices das doenças da boca na população em geral; Aumentar a percentagem de crianças livres de cárie dentária; Dotar todos os Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha (CS/USI) do Serviço Regional de Saúde (SRS) de Médicos Dentistas,; Avaliar a integração de Médicos Dentistas nos Hospitais, EPE do SRS; Determinar os índices de produtividade na área da saúde oral; Registrar e divulgar todas as atividades relacionadas com a saúde oral; Envolver novos parceiros técnicos, sociais e a comunicação social; Rever e atualizar a tabela de reembolsos aos utentes do SRS.(PRSO, 2009). A Portaria nº 93/2005, de 29 de dezembro, aprovou o Boletim Individual de Saúde Oral para os utentes do SRS, o qual constituiu-se, como um documento de registo e consulta de forma a colmatar a falta de informação da história clínica oral de cada indivíduo.

Em relação á região autónoma da Madeira está em vigor o projeto “Madeira a sorrir” implementado em 2016 que engloba essencialmente a população escolar, das creches/infantários e escolas de 1º ciclo. O principal objetivo deste projeto consiste em melhorar a higiene oral das crianças, sendo os objetivos específicos do projeto: Reduzir a prevalência de patologias orais, como a cárie dentária; Incutir hábitos de higiene oral reduzindo a quantidade de placa bacteriana presente na cavidade oral e reduzir a prevalência de obesidade infantil e doenças associadas através de uma alimentação saudável (diabetes e colesterol) (Serviço de Saúde da RAM, 2016).Em junho de 2018 o governo regional da Madeira apresentou a primeira fase do ‘Programa +65 anos: saúde oral ao longo da vida’, uma medida que está integrada na estratégia regional para a área da saúde oral e que pretende sensibilizar a população idosa para a importância da higiene oral. A população idosa, nomeadamente idosos dos centros de dia e lares passam assim usufruir de sessões de promoção da saúde oral. (Serviço de Saúde da RAM, 2018)

2.3 Impacto dos Problemas orais na qualidade de vida

As doenças orais são as doenças crónicas, mas comuns e representam importantes problemas de saúde pública devido a sua prevalência ao impacto gerado sobre os indivíduos e sociedade bem como as despesas do seu tratamento. (Sheiham, 2005)

No barómetro da OMD de 2017 é visível que os portugueses visitam mais o médico dentista em relação a estudos anteriores, mas mesmo assim 42% dos inquiridos não marcam consulta há mais de um ano e 27% nunca vão ao dentista ou só vão quando se trata de uma urgência. Podemos assim realçar que o comportamento de procura por cuidados dentários é frequentemente motivado por sintomas (Gaewkhiew, 2017).

A perceção dos indivíduos sobre o seu estado da sua saúde oral e os impactos relacionados com a dor dentária no seu dia-a-dia são importantes para o planeamento e serviços destinados a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. (Cavalheiro, 2016; Gaewkhiew, 2017). Em relação a Portugal no último barómetro de saúde oral quando se apurou as razões da última visita ao médico dentista 20.6 % referiu a dor de dentes como motivo, que comparando com os dados das edições anteriores, este valor aumentou 3% (OMD, 2017). Apesar de não existirem estudos em Portugal sobre o impacto da dor dentária na qualidade de vida podemos verificar que o estudo transversal de base populacional com 720 indivíduos de 50 a 74 anos do sul do Brasil onde foi averiguada a relação entre a dor dentária motivo da utilização de serviços dentários e a qualidade de vida em saúde oral, em que o instrumento utilizado foi o OIDP, nos resultados foi visível que a dor dentária esteve presente em 32,5% dos que relataram impactos orais nas suas atividades diárias. A dor dentária afetou mais a fala (37,6%), limpeza de dentes e gengivas (37. 0%) e o desfrutar da companhia de pessoas (36,5%). Após ajustes através de análise multivariada, o motivo das consultas dentárias devido à dor dentária aumentou a prevalência de indivíduos que relataram alto impacto nas suas atividade diárias em 68% (IC95% 1,11 - 2,54, $p = 0,014$), em relação àqueles que procuraram cuidados rotineiros, de manutenção ou preventivos(Cavalheiro, 2016).

As cáries dentárias e a doença periodontal são processos progressivos e levam à perda dentária se não forem tratados adequada e oportunamente. A perda dentária poderá causar prejuízo funcional, por exemplo, no que diz respeito às dimensões relacionadas com a mastigação e a estética, o que pode afetar significativamente a QV dependendo da localização da perda dentária, (Gerritsen *et al.*, 2010)

Segundo o barómetro da OMD (2017) apenas 32% dos portugueses têm dentição completa, o que significa que 68% dos portugueses têm falta de dentes naturais. Quase 30% dos portugueses têm falta de mais do que 6 dentes naturais, excetuando os dentes do siso, situação a partir da qual é considerado que a falta de dentes afeta, significativamente, a qualidade de mastigação (OMD, 2017).

Estes dados são preocupantes visto que a ausência parcial ou total de dentes traz graves consequências a nível da saúde física e emocional. A capacidade de mastigação torna-se reduzida o que consequentemente afeta as escolhas alimentares, contribuindo para défices nutricionais e, consequentemente, para um risco aumentado de aparecimento de outras doenças. (DGS, 2005, Silva, 2007).

Gerritsen, (2010) concluiu que todos os estudos analisados mostraram que a perda dentária está associada a valores desfavoráveis (ou representativos de impactos negativos) da QdVRSO, independente da localização do estudo e do instrumento de QdVRSO utilizado. Por outro lado, o estudo de Carvalho (2016) realizado em idosos do ACES de Lisboa-Norte utilizando o *GOHAI* concluiu que os indivíduos possuem uma auto-perceção de saúde oral moderada, com tendência para alta.

Segundo David Locker *cit in* Afonso, S. (2015) o envelhecimento torna as pessoas mais propensas a considerar os problemas orais, mesmo os mais graves, como insignificantes por aceitarem que a sua saúde está a deteriorar-se, assim, os problemas orais acabam por ter um papel secundário quando comparados com os problemas de saúde geral. As expectativas individuais e experiências podem ter um grande impacto na satisfação ou insatisfação com sua saúde oral, na medida em que algumas pessoas que têm, ou consideram ter, uma saúde oral pobre, podem manifestar estar satisfeitas com a mesma.

Tsakos *et al.* (2011) procuraram estudar a possível associação entre o nível socioeconómico e os resultados de saúde oral em idosos ingleses, tendo concluído que existe uma associação inversamente proporcional entre o nível socioeconómico e o estado de saúde oral em que os indivíduos edêntulos demonstraram pior nível socioeconómico. O baixo nível socioeconómico está igualmente relacionado aos idosos que menos recorrem a cuidados de saúde oral. Quanto ao impacto dentário, o mesmo afetou mais os idosos que têm dentes naturais comparativamente aos edêntulos. No que diz respeito a Portugal as desigualdades existentes na distribuição do rendimento condicionam a utilização de cuidados especializados (como é o caso das consultas de medicina dentária), o que se deve provavelmente à possibilidade que os indivíduos de maior

rendimento têm de ultrapassar algumas das barreiras existentes e utilizar os cuidados privados. (Furtado, 2010). Situação essa que poderá mudar com a recente introdução de médico dentistas nos gabinetes de saúde oral por agrupamento de centros de saúde.

Outra das situações que pode advir dos problemas orais é o absentismo, quer a nível profissional, como escolar. Alguns estudos demonstram que a dor na cavidade oral, a dificuldade em comer, mastigar, sorrir e comunicar e ainda alterações no sono e no descanso devido a problemas orais são as principais causas de absentismo laboral (Sheiham, A., 2005). Por vezes, certas infeções orais obrigam o indivíduo a recorrer à dispensa temporária do trabalho por motivo de doença, ou então resultam em dias de trabalho com baixa produção. A dor provocada por uma agudização de uma infeção dentária crónica, ou por uma infeção aguda, mesmo com medicação adequada, pode limitar significativamente as capacidades do indivíduo, ao ponto de o incapacitar para o trabalho. (DGS, 2008).

A dor de dentes é uma das causas de absentismo escolar nos EUA, onde a prevalência da cárie dentária é bastante baixa, mesmo assim, cerca de 117 000 horas de aulas foram perdidas devido a problemas orais (Sheinam,A., 2005).

Também no estudo Seirawan (2012)cerca de 11% dos estudantes que não tiveram acesso a atendimento dentário faltaram à escola, em comparação com 4% dos que teriam tido acesso. Através de um estudo que relacionava a dor oro facial e o seu impacto no desempenho laboral, numa amostra de 480 funcionários da indústria metalúrgica, verificou que a prevalência de dor oro facial foi de 66,1%, sendo que o absentismo registado dos funcionários foi de 9,3%. Também no estudo realizado numa empresa agropecuária da Região Sudeste do Estado de Minas Gerais que avaliou o absenteísmo por causas dentárias concluiu que 33% dos indivíduos apresentaram absenteísmo ao trabalho, sendo que as principais causas foram: consulta para tratamento, doença gengival e confecção de prótese. (Coelho,2010)

A OMS prevê, para 2020, uma redução dos episódios de dor, do número de dias de absentismo escolar, de perturbação nas atividades do dia-a-dia e uma redução do impacto causado pelos problemas orais na funcionalidade (DGS, 2011). Para tal a OMS define a necessidade de um reforço das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, sistemas de saúde que sejam eficazes para a prevenção e controle de doenças orais e craniofaciais um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados, bem como promover a responsabilidade social e práticas éticas de cuidadores. (Hobdell *et al.*, 2003)

2.4 Fatores de risco e saúde oral

O peso das doenças orais e fatores de risco estão relacionados com estilos de vida e com a implementação de medidas preventivas, pelo que a importância da vida social, comportamental e os fatores ambientais na patologia oral e a saúde têm sido demonstrados em diversos estudos epidemiológicos (Petersen, 2010). Os principais fatores de risco são sobretudo relacionados com a alimentação (rica em açúcares e gorduras), higiene oral e consumo excessivo de tabaco e álcool estes são apontados como as principais causas de deterioração da saúde geral o que leva a alterações ao nível da cavidade oral (Petersen, , 2005).

No 3º Estudo Nacional realizado em 2014, 17% dos adultos em Portugal fumavam diariamente, valor inferior à média da UE, contra 18,6% em 2008. Globalmente, o consumo de álcool por adulto também diminuiu e o consumo excessivo esporádico corresponde a metade da média da UE. No entanto, as taxas de obesidade nos adultos têm vindo a aumentar, situando-se nos 16 %, ligeiramente acima da média da UE, enquanto as taxas de obesidade infantil registaram também um aumento significativo.(OECD, 2017).

Os indicadores disponíveis através do IAN-AF (Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física) 2015-2016, revelam que:

- 1 em cada 2 portugueses não consome a quantidade de fruta e hortícolas recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que corresponde a mais de 400 g/dia (equivalente a 5 ou mais porções diárias). De notar que a nível regional, encontram-se disparidades na prevalência de inadequação de consumo de fruta e produtos hortícolas, onde a Região Autónoma (RA) da Madeira e dos Açores destacam-se pelas prevalências mais elevadas de inadequação, ultrapassando os 60%. Aproximadamente 1,5 milhões de portugueses (17% da população) consomem pelo menos um refrigerante ou néctares por dia, dos quais 12% são refrigerantes; sendo essa prevalência em relação ao consumo de néctares superior nos adolescentes. Dentro dos que consomem, 25% bebe aproximadamente o equivalente a dois refrigerantes por dia.
- Cerca de 9,8 milhões de portugueses (mais de 95% da população) consome açúcares simples acima do limite recomendado pela OMS (10% do aporte energético), sendo o consumo médio açúcares simples de 90 g/dia (contribuindo, em média, com 19,8% para o VET. O consumo é superior nas crianças (27,1%) e adolescentes (19,8%).

- Na população com 15 ou mais anos, 5,4% das mulheres e 24,3% dos homens consomem álcool em níveis considerados excessivos (>30 g/dia nas mulheres e >60 g/dia nos homens).

No estudo de Montero (2018) com uma amostra de 782 adolescentes entre 11-17 anos, de escolas públicas selecionadas aleatoriamente do 3º ciclo do ensino do centro de Viseu e em que todos os participantes foram questionados sobre a autoavaliação da estado da saúde geral, sobre os hábitos de escovar os dentes e sobre o uso de pasta dentária com flúor, frequência alimentar, e avaliação do índice de CPOD; para avaliação da QdVRSO foi aplicado o questionário OHIP-49. Concluíram que o consumo mais de uma vez por semana de chá com açúcar, leite com açúcar e biscoitos estão relacionados com o índice mais elevado de CPOD. Já níveis mais baixos em QdVRSO, foram descritos por estudantes que consumiram com frequência fast food, flocos de chocolate e que escovavam os dentes uma ou menos vezes por dia comparativamente aos que reportavam realizar 2 ou 3 vezes por dia (Montero *et al.*, 2018).

Uma alimentação saudável tem um impacto positivo na saúde em geral e na saúde oral em particular, existindo uma conexão clara entre o tipo de alimentos e a frequência da sua ingestão com o desenvolvimento de cárie dentária, defeitos do esmalte, erosão dentária e de doenças periodontais, especialmente se não forem tomadas medidas preventivas adequadas (DGS, 2011).

Existe uma relação entre o consumo de álcool e as doenças orais. O seu consumo em quantidades elevadas leva a uma deterioração da saúde oral, levando a caries dentárias significativas, gengivites, alterações dos tecidos moles, erosão dos dentes e ainda o aumento do risco de doença periodontal (Patel,2012).

Estudos como o de Kotzer (2012) verificou-se uma associação significativa ($p=0,003$) entre hábitos tabágicos e QdVRSO, em que fumadores ocasionais/não fumadores apresentam valores de OHIP-14 mais baixos do que os fumadores diários.

As doenças orais são as mais comuns das doenças crónicas e são importantes problemas de saúde pública devido a sua prevalência e ao seu impacto nos indivíduos e na sociedade, bem como ao custo do seu tratamento. Os determinantes das doenças orais são conhecidos e os fatores de risco são comuns a várias doenças crónicas sendo importante implementação de métodos eficazes de saúde pública disponíveis para prevenir doenças (Sheiham,A. 2005).

2.5 Prevenção e promoção da Saúde Oral

A promoção e a prevenção da saúde oral podem levar a uma redução da prevalência de cáries bem como de outras patologias orais, as boas práticas de higiene oral, como a escovagem dos dentes pela manhã e ao deitar, bem como, os usos de pastas dentífricas com flúor previnem não só as cáries, mas também a doença periodontal e gengival (Patel, R.,2012).

As estratégias de saúde pública devem abordar os determinantes sociais subjacentes da saúde oral por meio da adoção de uma abordagem comum aos fatores de risco. A fim de alcançar melhorias prolongadas para a saúde, intervenções isoladas que se concentram apenas na modificação de comportamentos serão ineficazes, sendo necessária uma ação radical sobre as condições que determinam o comportamento prejudicial à saúde entre a população, em vez de uma abordagem voltada apenas para indivíduos que envolvam alto risco(Watt,2005).

Poul-Erik.Petersen (2008) preconizou que devem ser criados serviços de saúde oral, que abranjam desde a prevenção, diagnóstico e intervenção precoces até a provisão de tratamentos e reabilitação; e façam uma gestão dos problemas de saúde oral da população de acordo com as necessidades e recursos disponíveis.

A criação do PNPSO significou um incremento da cobertura dos cuidados de saúde publicamente financiados, contribuindo para o atributo da generalidade do SNS e sendo considerado um importante fator de melhoria do estado de saúde oral da população. Mas é necessária uma melhoria e maior desenvolvimento de políticas públicas na área, bem como a implementação de mais ações para a promoção da saúde (ERS.,2014).

III. CONCLUSÃO:

A saúde oral na qualidade de vida assume uma significativa importância, na medida em que afeta a saúde em geral ao interferir e limitar nas atividades diárias, destacando-se os impactos das suas alterações nos domínios funcionais, psicológicos e sociais.

Apesar de nos últimos anos ter corrido uma melhoria na saúde oral dos portugueses. Uma elevada percentagem só recorre ao médico dentista quando a sua saúde oral já se encontra comprometida. Assim como uma elevada percentagem da população não apresenta dentição completa o que compromete a mastigação e conseqüentemente a qualidade de vida. É importante que mais ênfase seja dado às implicações que os problemas orais provocam no bem-estar geral dos indivíduos, para tal deveriam ser realizados mais estudos em Portugal.

O impacto dos problemas orais na população traduz-se não só em avaliação da dor e sofrimento, mas também em termos de qualidade de vida e produtividade. Como vimos em estudos

Importância da qualidade de vida na saúde oral adaptada às características de saúde oral da população portuguesa

realizados no Brasil e nos EUA estes problemas levaram á perda de horas de trabalho assim como de horas escolares, seria interessante verificar qual o impacto na população Portuguesa.

Os principais fatores de risco associados a alterações da cavidade oral e que levam a uma deterioração da saúde geral são sobretudo relacionados com a alimentação (rica em açúcares e gorduras), higiene oral e consumo excessivo de tabaco e álcool. É preciso que em Portugal ocorram medidas de educação alimentar específicas de forma a diminuir o consumo diário de açúcar assim como o consumo de néctares e refrigerantes e aumentar o consumo de fruta.

Necessária uma expansão da capacidade dos CSP na área da saúde oral, através de uma maior cobertura no SNS. O PNPSO veio trazer melhorias na saúde oral dos portugueses, mas apenas uma pequena parte da população pode beneficiar do cheque dentista, já com a recente implementação dos designados “projeto-piloto” CSP é espectável que mais população tenha acesso a cuidados de saúde oral sobretudo as que apresentam uma condição económica desfavorável. Está também em vigor o projeto SOBE mas este apenas é destinado ás escolas havendo uma falta de ações e de medidas de educação e promoção de saúde oral na população adulta. Na região autónoma da Madeira está em vigor o “Madeira a sorrir” e o programa “+65 anos: saúde oral ao longo da vida, mas também estes não são abrangentes a toda a população. Nos Açores não há necessidade do cheque dentista visto desde 2002 estar em funcionamento o PRSO que tem como população alvo os açorianos e todas as pessoas que escolhem os Açores para viver já contando com os Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha com médicos dentistas.

Como obstáculos encontrados nesta revisão da literatura sobretudo foram a falta de estudos adaptados á população portuguesa. De forma a melhorar os resultados desta revisão sugere-se alargar a pesquisa a outras bases eletrónicas no sentido de adaptar os estudos às características sociodemográficas, clínicas e comportamentais dos participantes, e ainda quanto aos instrumentos disponíveis para avaliar a QdVRSO.

Com esta revisão podemos verificar que há necessidade de no futuro os estudos incluírem a valência da QdVRSO de forma a analisar o impacto de diferentes condições orais na qualidade de vida dos portugueses

Também será necessário que se dê mais ênfase à promoção/prevenção de saúde oral, formulando políticas e projetos que vão de encontro à sua melhoria bem como, minimizar os fatores de riscos associados.

Assembleia da República. (1990). Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde. Lisboa: Assembleia da República. 86

Assembleia da República. (2005). Constituição da República Portuguesa - VII Revisão Constitucional. Lisboa: Assembleia da República.

Afonso, A.C, Silva, I. (2015). Qualidade de vida relacionada com saúde oral avaliada em adultos: revisão integrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), pp: 230-253.

Lourenço, A, Barros, P.P. (2016). ‘Cuidados de Saúde Oral’. [Em linha]. Disponível em: <https://www.ond.pt/docs/2016/cuidadossaudeoral.pdf> [Consultado em 20 Abril 2018].

Alves, D.S.A, Gonçalves, A. (2009). Impacto da saúde oral na qualidade de vida dos jovens entre os 11 e os 14 anos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6: 296-308.

Baganha, M, Ribeiro, J, Pires, S. (2002). ‘O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional’, Policopiado, oficina do CES, p.33. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>. [Consultado em 2 junho 2018

Baiju, RM. *et al.* (2017). ‘Oral Health and Quality of Life: Current Concepts.’, *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(6), pp. ZE21-ZE26.

Bernabé, E, Sheiham, A. (2014). ‘Extent of differences in dental caries in permanent teeth between childhood and adulthood in 26 countries’, *International Dental Journal*. 64(5), pp. 241–245.

Brennan, D.S, Spencer, A.J, Roberts-Thomson, KF. (2008). ‘Tooth loss, chewing ability and quality of life’, *Quality of Life Research*., 17(2), pp. 227–235.

Carvalho, C. *et al.* (2016). ‘Self-perception of oral health in older adults from an urban population in Lisbon, Portugal.’, *Revista de Saúde Pública*. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública., 50, p. 53.

Cavalheiro, C.H. *et al.* (2016). ‘Dental pain, use of dental services and oral health-related quality of life in southern Brazil’, *Brazilian Oral Research*. 30(1).

Coelho, M.P, Oliveira, M.A. (2010). ‘Absentéismo por causas odontológicas em uma empresa agropecuária da Região Sudeste do Estado de Minas Gerais’. *Revista Brasil Pesquisa Saúde*, 12(1), pp. 14–18.

DGS (2005). Saúde Oral das Pessoas Idosas. [Em linha]. Disponível em: https://www.saudeoral.min-saude.pt/siso/paginas_acessoGeral/entrada.html. [Consultado em 17 junho 2018].

DGS (2008). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, Direção-Geral da Saúde, 1(1), p. 116.

DGS (2011). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, Direção-Geral da Saúde, 1(1), p. 9. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>. [Consultado em 17 junho 2018].

DGS (2016). Norma nº 008/2016 de 01/09/2016 atualizada a 13/10/2016– Direção-Geral da Saúde – Projeto Saúde Oral - Experiência Piloto

DRS (2009). Programa Regional de Saúde Oral. [Em linha]. Disponível em: <http://www.azores.gov.pt/NR/donlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79061B97D27317/430449/PRSaudeOral.pdf> [Consultado em 17 junho 2018].

Entidade Reguladora da saúde (2014). Acesso, concorrência e qualidade no programa nacional de promoção de saúde oral. [Em linha]. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1051/Estudo_PNPSO__21_08_2014.pdf [Consultado em 2 junho 2018].

Gaewkhiew, P. *et al.* (2017). ‘Oral impacts on quality of life and problem-oriented attendance among South East London adults’, *Health and Quality of Life Outcomes*. *BioMed Central*, 15(1), p. 82.

Gerritsen, A.E. *et al.* (2010). ‘Tooth loss and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis’, *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), p. 126.

Gil-Montoya, J. *et al.* (2015). ‘Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review’, *Clinical Interventions in Aging.*, 10, p. 461.

Governo da Região Autónoma dos Açores. (2015) Portaria nº 9/2015 de 23 de janeiro 2015, Serviço Regional de Saúde (SRS), Açores.

Governo da República Portuguesa (2016). Despacho nº 8591-B/2016, publicado no Diário da República, 2ª Série, nº 125, de 1 de julho de 2016

Hobdell, M. *et al.* (2003). ‘Global goals for oral health 2020 Leader of FDI Joint Working Group’, *International Dental Journal*, 53, pp. 285–288.

Kassebaum, N.J. *et al.* (2017). ‘Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors’, *Journal of Dental Research*. doi: 10.1177/0022034517693566.

Kotzer, R. D. *et al.* (2012). ‘Oral health-related quality of life in an aging Canadian population.’, Health and quality of life outcomes. *BioMed Central*, 10, p. 50.

Locker D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*.,5, pp.3–18.

Locker, D., Allen, F. (2007). What do measures of “oral health-related quality of life” measure?, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. Wiley/Blackwell (10.1111), 35(6), pp. 401–411.

Lopes, C. *et al.* (2017). ‘Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física’, (U.Porto). [Em linha]. Disponível em:http://ciafel.fade.up.pt/modules/file_repository/data/Site/relatorio_resultados_ian_af.pdf. [Consultado em 2 julho 2018].

Montero, J. *et al.* (2011). ‘Oral health-related quality of life of a consecutive sample of Spanish dental patients’, *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 16(6), pp. 810–815.

Ministério da Saúde (2018). ‘Retrato da Saúde 2018’. [Em linha]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf [Consultado em 10 julho 2018].

Montero, J. *et al.* (2018). ‘Caries and quality of life in portuguese adolescents: Impact of diet and behavioural risk factors.’, *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 10(3), pp. e218–e223.

OMD (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar. [Em linha]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/omd.pdf> [Consultado em 22 Maio 2018].

OMD (2017). Barómetro Da Saúde Oral, Ordem dos Médicos Dentistas (Portugal). [Em linha]. Disponível em: <https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/barometro-saude-oral-2017.pdf> [Consultado em 14 junho 2018].

OECD (2017), 'Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU', p. 9. doi: 10.1787/9789264285385-pt.

Patel, R. (2012). 'The state of oral health in Europe.', Report commissioned by the platform for better oral health in Europe, September, pp. 1–20. doi: 10.1163/156853010X510807.

Petersen, P.E. *et al.* (2005). 'The global burden of oral diseases and risks to oral health', Bulletin of the World Health Organization. *Bulletin World Health Organization*, 83, pp. 661–669.

Petersen, P.E. (2008). 'World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007', *International Dental Journal*, 58, pp. 115–121.

Petersen P.E, *et al.* (2010) Global oral health of older people: call for public health action. *Community Dent Health* .27(4 Suppl 2) pp:257-67.

Reddy, V. *et al.* Oral health related knowledge, attitude, and practice among the pre-university students of Mysore city. *Journal International Society Preventive and Community Dentistry*. 2014;4(3):154–8.

Seirawan, H., Faust. S, Mulligan, R. (2012). 'The impact of oral health on the academic performance of disadvantaged children.', *American Journal of Public Health*. 102(9), pp. 1729–34.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (2016). [Em linha]. Disponível em: https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4721 [Consultado em 10 julho 2018].

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (2018). Programa de Saúde Oral alargado a maiores de 65 anos. [Em linha]. Disponível em: https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=5081:programa-de-saude-oral-alargado-a-maiores-de-65-anos&catid=167:noticias&Itemid=519 [Consultado em 3 maio 2018].

Sheiham, A. (2005). 'Oral health, general health and quality of life', Bulletin of the World Health Organization. *World Health Organization*, 83, pp. 644–644.

Silva, I, Silveira, A. (2007). 'Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral', *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, pp. 264–274.

Sischo, L, Broder, H. L. (2011). 'Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications', *Journal of Dental Research*, 90(11), pp. 1264–1270.

Slade G.D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, (25), pp: 284–290.

Slade, G.D. (2012). 'Oral health-related quality of life is important for patients, but what about populations?', *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 40 Suppl 2(2), pp. 39–43.

Tsakos, G. *et al.* (2011). 'Social Gradients in Oral Health in Older Adults: Findings From the English Longitudinal Survey of Aging', *American Journal of Public Health*, 101(10), pp. 1892–1899.

Watt, R.G. (2005). 'Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion', *Bulletin of the World Health Organization*, 83, pp. 711–718.

Importância da qualidade de vida na saúde oral adaptada às características de saúde oral da população portuguesa