



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO COM A SAÚDE ORAL,
NUMA POPULAÇÃO DE IDOSOS DO CENTRO DE SAÚDE DE
ODIVELAS**

Trabalho submetido por

Verónica Matias Cativo

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2013



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO COM A SAÚDE ORAL
NUMA POPULAÇÃO DE IDOSOS DO CENTRO DE SAÚDE DE
ODIVELAS**

Trabalho submetido por

Verónica Matias Cativo

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

Prof. Doutora Ana Cristina Manso

E co-orientado por:

Prof. Doutora Ana Escoval

Setembro de 2013

DEDICATÓRIA

À minha família, amigos e colegas que me ajudaram a concluir esta importante etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Doutora Cristina Manso pela brilhante orientação em todo o trabalho e incansável apoio, confiança e disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso.

À Dra. Catarina Carvalho pela ajuda prestada no tratamento estatístico dos dados.

À minha família, sobretudo aos meus pais, pelo apoio em todos os momentos e, principalmente, nesta fase da minha vida.

Aos utentes do Centro de Saúde de Odivelas pela disponibilidade e simpatia ao aceitarem participar neste estudo.

RESUMO

Objectivos: Identificar a percepção que os idosos têm sobre a sua saúde oral; caracterizar sociodemograficamente a população idosa frequentadora do Centro de Saúde de Odivelas e relacioná-la com o índice de GOHAI; identificar os principais factores sociodemográficos associados à variável autopercepção.

Materiais e Métodos: A amostra de conveniência foi constituída por 92 utentes do Centro de Saúde de Odivelas, com idade igual ou superior a 65 anos. Foi aplicado um questionário com perguntas acerca da saúde oral do idoso e as suas características sociodemográficas. Para medir a autopercepção foi utilizado o GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), traduzido e adaptado da versão Brasileira. A análise estatística foi feita recorrendo a medidas de frequência e de estatística descritiva. Foram utilizados os testes de Qui-Quadrado, Exacto de Fisher e Correlação de Coeficiente de Spearman, com um nível de significância $p \leq 0,05$.

Resultados: A média de idades da população estudada foi de 73,76 anos, sendo esta caracterizada por ser maioritariamente do sexo feminino, casada ou vivendo em união de facto, com nível de escolaridade até ao 4ºano, auferindo um a dois salários mínimos, reformada e totalmente independente. A média de GOHAI foi de 32,50, em que o domínio mais afectado foi o físico/funcional. Foi encontrada, apenas, associação significativa entre os três domínios de GOHAI, ou seja, a dificuldade na mastigação interfere na qualidade de vida, a nível social ($p=0,016$), a dor na cavidade oral interfere na qualidade de vida, a nível social ($p=0,000$) e a nível funcional ($p=0,000$).

Conclusão: A percepção dos idosos do Centro de Saúde de Odivelas sobre a sua saúde oral foi moderada.

Palavras-chave: Idosos, qualidade de vida, saúde oral, GOHAI

ABSTRACT

Objectives: To identify the perception that elder people have about their oral health; to characterize socio-demographically the elderly population who attends the Odivelas Health Center and relate it with the GOHAI index; to identify the main socio-demographic factors associated the self-perception variable.

Materials and Methods: The sample includes 92 users aged 65 years over, from Odivelas Health Center. A questionnaire with questions about the elderly oral health and its socio-demographic characteristics was applied. The GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), was used to measure the self-perception translated and adapted from the Brazilian version. Statistic analysis was done by using measures of frequency and descriptive statistics. The Chi-squared test, the Fisher Exact Test and the Spearman Correlation Coefficient, with a $p \leq 0,05$ significance level, were used.

Results: The mean age of the sample was 73,76 years old, being characterized by a majority of the female gender, married or cohabiting couple, education level up to 4th grade, earning one to two minimum wages, retired and totally independent. The GOHAI average was 32,50, and the physical/functional domain was the most affected. Only a significant association between the three GOHAI domains was found, in other words, difficulty in the chewing process interferes with quality of life, on social level ($p=0,016$), the pain in the oral cavity interferes in the quality of life, on social level ($p=0,000$) and at functional level ($p=0,000$).

Conclusion: The perception of the elderly from the Odivelas Health Center on their oral health was moderate.

Key-words: Elderly, quality of life, oral health, GOHAI

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	17
1.	Fundamentos Teóricos	18
1.1.	Envelhecimento da População	18
1.2.	Caracterização Demográfica do Concelho de Odivelas.....	20
1.3.	Interacção entre Saúde Geral e Saúde Oral.....	21
1.4.	Condições Oraís Usuais no Idoso	22
1.5.	Educação Para a Saúde e os Acessos aos Serviços de Saúde	23
1.6.	Autopercepção e Auto-Avaliação das Condições de Saúde Oral	26
1.7.	Indicadores Sócio-Dentários	28
1.7.1.	Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	30
II.	OBJECTIVOS E HIPÓTESES	32
III.	MATERIAIS E MÉTODOS	33
1.	Considerações Éticas	33
2.	Tipo de Estudo	33
3.	Local da Amostra.....	34
4.	Amostra.....	35
4.1.	Seleccção da Amostra.....	35
4.2.	Critérios de Inclusão	35
4.3.	Critérios de Exclusão	35
5.	Definição das Variáveis de Estudo	36
5.1.	Variáveis Dependentes.....	36
5.2.	Variáveis Independentes	36
6.	Questionário	37
6.1.	Modo de Aplicação	37
7.	Análise Estatística.....	39

IV.	RESULTADOS.....	40
1.	Análise Descritiva dos Indicadores Sócio-Demográficos do Centro de Saúde de Odivelas.....	40
2.	Análise Descritiva das Condições Subjectivas de Saúde Oral.....	44
3.	Análise Estatística do Índice GOHAI.....	51
4.	Correlação dos Indicadores Sócio-Demográficos com o Índice de GOHAI.....	54
5.	Correlação da Auto-Avaliação da Condição Oral com o Índice GOHAI.....	56
6.	Correlação entre os Indicadores Sócio-Demográficos e a Auto-Avaliação da Condição Oral.....	58
7.	Correlação entre os vários domínios do GOHAI.....	62
V.	DISCUSSÃO	63
VI.	CONCLUSÃO	73
VII.	FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO	75
VIII.	BIBLIOGRAFIA	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1- Distribuição de Frequências das diferentes pontuações obtidas com o Índice GOHAI.....	51
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva da idade da amostra.....	40
Tabela 2 - Distribuição de frequências do género da amostra.....	40
Tabela 3 - Distribuição de frequências da situação face ao emprego.....	41
Tabela 4 - Distribuição de frequências sobre o estado civil.....	41
Tabela 5 - Distribuição de frequências sobre o nível de escolaridade.....	42
Tabela 6 - Distribuição de frequências sobre o nível de rendimento familiar.....	42
Tabela 7 - Distribuição de frequências relativas à capacidade de autonomia.....	43
Tabela 8 - Distribuição de frequências sobre a existência de um profissional de Saúde Oral.....	43
Tabela 9 - Distribuição de frequências sobre a última visita ao dentista.....	44
Tabela 10 - Distribuição de frequências acerca da classificação dos dentes e gengivas.....	45
Tabela 11 - Distribuição de frequências da instrução sobre como realizar o exame próprio para prevenir o cancro da boca.....	45
Tabela 12 - Distribuição de frequências do profissional que lhe deu essa informação.....	46
Tabela 13 - Distribuição das frequências sobre a importância de receber essas informações.....	46
Tabela 14 - Distribuição de frequências sobre a utilização de prótese dentária.....	47
Tabela 15 - Distribuição de frequências acerca do grau de satisfação com a prótese.....	47
Tabela 16 - Distribuição de frequências acerca da questão "Como faz a higiene da sua prótese?".....	48
Tabela 17 - Distribuição de frequências sobre a questão "Com que frequência faz a higiene da sua prótese?".....	48
Tabela 18 - Distribuição de frequências acerca dos produtos utilizados na higiene da prótese.....	49
Tabela 19 - Distribuição de frequências sobre os motivos para não utilizar prótese no caso de ter ausência de dentes.....	50
Tabela 20 - Estatística Descritiva da Pontuação obtida através do Índice GOHAI.....	51
Tabela 21 - Distribuição de Frequências consoante o Nível de Percepção Baixa, Moderada ou Alta.....	52
Tabela 22 - Tabela de Frequências das respostas "Sempre", "Algumas vezes" e "Nunca" relativamente aos diferentes domínios do GOHAI.....	53
Tabela 23 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de percepção.....	55

Tabela 24 - Correlação entre "Nível de Percepção" e "Situação face ao emprego"	56
Tabela 25 - Correlação entre os indicadores sociodemográficos e a avaliação dos dentes e gengivas.	59
Tabela 26 - Correlação entre os indicadores sociodemográficos e a satisfação com a prótese	61
Tabela 27 - Correlação entre os domínios do GOHAI, aplicando o Teste de Spearman	62

LISTA DE ABREVIATURAS:

OMS – Organização Mundial de Saúde

DGS – Direcção Geral de Saúde

GOHAI – *Geriatric Oral Health Assessment Index*

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OHIP – *Oral Health Impact Profile*

OIDP – *Oral Impacts on Daily Performance*

APDH – Associação Portuguesa Para o Desenvolvimento Hospitalar

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

I. INTRODUÇÃO

Os estudos no âmbito das estratégias aplicadas a fim de melhorar o nível das desigualdades vivenciadas pelas populações, relativamente às práticas de saúde oral, permitem-nos obter a percepção das necessidades de tratamento, tentando criar estratégias na implementação de políticas de saúde e na captação de profissionais que façam a prevenção, o diagnóstico e o tratamento dos problemas que acometem as estruturas dentárias e, naturalmente, a saúde oral dos indivíduos.

Assim, neste estudo, incluído no Projecto “Portugal a Sorrir”, a reflexão sobre estas questões é uma forte preocupação visto que a saúde oral colectiva deve direccionar-se para a sociedade e para o estudo de tecnologias que perspectivem não apenas a cura do indivíduo na relação individual e biológica, mas também a compreensão da sua dimensão colectiva.

Apesar de o Projecto “Portugal a Sorrir” estar relacionado com o estudo da percepção que grávidas e idosos têm da sua saúde oral em Portugal, o presente trabalho abrange apenas uma parte desse projecto, incidindo sobre a qualidade de vida exclusivamente na população idosa do Centro de Saúde de Odivelas.

1. Fundamentos Teóricos

1.1. Envelhecimento da População

O envelhecimento caracteriza-se por ser um processo natural e gradual, que produz limitações e alterações no funcionamento do organismo e torna o sujeito mais vulnerável ao desenvolvimento de certas doenças (Alencar, Andrade & Catão, 2011).

A população mundial, nas últimas décadas, tem sofrido um acelerado envelhecimento. Saliba, Moimaz, Marques e Prado (2007) referem que o envelhecimento é um fenómeno à escala mundial devido ao aumento da expectativa de vida e à diminuição da taxa de mortalidade. Segundo Bianco, Lopes, Borgato, Silva e Marta (2010), um indivíduo é considerado idoso quando atinge idade igual ou superior a 60 anos em países em via de desenvolvimento e aos 65 anos nos países desenvolvidos.

Várias organizações mundiais e internacionais preocupam-se com esta temática. Enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) nos alerta, que um país pode ser considerado envelhecido quando a percentagem de idosos excede 7% da sua população total (Saliba et al, 2007), a Organização das Nações Unidas considera o período de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento (Melo et al, 2009) e prevendo que em 2050, a população com mais de 60 anos será de dois bilhões de habitantes (Bianco et al., 2010).

Actualmente, o envelhecimento da população é um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas. O agravamento do envelhecimento da população tem ocorrido de forma generalizada em todo o território nacional. Em 1995, Portugal contava com 14,9% de idosos (D.G.S., 2010). Em 2001, Portugal compreendia 16,1% de idosos na sua população; em 2011 esse valor subiu para 19%, constatando a tendência de envelhecimento populacional que se observa mundialmente (Instituto Nacional de Estatística, 2011; Ribeiro, Pires & Pereira, 2012). Em 2011, o índice de envelhecimento da população aumentou para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens existem 128 idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, tendo aumentado em 2001 para 19,4% e em 2011 atingido os 22,4%. Na população com 70 ou mais anos verificou-se um acréscimo de 16,6% em 2011, quando em 2001 a população nesta faixa era apenas 13,6%. De referir ainda que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A OMS, em 1997, criou o conceito de envelhecimento activo, que tem por base o princípio de permitir aos idosos que permaneçam integrados e motivados na vida laboral e social. Esta parece ser uma solução encontrada, tornando-se indispensável difundir e implementar algumas medidas como: adaptar a idade da reforma ao prolongamento da vida dos idosos, maximizar as potencialidades dos idosos, melhorar os ambientes de trabalho para dar a estes indivíduos uma vida activa mais longa e, entre outros, eliminar atitudes e práticas de discriminação dos idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

A população idosa é formada por um grupo heterogéneo de pessoas em virtude das diferentes experiências de vida por elas acumuladas (Alencar et al., 2011). Para qualquer sociedade, o envelhecimento da população é uma aspiração natural mas não basta viver por si só. Viver mais é fulcral desde que se consiga proporcionar qualidade aos anos adicionais de vida (Lima-Costa & Veras, 2003).

Com o envelhecimento da população existe uma necessidade crescente de fornecer padrões aceitáveis de saúde oral para contribuir para um melhor estado geral de saúde e bem-estar (Mariño, Albala, Sanchez, Cea & Fuentes, 2013). Assim, é importante tomar consciência das necessidades de saúde oral da população idosa e identificar a saúde oral como uma prioridade de saúde entre os adultos mais velhos pois entre os idosos são encontradas, com maior frequência, doenças crónicas, apresentando uma recuperação mais lenta, o que gera impacto significativo no sector de saúde pública (Lopes, Oliveira & Flório, 2010).

1.2. Caracterização Demográfica do Concelho de Odivelas

O concelho de Odivelas, segundo dados do último recenseamento nacional realizado em 2011 pelo Instituto Nacional de Estatística, apresenta 144549 habitantes residentes, distribuídos por uma área de cerca de 26,14 Km², correspondendo a uma densidade populacional de 5529,8 habitantes/Km² (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

Em Odivelas existem cerca de 23501 indivíduos que possuem 65 ou mais anos, representando 16,26% dos habitantes do concelho. Comparativamente ao ano de 2001, em que existiam 16034 indivíduos idosos houve, então, um aumento na população. Estes resultados estão em concordância com a tendência para o envelhecimento da população visto que existem apenas 21912 indivíduos com idades compreendidas entre os 0-14 anos, 15370 na faixa etária dos 15-24 anos e 83766 indivíduos com idades entre os 25-64 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

Odivelas é um concelho urbano pertencente ao distrito de Lisboa. Esta última cidade, relativamente ao estado civil dos indivíduos idosos, a maioria da população com 300006 habitantes é casada, seguido por 147602 viúvos, 28150 solteiros e 25646 divorciados (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

1.3. Interação entre Saúde Geral e Saúde Oral

Segundo Castro, Portela e Leão (2007), “a Organização Mundial de Saúde define saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”.

A saúde oral é importante por ser parte integrante e fundamental da saúde geral, sendo um factor preponderante na qualidade de vida. Assim, tanto uma má saúde oral pode influenciar a saúde geral como várias doenças sistémicas ou os seus efeitos podem ampliar o risco de doenças orais, sendo a relação médico generalista/médico dentista essencial na prevenção destas situações (Côrte-Real, Figueiral & Reis Campo, 2011).

A saúde oral, tal como a saúde geral, está correlacionada com a utilização dos serviços médico-dentários porque o uso destes serviços com a periodicidade e frequência apropriadas contribui para a prevenção de doenças em todas as idades e permite o tratamento precoce dos problemas identificados (Martins, Barreto & Pordeus, 2008).

Ao longo dos anos, os problemas de saúde modificam-se pois os idosos foram identificados como sendo os maiores frequentadores dos serviços médicos e como sendo os menores usuários dos serviços de medicina dentária (Ribeiro, Silva, Nogueira & Filho, 2009; Haikal, Paula, Martins, Moreira & Ferreira, 2011).

Estudos demonstram que a transição demográfica não foi seguida por um ajustamento adequado à assistência pública em saúde oral para atender às necessidades desta população, resultando numa falta de qualidade de vida relacionada à saúde oral. Condições de saúde oral têm um papel importante em termos de qualidade de vida do paciente, afectando a saúde mental, física e bem-estar psicológico e complementando o desenvolvimento social, interferindo com a pronúncia das palavras, a vida social e a função alimentar (Alcarde et al., 2010). De acordo com Caldas (1998) há uma enorme necessidade de adaptação de políticas de saúde, visto que com o aumento da população idosa, surgem novas necessidades de saúde (Simões & Carvalho, 2011), nomeadamente condições patológicas típicas do envelhecimento, o que requer cuidados por parte dos profissionais de saúde (Silva & Saintrain, 2006).

A saúde oral é fundamental para a saúde da população mais idosa, para que tenham satisfação com a vida, qualidade de vida e uma boa percepção de si mesmo. Má saúde oral tem, então, um impacto negativo na qualidade de vida. Além disso, os dados clínicos demonstram que a má saúde oral aumenta os riscos para a saúde da mesma forma que qualquer doença do sistema corporal (Mariño et al., 2013).

1.4. Condições Oraís Usuais no Idoso

Com o avanço da medicina houve um aumento na longevidade e, conseqüentemente, no número de idosos na população mundial. As patologias que se manifestam na cavidade oral, na população idosa, revelam a interacção que existe entre as alterações degenerativas da idade e condições patológicas (Silva et al., 2009) e trazem implicações para o resto do corpo (Castro, Alves & Lopes, 2010).

Estudos recentes demonstram que doenças crónicas bem como as suas incapacidades, não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção, mesmo nas fases mais tardias da vida, é a chave para reduzir e prevenir estas doenças, melhorando a qualidade de vida e abordagem terapêutica (Martins, Barreto & Pordeus, 2007).

No idoso, os problemas orais mais frequentes são a perda dentária, as cáries radiculares e a doença periodontal. Apesar das doenças orais não apresentarem risco de vida, podem ter repercussões ao nível da mastigação, fonética, estética e do bem-estar geral, influenciando as relações interpessoais e as actividades quotidianas (Ribeiro et al, 2012).

Tanto a nível individual como na sociedade, existe o mito de que as doenças orais e a perda de dentes são típicas do envelhecimento e, culturalmente, a imagem dos idosos desdentados persiste. Esta tem sido perpetuada porque a prevenção, tratamento e recuperação da saúde oral é uma questão em que as comunidades não têm definido políticas claras, especialmente para esta faixa etária (Cornejo, Pérez, Lima, Casals-Peidro & Borrell, 2013). Por isso, uma ampla apreciação das doenças orais e condições entre os idosos vão fornecer uma ferramenta poderosa para advogar os recursos de saúde oral para esta secção da população e posicionar a saúde oral no conceito mais amplo de bem-estar social (Mariño et al., 2013).

1.5. Educação Para a Saúde e os Acessos aos Serviços de Saúde

A OMS, em 1983, definiu Educação para a Saúde como a combinação de actividades informativas e educativas em que a população aprenda como alcançar a saúde e a procurar ajuda quando necessário. Educar para a saúde exige combinar, de um modo planificado, várias experiências de aprendizagem, a fim de facilitar a aquisição de comportamentos sãos de maneira voluntária (Sala & García, 2005).

Segundo Simões e Carvalho (2011), é deveras importante conhecer a realidade da saúde oral do idoso e os factores determinantes, apresentando uma visão do envelhecimento e das modificações na saúde oral em razão do decorrer da idade, assim como destacar a necessidade de estratégias de educação em saúde para um envelhecimento saudável.

A OMS refere que os objectivos da educação na saúde são de desenvolver, nos indivíduos, o senso da responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde comunitária na qual estão inseridos e a capacidade de participar na vida em comunidade de maneira construtiva (Melo et al., 2009). A OMS recomenda que políticas de saúde na área do envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo da vida (sociais, económicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso aos serviços), com particular destaque sobre questões de género e desigualdade sociais (Martins et al., 2007)

De acordo com Marchini e Hebling, citado por Silva e Saintrain (2006), com a elaboração de um plano de tratamento dentário para o paciente idoso, torna-se muito importante a visão multiprofissional, no decurso da condição sistémica, como a presença de doenças crónicas, a elevada prevalência de polimedicação, a diminuída destreza, capacidade motora e mental, hábitos parafuncionais e tabagismo, de maneira a encontrar soluções para os problemas de saúde oral que abranja as expectativas e os limites reais do paciente.

Pagotto, Nakatani e Silveira (2011) refere que um melhor nível educacional pode auxiliar na procura de informação, modificando o estilo de vida como a adopção de hábitos saudáveis, o acesso aos serviços de saúde, o ingresso em actividades que priorizem a promoção de saúde e o seguimento correcto das orientações relacionadas à obtenção de melhor qualidade de vida.

A promoção de saúde e a conseqüente mudança de comportamentos são facilitadas pela educação e os profissionais de saúde devem ser motivados pelo médico dentista a educar e a auxiliar os seus pacientes, mostrando-lhes, não só, os cuidados a ter com a cavidade oral, mas também, a necessidade de realizar, periodicamente, um auto-exame aos tecidos moles

(Silva & Júnior, 2000). Perante a necessidade da existência de programas de saúde mais eficientes, para a população idosa, o método de superação encontra-se na educação para a saúde (Melo et al., 2009).

Os serviços que contribuem para a promoção de uma qualidade de vida voltada para a população idosa tornam-se um desafio visto que devemos considerar uma valoração subjectiva que o indivíduo faz sobre diferentes aspectos da sua vida em relação ao seu estado de saúde (Melo et al., 2009).

Devido ao aumento da expectativa de vida na população, alterou-se, também o seu perfil de saúde, visto que em vez de processos agudos ou de óbito, são mais prevalentes as doenças crónicas e suas consequências como perda de autonomia, qualidade de vida e independência funcional, existindo um aumento nos acessos aos serviços de saúde (Melo et al., 2009; Simões et al., 2011). Contudo os idosos não encontram amparo no serviço público de saúde devido à velocidade com que a população idosa vem aumentando (Silva & Júnior, 2000).

Os idosos revelam uma enorme dificuldade nos acessos aos serviços de saúde, devido à baixa condição socioeconómica instalada nesta faixa etária, revelada por aspectos que vão desde a escassez de transportes para se dirigirem a estes serviços e, também, devido às dificuldades económicas para comprar a medicação que lhes é prescrita (Reis & Marcelo, 2006). Silva, Meneses e Silveira (2007) afirmam que o nosso país possui uma das mais baixas taxas de tratamento dentário da Europa, devido às políticas de orçamento do Ministério da Saúde para a saúde oral e pelo facto dos tratamentos orais privados serem dispendiosos. Isto faz com que a procura ao profissional de saúde seja somente em situações de emergência, em que a qualidade de vida dos indivíduos já se encontra, na maior parte dos casos, seriamente comprometida.

Existem vários factores numa população que contribuem para as desigualdades como baixo poder de compra, baixo grau de escolaridade, dificuldades de acesso aos bens culturais e de saúde, comprometendo, assim, a qualidade de vida. Estudos demonstram que o facto de existir um impacto desproporcional das doenças orais em pessoas economicamente desfavorecidas, limita o acesso aos cuidados dentários (Maida, Marcus, Spolsky, Wang & Liu, 2013). Naito et al., (2010) afirma que “estas desigualdades de saúde oral têm um impacto negativo na qualidade de vida dos idosos”.

Os idosos que usufruem do Complemento Solidário para Idosos podem beneficiar do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) que abrange o programa do cheque-dentista. Os idosos têm direito a dois cheques por ano e podem realizar vários tratamentos,

contudo não podem efectuar o pagamento de próteses dentárias com estes cheques. Apenas é possível o reembolso financeiro até 75% da despesa na aquisição ou reparação de próteses removíveis, com um limite máximo de 250 euros, por cada período de três anos (D.G.S., 2010).

O Ministério da Saúde, juntamente com a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) implementou, este ano, um protocolo de colaboração que estabelece um alargamento do PNPSO. Assim, é possível a realização, pela primeira vez, de uma intervenção precoce no cancro oral, com rastreios efectuados pelo médico de família a utentes de elevado risco, com o respectivo encaminhamento para uma rede de médicos dentistas com formação própria específica. Esta medida só foi possível graças ao esforço da OMD, que acordou numa redução do valor do cheque-dentista, que permite, deste modo, aumentar o acesso a consultas e tratamentos de saúde oral prestados aos utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (D.G.S., 2013).

O acesso a serviços de saúde de qualidade é, assim, um elemento fulcral para melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde oral do idoso (Melo et al., 2009).

1.6. Autopercepção e Auto-Avaliação das Condições de Saúde Oral

Autopercepção em saúde é a interpretação que a pessoa faz das suas experiências e estados de saúde no contexto da vida diária (Reis & Marcelo, 2006). Auto-avaliação da saúde oral é uma medida que resume a condição objectiva da saúde oral, a sua funcionalidade e os valores sociais e culturais relacionados com a mesma. Essa avaliação reproduz a qualidade de vida, associada às condições de saúde geral, assim como a comportamentos relacionados aos cuidados com a saúde (Saliba et al., 2007).

Hoje em dia, a grande maioria dos estudos baseia-se em índices que revelam dados quantitativos, contudo a tendência remete para que sejam obtidos dados qualitativos, através da autopercepção, na qual o próprio indivíduo entende as suas condições de saúde oral e as necessidades de tratamento (Silva, Sousa & Wada, 2005). Lima et al. (2007) pensa que a percepção da condição oral pelos idosos é de elevada importância pois permite que o indivíduo possa ter consciência da necessidade ou não de acompanhamento a nível da saúde oral. Para entender essa necessidade, é essencial perceber como é que a população idosa entende e avalia as suas condições orais pois é essa percepção que influencia o paciente a procurar o profissional (Souza, Barbosa, Oliveira, Espíndola & Gonçalves, 2010).

Existe, contudo, uma falta de percepção pela população idosa quanto à necessidade de tratamento dentário (Rosa, Zuccolotto, Bataglion & Coronatto, 2008). Vários estudos demonstram que a autopercepção influencia os indivíduos na utilização dos serviços de saúde oral, sendo esta maior na população que usufruiu destes serviços (Martins et al., 2008). O comportamento dos indivíduos pode ser influenciado ou pode influenciar a auto-avaliação da saúde oral, visto que a utilização de serviços pode ser consequência da auto-avaliação da saúde oral ou mesmo esta auto-avaliação pode ser influenciada pelo uso dos serviços dentários (Martins, Barreto & Pordeus, 2009).

A autopercepção é um factor de diagnóstico que revela o nível de informação do paciente quanto ao conhecimento de medidas preventivas e a importância da saúde oral no quotidiano, mais precisamente a nível das relações psicossociais (Lima et al., 2007).

De acordo com o modelo de Gift et al. (1998), a autopercepção da necessidade de tratamento dentário é consequência da condição de saúde oral de cada indivíduo, enumerando factores tais como: número de dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPO), necessidades normativas de tratamento e condição periodontal. As necessidades de tratamento são estabelecidas pelas características demográficas (idade, sexo e raça), pela disponibilidade

de recursos e pela predisposição, esta última que geralmente é determinada pela escolaridade, autopercepção da condição de saúde ou orientações dadas pelo próprio serviço de saúde (Martins et al., 2008).

Quanto à avaliação da necessidade de tratamento, esta é feita por duas vertentes: a necessidade subjectiva ou autopercebida que varia entre indivíduos, de acordo com experiências vivenciadas e valores culturais e a necessidade objectiva ou normativa que é avaliada pelo dentista, identificando os sinais precoces das doenças orais, sendo também influenciada pelas normas, valores e crenças do dentista (Martins et al., 2008).

Segundo Reis e Marcelo (2006) são imprescindíveis estudos epidemiológicos para a identificação dos problemas da população mas precisam de ser associados a pesquisas que avaliem a percepção de indivíduos e que entendam os seus problemas de saúde, permitindo, assim, identificar valores sociais, económicos que influenciem a sua qualidade de vida.

Vários estudos, segundo Haikal et al. (2011), demonstraram que indivíduos desdentados totais apresentam menor percepção da necessidade de tratamento dentário. Entre a população idosa, a melhor percepção da saúde oral está associada ao número de dentes presentes (Matos & Lima-Costa, 2006).

Embora não seja suficiente, conhecer como cada indivíduo autoavalia a sua saúde oral e os factores que influenciam esta auto-avaliação é um passo importante para orientar decisões nas políticas de saúde, auxiliando na compreensão do padrão de procura pelo acesso aos serviços de saúde, embora não seja suficiente (Martins et al., 2009; Moreira, Nico & Sousa, 2009).

1.7. Indicadores Sócio-Dentários

Na terceira idade, a saúde oral é um factor imprescindível para um envelhecimento saudável e uma boa qualidade de vida mas a sua importância não é devidamente reconhecida. De acordo com Pucca Júnior, o quadro de saúde oral na população idosa demonstra claramente as condições desiguais em que as pessoas vivem e trabalham (Ribeiro et al., 2009).

Qualidade de vida é um conceito que tem sido relacionado ao grau de satisfação existencial, conjecturando uma síntese cultural dos elementos que a sociedade considera como modelo de conforto e bem-estar (Haikal et al., 2011). Este conceito é uma construção dinâmica susceptível que varia com a experiência e é alterada por fenómenos psicológicos como a adaptação, a expectativa e auto-controlo. Portanto, a melhor maneira de indicar o impacto da mudança do estado de saúde oral ou função na qualidade de vida é a observação de mudanças individuais (Enoki et al., 2013). Quanto mais longa é a vida do idoso, maior relevância tem o conceito de qualidade de vida, tendo a saúde oral um papel importante nesse contexto (Rosa et al., 2008).

Embora a idade da população mundial esteja constantemente a aumentar, este facto não é, de forma isolada, um indicador positivo, já que não basta apenas amplificar ao máximo a vida humana. É necessário que esta extensão venha acompanhada de condições dignas de vida. (Barbosa, Barbosa, Filho, Barbosa & Barbosa, s.d.). O conhecimento sobre a auto-avaliação da saúde da população contribui para orientar mudanças políticas e sociais de saúde pública, incorporando acções educativas de autocuidado e acções preventivas e reabilitadoras, que tenham como meta a qualidade de vida e não meramente a saúde física. (Martins et al., 2009).

As medidas de saúde oral relacionadas com a qualidade de vida são componentes essenciais tais como ensaios clínicos e outros estudos fornecendo dados precisos para a promoção da saúde e avaliando os resultados de programas preventivos e terapêuticas destinados a melhorar a saúde oral (Deshmukh & Radke, 2012). Pesquisas recentes sobre saúde oral auto-avaliaram o desenvolvimento, através de teste de escalas multi-itens e inventários que medem diferentes aspectos da saúde oral, função oral e a qualidade de vida relacionada à saúde oral entre adultos mais velhos (Enoki et al., 2013). Por norma, os estudos costumam dar mais ênfase aos aspectos clínicos da doença, tais como medidas de vários índices, relegando a autopercepção para segundo lugar, daí a importância deste trabalho (Alcarde et al., 2010).

Em Medicina Dentária, os indicadores sociais têm sido desenvolvidos com o propósito de medir a extensão das alterações orais e obter dados sobre a autopercepção dos indivíduos em relação ao impacto das condições de saúde oral na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo (Haikal et al., 2011; Fonseca, Almeida & Silva, 2011; Murariu, Hangaru & Bobu, 2010).

Estes indicadores são medidas que relacionam qualidade de vida e saúde oral, através do comprometimento, função e percepção. Estas são medidas de ampliação no qual distúrbios na cavidade oral afectam as relações sociais e trazem mudanças no comportamento, tais como a incapacidade de trabalho ou a incapacidade de realizar as rotinas diárias (Cohen-Carneiro, Souza-Santos & Rebelo, 2011). Com o objectivo de avaliar a qualidade de vida, a aplicação dos indicadores sócio-dentários encaminha-nos para o entendimento das necessidades de tratamento do indivíduo (Yiengprugsawan, Somkotra, Seubsman, Sleigh & TheThaiCohortStudy Team, 2011).

Os instrumentos de avaliação, na forma de questionários, foram validados para serem utilizados em diversas populações e, alguns estudos usam-nos como uma medida de resultado para avaliar intervenções clínicas (Cohen-Carneiro et al., 2011).

O conceito de qualidade de vida em relação com a saúde oral é estabelecido por alguns questionários, incluindo *Oral Health Impact Profile* (OHIP), o *Oral Impacts on Daily Performance* (OIDP) e o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), para avaliar auto-percepção do paciente (Alcarde et al., 2010). Estes indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde são desenvolvidos em língua inglesa, porém é frequente a sua aplicação noutros países que não falem inglês. Dado que os padrões sócio-culturais e dietéticos característicos de cada país podem influenciar, de diferentes maneiras, as condições de saúde oral. Devido a esta situação, existem duas hipóteses: criação de um novo instrumento ou adaptação de um existente noutra língua. Vários métodos têm sido propostos para a adaptação transcultural de questionários, variando desde a tradução directa do instrumento à metodologia de tradução, possuindo uma combinação de características favoráveis (Silva & Menezes, 2005; Lima et al., 2007).

No presente estudo foi aplicado o GOHAI, que se encontra em processo de validação para a população Portuguesa.

1.7.1. Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

O *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), desenvolvido por Atchison e Dolan em 1990 (Lima et al., 2007; Alcarde et al., 2010; Fonseca et al., 2011), é um questionário que foi elaborado, com o objectivo de analisar a autopercepção da saúde oral, para avaliar o impacto das condições orais na qualidade de vida da população idosa (Atieh, 2008) e examinar os problemas que afectam os aspectos funcionais e psicológicos desta população, compreendendo, assim, a maneira como estes influenciam o seu quotidiano e analisando quais as medidas que devem ser planeadas, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida (Alcarde et al., 2010; Souza et al., 2010).

Este índice provou-se útil como um indicador da necessidade de um exame oral com bastante especificidade e fiabilidade (Hernández & Férez, 2010), tanto a nível individual, uma vez que fornece informações sobre os sintomas funcionais e os problemas psico-sociais nas pessoas, como colectivamente, podendo ser rentável para obter informações sobre saúde oral na população adulta e idosa (Cornejo et al., 2013).

O GOHAI original tem 12 questões objectivas com respostas definidas pelas asserções “sempre, algumas vezes e nunca”, com três domínios distintos: a função física, representando o modelo de comer, falar e deglutir; a dor ou desconforto, que interpreta a utilização de medicação para aliviar esta sintomatologia; a função psico-social que representa a preocupação com a saúde oral, o descontentamento com a aparência, a autopercepção sobre a saúde oral e a vergonha de se relacionar socialmente devido a problemas com a via oral (Matos & Lima-Costa, 2006; Atieh, 2008; Bonan, Borges, Haikal, Silveira & Martelli-Júnior, 2008).

Estas 12 questões procuram avaliar se, nos últimos três meses, o indivíduo apresentou algum problema a nível funcional, psicológico ou doloroso devido a problemas orais (Fonseca et al., 2011). As asserções recebem valores específicos que variam entre 12 e 36 pontos quando somados: quanto mais alto for o seu valor, melhores serão as condições de saúde oral e se os valores de GOHAI forem mais baixos significa que o idoso possui piores condições de saúde oral, estando relacionado com falta de dentes e uso de próteses removíveis (Atieh, 2008; Hernández & Férez, 2010; Fonseca et al. 2011). Os valores finais de GOHAI são classificados como alto (34 a 36), médio (31 a 33) e baixo (menor que 30) (Fonseca et al., 2011).

A consistência interna deste índice é satisfatória e a sua validação ocorreu em várias línguas como sueco, malaio, chinês, francês, alemão e árabe (Hernández & Férez, 2010; Murariu et al., 2010; Fonseca et al, 2011) tendo estes demonstrado níveis aceitáveis de confiança e a validade. É muito importante que um instrumento esteja de acordo com a cultura do país e seja válido para a população local, demonstrando propriedades psicométricas aceitáveis. É, portanto, essencial para a realização de um processo de tradução e validação rigorosa do instrumento quando usado em outra população com uma cultura diferente (Deshmukh & Radke, 2012). O GOHAI encontra-se em fase de validação em Portugal (Manso et al, 2013).

II. OBJECTIVOS

Relativamente aos objectivos de estudo, estes são:

- Identificar a percepção que os idosos têm sobre a sua saúde oral;
- Caracterizar sócio-demograficamente a população idosa frequentadora do Centro de Saúde de Odivelas e relacioná-la com o índice de GOHAI;
- Identificar os principais factores sócio-demográficos associados à variável, auto-percepção.

HIPÓTESES

As Hipóteses de estudo são:

- Os idosos do Centro de Saúde de Odivelas têm uma moderada percepção, da sua saúde oral;
- A dificuldade na mastigação e na alimentação não interferem na qualidade da sua saúde oral, na dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem);
- A dor existente na cavidade oral não interfere na qualidade da sua saúde oral, na sua dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem);

III. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Considerações Éticas

Foi obtido o parecer favorável n.º 61/2010 do gabinete de Assuntos Jurídicos, Ética e Responsabilidade desta entidade pública, por intermédio da APDH, assim como a aprovação pela Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM), para a realização do estudo, após confirmação da conformidade com os critérios éticos para investigação em seres humanos.

Os doentes assinaram o Termo de Consentimento Informado, que explicava os objectivos a que o estudo se propunha, os riscos possíveis e os benefícios esperados, reforçando a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, sendo estes apenas utilizados com finalidade estatística, e enfatizado a sua contribuição de forma positiva na participação deste estudo.

2. Tipo de Estudo

Com a finalidade de quantificar a qualidade de vida da população idosa, relativamente à sua saúde oral, efectuámos um estudo exploratório e descritivo, no qual propomos uma abordagem metodológica que envolve uma perspectiva quantitativa.

De acordo com Theodorson e Theodorson, o estudo exploratório é um estudo preliminar em que o objectivo principal é ficar familiarizado com o fenómeno a investigar, de maneira a que o estudo seja concebido com maior compreensão e precisão. Este estudo permite que o investigador defina o seu problema de pesquisa, formule a sua hipótese com maior precisão, escolha as técnicas mais adequadas para a pesquisa e decida sobre questões que necessitam de mais atenção e investigação detalhadas, alertando para potenciais dificuldades (Piovesan & Temporini, 1995).

O estudo descritivo visa descrever as características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de colheita de dados como questionário e observação sistemática (Silva & Menezes, 2005).

3. Local da Amostra

O estudo do Projecto Portugal a Sorrir – Idosos, é realizado em Centros de Saúde, nos utentes do SNS, pertencentes à Unidade Setentrional de Lisboa, que têm por referência o Hospital de Santa Maria e Pulido Valente. A amostra inclui idosos residentes em Lisboa.

A amostra deste estudo inclui os idosos do Centro de Saúde de Odivelas, da região de Lisboa e Vale do Tejo.

4. Amostra

4.1. Selecção da Amostra

A amostra é constituída por 92 idosos, utentes do Centro de Saúde de Odivelas, de acordo com os critérios da ética para seres humanos, mantendo de anonimato dos indivíduos e preservando o sigilo informativo.

4.2. Critérios de Inclusão

Os critérios para a inclusão do estudo foram:

- Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- Ter capacidade física e mental para responder ao questionário
- Ser utente do Centro de Saúde de Odivelas

4.3. Critérios de Exclusão

Os critérios para a exclusão do estudo foram:

- Ter idade inferior a 65 anos
- Incapacidade para responder ao questionário
- Não ser utente do Centro de Saúde de Odivelas

5. Definição das Variáveis de Estudo

Na realização deste estudo foram consideradas dois tipos de variáveis: dependentes e independentes. A primeira é aquela que o investigador pretende avaliar, cujo resultado depende do comportamento da segunda.

5.1. Variáveis Dependentes

- Autopercepção que o idoso tem da sua saúde oral

5.2. Variáveis Independentes

- Sócio-Demográficas:
 - Idade
 - Género
 - Profissão
 - Estado Civil
 - Nível Educacional
 - Rendimento Familiar
 - Capacidade de Autonomia de Vida
- Condições subjectivas de saúde oral
 - Última consulta no dentista
 - Informação de como fazer o auto-exame para a prevenção do cancro oral
 - Uso de prótese e como a higieniza
 - Motivos para não usar prótese
- Auto-Avaliação da condição oral:
 - Qualidade dos seus dentes e gengivas
 - Grau de satisfação com a prótese

6. Questionário

6.1. Modo de Aplicação

A aplicação do questionário foi efectuada na sala de espera do Centro de Saúde enquanto os idosos aguardavam o atendimento. Foi-lhes previamente explicado o objectivo do estudo e pedido que assinassem, de livre vontade, o termo de consentimento informado no qual era esclarecido todo o intuito do trabalho, que os dados eram confidenciais e apenas seriam usados para fins científicos, sem nunca revelar o nome do participante. Os idosos sabiam que poderiam abandonar o questionário a qualquer altura, mesmo após a assinatura do consentimento informado.

O questionário aplicado com o título “Percepção dos idosos sobre a importância da sua saúde oral” é constituído por três fracções distintas.

A primeira parte engloba a caracterização sociodemográfica, que é composta por idade, profissão, situação face ao emprego, local de nascimento, estado civil, nível de escolaridade, rendimento familiar, sexo, capacidade de autonomia de vida, entre outros, sendo constituído, maioritariamente, por campos de resposta fechada, existindo, também, alguns campos de resposta aberta.

Na segunda parte foram contempladas questões acerca da saúde oral dos idosos, como: qual a última visita ao dentista, se recebeu informações sobre como fazer o exame da própria boca para prevenir o cancro oral, se usa prótese e como a higieniza. Estes itens eram todos de resposta fechada.

A auto-avaliação da condição oral foi medida por meio de questões como: “se tem dentes próprios, acha que os seus dentes e gengivas são?” com respostas que vão desde “excelentes” a “péssimos”, tendo, também, como opção a resposta “não sabe”. A outra questão incidia em “qual o grau de satisfação quanto à prótese?” em que as respostas podiam variar desde “estou satisfeito com a minha prótese”, “uso mas não como com ela”, “nunca me consegui adaptar e consultei o dentista por causa disso”, “já usei várias próteses e nunca me adaptei”, “a prótese magoa-me”, “a prótese “salta” ” e “só me adaptei a uma das próteses”. Caso não utilize prótese, questiona-se o motivo.

Na terceira e última parte do questionário, avalia-se o GOHAI, índice que foi traduzido e validado para a população brasileira e, nesse sentido, encontra-se em processo de validação para a língua portuguesa.

Este índice é composto por 12 questões, através do qual é obtida informação quanto à influência dos problemas de saúde oral, pelos próprios indivíduos,

relativamente à função física (alimentação, fala e deglutição), função psicossocial (preocupação com saúde oral, insatisfação com aparência, evitar o contacto social e autopercepção a saúde oral) e dor ou desconforto, que abrange o uso de medicação para aliviar a sintomatologia dolorosa na boca (Othman et al., 2006; Murariu et al., 2010).

Os inquiridos são questionados acerca da frequência, utilizando uma escala de três respostas: “sempre”, “às vezes” ou “nunca”, com classificação correspondente a 1, 2 e 3 pontos respectivamente, que somados darão o valor do índice, que varia entre 12 a 36 pontos (Silva et al., 2005). O resultado final pode ser classificado como alto (34 a 36 pontos), moderado (31 a 33 pontos) e baixo (menor ou igual a 30) (Silva et al., 2005; Lima et al., 2007; Alcarde et al., 2010; Fonseca et al., 2011).

A fim de obter a classificação final é feita a soma de todas as respostas dadas, ao que concluímos que quanto maior for este valor, significa que melhores serão as condições orais. Pelo contrário, quanto maior for o número de respostas “sempre”, ou seja, quanto menor for pontuação, logo são esperados indivíduos que possuam piores condições de saúde oral (Atchinson & Dolan, 1990; Henriques, Telarolli Júnior, Loffredo, Montandon & Campos, 2007; Fonseca et al., 2011).

Além das 12 questões, o questionário GOHAI inclui características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão e rendimentos), questões sobre saúde geral e oral, grau de satisfação relativamente à sua condição oral, necessidade de tratamento dentário e maus hábitos funcionais (Daradkeh & Khader, 2008).

7. Análise Estatística

Relativamente aos dados recolhidos através dos questionários, estes foram tratados sob o ponto de vista quantitativo e submetidos a uma análise descritiva e estatística pelo software IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicaco IL, USA) versão 20.0.

Para caracterizar a amostra foram utilizadas medidas de frequência (absolutas e relativas) e outras de estatística descritiva (desvio-padrão, média e valores máximo e mínimo).

Em todas as questões foi utilizado o teste de independência do Qui-Quadrado (χ^2) visto estarmos a tratar variáveis qualitativas, o que nos permite concluir se as diferenças entre ambas as variáveis são estatisticamente significativas. Para testar as hipóteses formuladas vamos utilizar como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância $p \leq 0,05$.

Quando o pressuposto do teste do Qui-Quadrado de que não deve haver mais do que 20,0% das células com frequências esperadas menores que 5 não se verifica, utilizamos como alternativa o Teste Exacto de Fisher. Este teste é usado em tabelas 2x2, caso sejam maiores usamos o teste Qui-Quadrado, sendo o valor de p meramente indicativo.

Para comparar o domínio físico/funcional, psicossocial e dor/desconforto utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman (ρ), que é um teste não-paramétrico que determina, para duas amostras independentes, se os valores de uma determinada variável diferem ou não entre grupos.

IV. RESULTADOS

1. Análise Descritiva dos Indicadores Sócio-Demográficos do Centro de Saúde de Odivelas

Foram entrevistados 92 idosos, cujas idades médias são 73,76 anos, sendo que a idade mínima é 65 anos e a máxima 89 (Tabela 1). Destes, 41,3% são do sexo masculino e 58,7% pertencem ao sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 1 - Análise descritiva da idade da amostra

Idade	
N	92
Média	73,76
Mediana	73,50
Desvio Padrão	6,072
Mínimo	65
Máximo	89

Tabela 2 - Distribuição de frequências do género da amostra

Sexo			
		Frequência	Percentagem
Válidos	Masculino	38	41,3
	Feminino	54	58,7
	Total	92	100,0

Dos indivíduos inquiridos apenas 2,2% estava no activo, ou seja, exercendo a sua profissão, 1,1% estava desempregado e 96,7% encontra-se reformado da sua profissão (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de frequências da situação face ao emprego

Situação face ao emprego			
		Frequência	Percentagem
Válidos	Activo	2	2,2
	Desempregado	1	1,1
	Reformado	89	96,7
	Total	92	100,0

Quanto ao estado civil, a grande maioria dos indivíduos são casados ou vivem em união de facto (60,9%), 27,2% são viúvos, uma pequena parte (8,7%) está separada ou divorciada e 3,2% são solteiros (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de frequências sobre o estado civil

Estado Civil			
		Frequência	Percentagem
Válidos	Casado/União de facto	56	60,9
	Separado de facto/ Divorciado	8	8,7
	Solteiro	3	3,2
	Viúvo	25	27,2
	Total	92	100,0

Na caracterização do nível de escolaridade, a grande maioria dos entrevistados estudou até ao 4º ano (66,3%), 10,8% concluiu os estudos no 7ºano e 8,7% no 9ºano. Apenas duas pessoas estudaram até ao 12ºano (2,2%) e uma concluiu um curso superior (1,1%). 9,8% dos inquiridos sabia somente ler e escrever e um referiu ser analfabeto (1,1%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de frequências sobre o nível de escolaridade

Nível de Escolaridade				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Não sabe ler nem escrever	1	1,1	1,1
	Sabe ler e escrever	9	9,8	10,9
	Até ao 4º ano	61	66,3	77,2
	Até ao 7º ano	10	10,8	88,0
	Até ao 9º ano	8	8,7	96,7
	Até ao 12º ano	2	2,2	98,9
	Curso Superior	1	1,1	100,0
	Total	92	100,0	

No que se refere ao rendimento mensal familiar, a maior parte dos inquiridos (52,2%) afirma que recebe 1 a 2 salários mínimos, enquanto 38,0% refere que ganha menos que um salário mínimo. Apenas nove dos entrevistados têm um rendimento de 2 a 4 salários mínimos (9,8%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de frequências sobre o nível de rendimento familiar

Rendimento familiar				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	<1 Salário mínimo	35	38,0	38,0
	1 a 2 Salários mínimos	48	52,2	90,2
	2 a 4 Salários mínimos	9	9,8	100,0
	Total	92	100,0	

Na caracterização da capacidade de autonomia de vida, um dos entrevistados considera-se totalmente dependente de outrem para realizar as suas funções (1,1%),

nove são parcialmente dependentes (9,8%) e a maioria é totalmente independente de terceiros (89,1%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição de frequências relativas à capacidade de autonomia

Capacidade de Autonomia de vida				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Totalmente independente	82	89,1	89,1
	Parcialmente dependente	9	9,8	98,9
	Totalmente dependente	1	1,1	100,0
	Total	92	100,0	

Quando questionados sobre se sabiam da existência de algum profissional na área da Saúde Oral no respectivo Centro de Saúde, 42,4% respondeu afirmativamente, 13,0% referiu a inexistência de um profissional de saúde e a maioria (44,6%) não sabia responder a esta questão (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição de frequências sobre a existência de um profissional de Saúde Oral

O seu Centro de Saúde tem algum profissional na área da Saúde Oral?				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Sim	39	42,4	42,4
	Não	12	13,0	55,4
	Não sabe	41	44,6	100,0
	Total	92	100,0	

2. Análise Descritiva das Condições Subjectivas de Saúde Oral

Os inquiridos foram questionados sobre quando foi a sua última consulta no dentista, ao que 37,0% respondeu que tinha sido há menos de um ano, 27,1% há mais de um ano e 35,9% afirma já não se recordar da última vez que consultou um profissional de saúde oral (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição de frequências sobre a última visita ao dentista

Última visita dentista				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Há menos de um ano	34	37,0	37,0
	Há mais de um ano	25	27,1	64,1
	Não sabe	33	35,9	100,0
	Total	92	100,0	

Dos 92 inquiridos, apenas 80 possuíam dentes. Desses, 17,5% considera que os seus dentes e gengivas estão em bom estado e foi encontrada a mesma percentagem para os idosos que avaliam os seus dentes e gengivas como péssimos. A maioria considera que estes estão regulares (31,3%) e maus (30,0%). Três dos inquiridos não sabiam responder a esta questão (3,8%) (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição de frequências acerca da classificação dos dentes e gengivas

Se tem dentes próprios, acha que os seus dentes e gengivas são				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Bons	14	17,5	17,5
	Regulares	25	31,3	48,8
	Maus	24	30,0	78,8
	Péssimos	14	17,5	96,3
	Não sabe	3	3,8	100,0
	Total	80	100,0	

Quando questionados sobre se já tinham recebido informação sobre como fazer o exame próprio da boca para prevenir o cancro oral, grande parte dos idosos responde negativamente (95,7%), apenas quatro indivíduos respondem que já receberam tal informação (4,3%) (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição de frequências da instrução sobre como realizar o exame próprio para prevenir o cancro da boca

Já recebeu informação sobre como fazer o exame da própria boca para prevenir o cancro oral?			
		Frequência	Percentagem
Válidos	Sim	4	4,3
	Não	88	95,7
	Total	92	100,0

Foi-lhes, então, questionado quem lhes teria fornecido essa informação, ao que 80% referiu ter sido o Médico de Clínica Geral a fazê-lo e 20% afirma ter sido o Médico Dentista (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição de frequências do profissional que lhe deu essa informação

Se sim na pergunta B03, quem lhe deu essa informação?			
		Frequência	Percentagem
Válidos	Médico Clínica Geral	3	80,0
	Médico Dentista	1	20,0
	Total	4	100,0

A maioria dos entrevistados considera importante receber esse tipo de informação visto que a boca está relacionada com a saúde do corpo (89,1%), 4,3% não considera importante receber as mesmas informações porque a boca não tem a ver com o resto do corpo e 6,5% não soube responder a esta questão (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição das frequências sobre a importância de receber essas informações

Acha importante receber essas informações para preservar a sua saúde como um todo?			
		Frequência	Percentagem
Válidos	Sim, porque a boca tem a ver com a saúde do corpo	82	89,1
	Não, porque a boca não tem a ver com o resto do corpo	4	4,3
	Não sabe	6	6,5
	Total	92	100,0

Dos idosos questionados, 63,0% refere utilizar prótese dentária (Tabela 14). Destes, 67,2% afirma estar satisfeito com a sua prótese. Nove idosos queixam-se de problemas com a prótese, nomeadamente que a esta magoa (15,5%) e cinco referem que esta salta (8,6%). 12,1% dos indivíduos entrevistados afirma que já usou várias próteses e nunca se adaptou e 6,9% refere que apenas se conseguiu adaptar a uma delas. Um indivíduo (1,7%) afirma que nunca se conseguiu adaptar e esse foi o motivo da ida ao dentista. A resposta “uso mas não ando com ela” não foi dada por nenhum dos inquiridos (Tabela 15).

Tabela 14 - Distribuição de frequências sobre a utilização de prótese dentária

Tem prótese dentária?			
		Frequência	Percentagem
Válidos	Sim	58	63,0
	Não	34	37,0
	Total	92	100,0

Tabela 15 - Distribuição de frequências acerca do grau de satisfação com a prótese

		Frequência	Percentagem
Estou satisfeito com a minha prótese	Sim	39	67,2
	Não	19	32,8
	Total	58	100,0
Uso mas não como com ela	Não	58	100,0
	Total	58	100,0
Nunca me consegui adaptar e contactei o dentista por causa disso	Sim	1	1,7
	Não	57	98,3
	Total	58	100,0
Já usei várias próteses e nunca me adaptei	Sim	7	12,1
	Não	51	87,9
	Total	58	100,0
A prótese magoa-me	Sim	9	15,5
	Não	49	84,5
	Total	58	100,0
A prótese salta	Sim	5	8,6
	Não	53	91,4
	Total	58	100,0
Só me adaptei a uma das próteses	Sim	4	6,9
	Não	54	93,1
	Total	58	100,0

Quando questionados sobre a forma como higienizam a sua prótese, 58,6% refere fazê-lo conforme o profissional de saúde lhe ensinou e 41,4% refere que ninguém lhe ensinou o procedimento correcto (Tabela 16). Quanto à frequência, 58,6% afirma fazer a higiene da prótese de manhã e à noite, 27,6% refere que realiza este procedimento sempre que se alimenta e 6,9% desconhece quantas vezes deve fazê-lo. 3,4% dos indivíduos afirma fazê-lo semanalmente e a mesma percentagem declara não realizar a higiene da sua prótese (Tabela 17).

Tabela 16 - Distribuição de frequências acerca da questão "Como faz a higiene da sua prótese?"

Como faz a higiene da sua prótese?			
		Frequência	Percentagem
Conforme o profissional de saúde me ensinou	Sim	34	58,6
	Não	24	41,4
	Total	58	100,0
Ninguém me ensinou	Sim	24	41,4
	Não	34	58,6
	Total	58	100,0

Tabela 17 - Distribuição de frequências sobre a questão "Com que frequência faz a higiene da sua prótese?"

Se Sim na B06, com que frequência faz a higiene da sua prótese?			
		Frequência	Percentagem
Válidos	Faço semanalmente	2	3,4
	Faço de manhã e à noite	34	58,6
	Faço sempre que me alimento	16	27,6
	Não sei quantas vezes devo fazer	4	6,9
	Não faço	2	3,4
	Total	58	100,0

Acerca do método utilizado para a higienização, a maioria refere a utilização de pasta de dentes (29,3%) e escova (27,6%). 17,2% afirma que recorre a produtos próprios para a higiene da prótese, 15,5% apenas usa água, 5,2% utiliza produtos de uso doméstico e a mesma percentagem recorre a elixir/colutório (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição de frequências acerca dos produtos utilizados na higiene da prótese

	Produto	Frequência	Percentagem
Válidos	Pasta de Dentes	17	29,3
	Produtos próprios para higiene da prótese	10	17,2
	Produtos de uso doméstico (Atrix; Sabão Azul e Branco; Lixívia; Vinagre; Bicarbonato)	3	5,2
	Água	9	15,5
	Escova	16	27,6
	Elixir/Colutório	3	5,2
	Total	58	100,0

Relativamente aos entrevistados que não utilizam prótese, a maioria refere não precisar visto que mastiga tudo bem (42,4%), 32,4% aponta o factor económico como causa, 2,9% afirma que não sabia ser necessário substituir os dentes perdidos, 5,9% afirma que o facto de não possuir prótese não interfere nas relações sociais, 2,9% afirma que os seus dentes e gengivas são fortes, não necessitando assim de prótese e 14,7% considera que os dentes perdidos não alteram a estética (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição de frequências sobre os motivos para não utilizar prótese no caso de ter ausência de dentes

Se não utiliza prótese e tem ausência de dentes, qual o motivo para não ter prótese?			
		Frequência	Percentagem
Não preciso, mastigo tudo bem	Sim	14	42,4
	Não	19	57,6
	Total	33	100,0
É muito caro	Sim	11	32,4
	Não	23	67,6
	Total	34	100,0
Ninguém me informou que é necessário substituir os dentes perdidos	Sim	1	2,9
	Não	33	97,1
	Total	34	100,0
Porque ausência de dentes não altera a minha estética	Sim	5	14,7
	Não	29	85,3
	Total	34	100,0
Porque as minhas gengivas são fortes	Sim	1	2,9
	Não	33	97,1
	Total	34	100,0
Porque falo bem com as pessoas	Sim	2	5,9
	Não	32	94,1
	Total	34	100,0

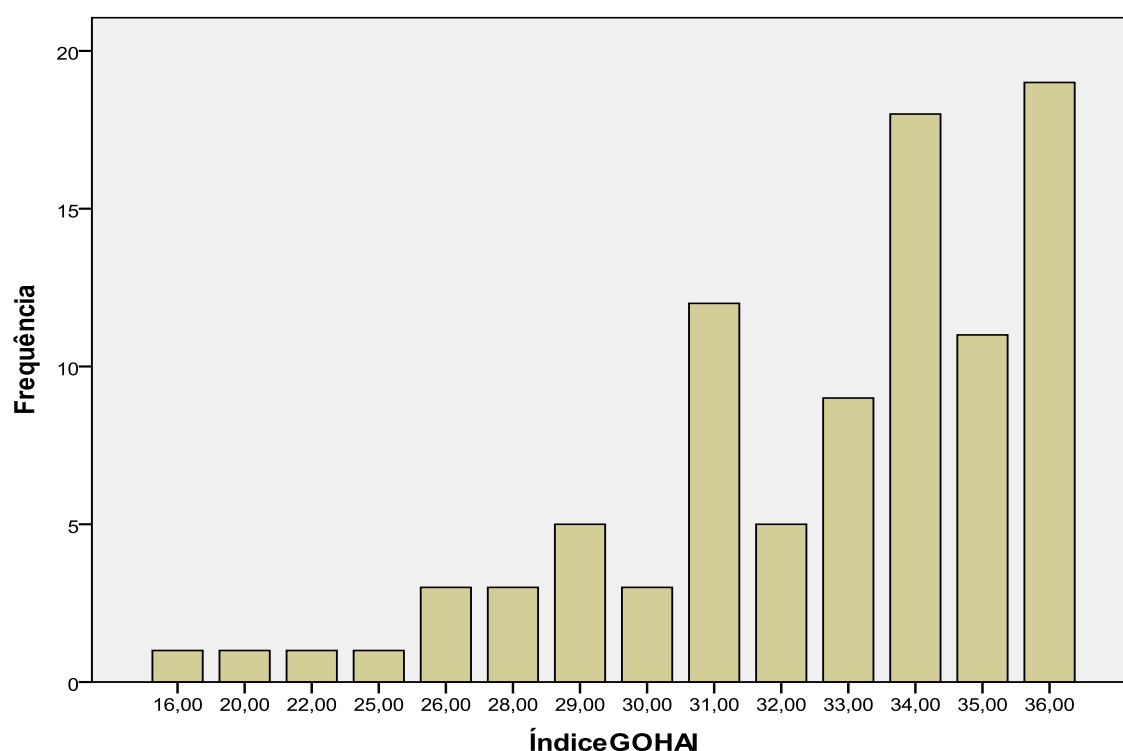
3. Análise Estatística do Índice GOHAI

A média do índice GOHAI da amostra é de 32,50. O valor mínimo e máximo registado foi, respectivamente, 16 e 36 (Tabela 20).

Tabela 20 - Estatística Descritiva da Pontuação obtida através do Índice GOHAI

GOHAI	
N	92
Média	32,50
Mediana	34,00
Desvio Padrão	3,68
Mínimo	16,00
Máximo	36,00

Fig. 1- Distribuição de Frequências das diferentes pontuações obtidas com o Índice GOHAI



O valor mais registado foi a pontuação máxima, 36 (Figura 1).

Relativamente à média do índice GOHAI, os resultados demonstram-nos uma população com moderada percepção da saúde oral. Quanto à distribuição de respostas

por nível de percepção, a percepção é baixa em 19,6% dos casos, 28,2% demonstrou ter uma moderada percepção e 52,2% uma alta percepção (Tabela 21), existindo uma tendência para uma percepção moderada-alta.

Tabela 21 - Distribuição de Frequências consoante o Nível de Percepção Baixa, Moderada ou Alta

Níveis de Percepção				
		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Válidos	Percepção Baixa	18	19,6	19,6
	Percepção Moderada	26	28,2	47,8
	Percepção Alta	48	52,2	100,0
	Total	92	100,0	

Relativamente à distribuição de respostas por domínio do Índice GOHAI, pretendemos averiguar qual destas dimensões (físico/funcional, psicossocial ou dor/desconforto) foi mais afectada, através da frequência de respostas “sempre”, “algumas vezes” e “nunca”. Verificámos, então, que o domínio físico/funcional foi o mais afectado dos três, com 9,4% visto que foi o que contabilizou mais respostas positivas, logo é o domínio que maior impacto negativo tem na vida destes indivíduos. Por fim, a dimensão menos afectada é a psicossocial com 90,6% pois foi aquela a que esta população atribuiu maior número de respostas negativas sendo, portanto, aquela que menos interfere no quotidiano destes idosos (Tabela 22).

Tabela 22 - Tabela de Frequências das respostas "Sempre", "Algumas vezes" e "Nunca" relativamente aos diferentes domínios do GOHAI. *Excepção: As respostas "Sempre" e "Nunca" foram invertidas

Distribuição de respostas por domínio do Índice GOHAI					
	Nº da Questão	Sempre	Algumas vezes	Nunca	Total
Físico / Funcional	1	13	22	57	92
	2	11	27	54	92
	4	2	13	77	92
	Total	26	62	188	276
	%	9,4	22,5	68,1	100,0
Psicossocial	6	0	4	88	92
	7*	3	14	75	92
	9	4	8	80	92
	10	1	5	86	92
	11	1	3	88	92
	Total	9	34	417	460
	%	2,0	7,4	90,6	100,0
Dor / Desconforto	3	3	29	56	92
	5	5	28	59	92
	8	4	10	78	92
	12	14	29	49	92
	Total	26	96	242	364
	%	7,1	26,4	66,5	100,0

4. Correlação dos Indicadores Sócio-Demográficos com o Índice de GOHAI

De forma a facilitar a análise estatística no parâmetro da “idade”, encontrámos a média deste indicador e dividimos o grupo etário em “ ≤ 74 ” (n=50) e “ >74 ” (n=42). Não se verificou associação entre esta questão e a percepção da sua saúde oral ($p>0,05$; ver tabela 23), porém com o aumento da idade diminui a percentagem de indivíduos com “alta percepção” e aumenta a percentagem dos mesmos com “baixa percepção”.

No que se refere ao “estado civil” agrupámos as respostas em dois grupos distintos, sendo que os indivíduos que responderam “solteiro”, “divorciado” e “viúvo” pertencem ao conjunto “sozinho” (n=36) e os que têm como estado civil “casado” ou “união de facto” incluem-se no grupo dos “acompanhados” (n=56). Em relação à autopercepção e a esta questão, não se verifica associação ($p>0,05$; ver tabela 23), contudo os indivíduos acompanhados revelam uma percepção mais elevada.

Em relação ao “nível de escolaridade” foi feito um agrupamento em “até ao 4ºano” (n=71) visto que foi a resposta mais vezes obtida e “superior ao 4ºano” (n=21) que englobava as hipóteses de resposta “até ao 7ºano”, “até ao 9ºano”, “até ao 12ºano” e “curso superior”. Não se verificou associação entre a autopercepção e esta questão ($p>0,05$; ver tabela 23), todavia averiguou-se que a percepção foi mais elevada nos indivíduos com a escolaridade superior ao 4ºano.

Quanto à questão sobre o “rendimento familiar” as respostas foram reduzidas a três categorias “ < 1 salário mínimo” (n=35), “1-2 salários mínimos” (n=48) e “2-4 salários mínimos” (n=9). Não se verificou associação entre a percepção sobre a saúde oral e esta questão ($p>0,05$; ver tabela 23), porém os indivíduos com salários mais elevados são aqueles que têm melhor percepção da sua saúde oral.

Relativamente à questão sobre o “sexo”, não foi encontrada associação positiva entre este e a autopercepção ($p>0,05$; ver tabela 23), pelo que as mulheres (n=54) revelaram piores níveis de alta percepção do que os homens (n=38).

No que se refere à “capacidade de autonomia”, as respostas foram agrupadas em duas categorias. A primeira intitulada “independentes” (n=82) e a segunda denominada “dependentes” (n=10), que englobava as respostas “totalmente dependentes” e “parcialmente dependentes”. Em relação à autopercepção e a esta questão, não se

verifica associação ($p > 0,05$; ver tabela 23), no entanto a população considerada “independente” é considerada a que tem melhor autopercepção.

Tabela 23 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de percepção. * Não se verificaram as condições de aplicabilidade do teste χ^2

Características Sociodemográficas e Nível de Percepção						
		Baixa Percepção	Moderada Percepção	Alta Percepção	Total	Teste
Grupo Etário	≤ 74	8	13	29	50	p = 0,444*
	%	16,0	26,0	58,0	54,3	
	>74	10	13	19	42	
	%	23,8	31,0	45,2	45,7	
	Total	18	26	48	92	
Estado Civil	Acompanhado	11	15	30	56	p = 0,921*
	%	19,6	26,8	53,6	60,9	
	Sozinho	7	11	18	36	
	%	19,4	30,6	50,0	39,1	
Nível de Escolaridade	Total	18	26	48	92	p = 0,387*
	Até ao 4ºano	16	20	35	71	
	%	22,5	28,2	49,3	77,2	
	Superior ao 4ºano	2	6	13	21	
Rendimento Familiar	%	9,5	28,6	61,9	22,8	p = 0,505*
	Total	18	26	48	92	
	<1 salário mínimo	5	9	21	35	
	%	14,3	25,7	60,0	38,0	
	1-2 salários mínimos	12	15	21	48	
	%	25,0	31,3	43,8	52,2	
	2-4 salários mínimos	1	2	6	9	
%	11,1	22,2	66,7	9,8		
Sexo	Total	18	26	48	92	p = 0,259*
	Masculino	10	8	20	38	
	%	26,3	21,1	52,8	41,3	
	Feminino	8	18	28	54	
	%	14,8	33,3	51,9	58,7	
Capacidade de Autonomia de vida	Total	18	26	48	92	p = 0,231*
	Independentes	16	21	45	82	
	%	19,5	25,6	54,9	89,1	
	Dependentes	2	5	3	10	
	%	20,0	50,0	30,0	10,9	

Seguidamente, apresentamos a tabela 24 que correlaciona o nível de percepção com a “situação face ao emprego”. Relativamente à última variável, não se justifica a análise entre esta e o nível de percepção visto que a população activa é constituída por duas pessoas e a população desempregada por apenas uma pessoa. Por isso, não dispomos de dados suficientes para testar qualquer associação entre as variáveis referidas.

Tabela 24 - Correlação entre "Nível de Percepção" e "Situação face ao emprego"

Nível de Percepção e Situação face ao emprego						
		Situação face ao emprego			Total	
		Activo	Desempregado	Reformado		
Nível de Percepção	Percepção Baixa		1	0	17	18
		%	1,1%	0%	18,5%	19,6%
	Percepção Moderada		0	0	26	26
		%	0,0%	0,0%	28,3%	28,3%
	Percepção Alta		1	1	46	48
		%	1,1%	1,1%	50,0%	52,2%
Total			2	1	89	92
		%	2,2%	1,1%	96,7%	100,0%

5. Correlação da Auto-Avaliação da Condição Oral com o Índice GOHAI

Relativamente à questão sobre a “avaliação dos dentes e gengivas”, as respostas foram agrupadas em categorias conforme eram positivas (n=39) ou negativas (n=38). No primeiro grupo foram incluídas as respostas “excelentes”, “bons” e “regulares” e no segundo as respostas “maus” e “péssimos”.

Tanto os idosos que fizeram uma avaliação positiva como negativa desta questão, a maioria possuem uma “alta percepção” da saúde oral. No entanto não foi encontrada relação entre a autopercepção e a “avaliação dos dentes e gengivas” ($p > 0,05$; ver tabela 25).

Quanto ao “grau de satisfação com a prótese”, a maior parte dos indivíduos respondeu afirmativamente (n=39) a esta questão. Desses, existe uma superioridade nos resultados da “alta percepção”, contrariamente à população inquirida que respondeu negativamente (n=19), em que a maioria possui uma “moderada percepção”. Contudo,

não foi encontrada associação significativa ($p > 0,05$) entre esta questão e a percepção sobre a saúde oral (Tabela 25).

Tabela 25- Associação entre os níveis de percepção e as questões de auto-avaliação. Não se verificam as condições de aplicabilidade χ^2

Questões de Auto-Avaliação : Nível de Percepção						
		Nível de Percepção				Teste
		Baixa Percepção	Moderada Percepção	Alta Percepção	Total	
Avaliação dos Dentes e Gengivas	Positiva	5	8	26	39	p = 0,149*
	%	6,5%	10,4%	33,8%	50,6%	
	Negativa	9	12	17	38	
	%	11,7%	15,6%	22,1%	49,4%	
	Total	14	20	43	77	
Satisfação com a prótese	Sim	7	12	20	39	p= 0,573*
	%	12,1%	20,7%	34,5%	67,2%	
	Não	4	8	7	19	
	%	6,9%	13,8%	12,1%	32,8%	
	Total	11	20	27	58	

6. Correlação entre os Indicadores Sócio-Demográficos e a Auto-Avaliação da Condição Oral

Nas seguintes questões, não se verificou qualquer associação entre estas e as variáveis socioeconómicas ($p > 0,05$; ver tabela 26).

Quanto ao “grupo etário”, a população idosa mais recente relatou fazer uma avaliação positiva dos seus dentes e gengivas ($n=26$) (56,5%), contudo a maioria dos indivíduos com idade mais avançada possuem uma avaliação negativa ($n=18$) (58,1%).

Relativamente ao “estado civil”, foi encontrada uma percentagem muito semelhante entre as respostas dos indivíduos “acompanhados” e “sozinhos”, pelo que o primeiro grupo revela uma avaliação positiva em 51% ($n=25$) e negativa em 49% ($n=24$) e o segundo grupo apresenta 50% de cada uma das hipóteses ($n=14$).

Também no que se refere à “escolaridade”, os resultados mostraram-se bastante semelhantes, tendo o grupo “até ao 4ºano” igual avaliação dos dentes e gengivas (50%) ($n=29$) e a categoria “superior ao 4ºano” apresenta uma avaliação positiva em 52,6% ($n=10$) e negativa em 47,4% ($n=9$).

No que toca ao “rendimento familiar”, o grupo “<1 salário mínimo” apresenta uma avaliação positiva em 66,7% ($n=20$) dos casos. Já as categorias “1-2 salários mínimos” e “2-4 salários mínimos” revelam uma maioria de indivíduos com avaliação negativa sendo, respectivamente, 59% ($n=23$) e 62,5% ($n=5$).

As mulheres tiveram uma avaliação quase tão positiva (51,1%) ($n=24$) como negativa (48,5%) ($n=23$). Já os homens tiveram a mesma percentagem para cada resposta (50%) ($n=15$).

Na “capacidade de autonomia de vida”, os indivíduos independentes classificaram na mesma proporção (50,0%) esta questão e os dependentes classificaram a avaliação como sendo positiva em 57,1% ($n=4$) dos casos e negativa em 42,9% ($n=3$).

Tabela 25 - Correlação entre os indicadores sociodemográficos e a avaliação dos dentes e gengivas. . EF- Teste Exacto de Fisher *Não se verificaram as condições de aplicabilidade do teste χ^2

Avaliação dos dentes e gengivas					
		Positiva	Negativa	Total	Teste
Grupo Etário	≤ 74	26	20	46	p= 0,250 (EF)
	%	56,5	43,5	59,7	
	>74	13	18	31	
	%	41,9	58,1	40,3	
	Total	39	38	77	
Estado Civil	Acompanhado	25	24	49	p = 1 (EF)
	%	51,0	49,0	63,6	
	Sozinho	14	14	28	
	%	50,0	50,0	36,4	
	Total	39	38	77	
Nível de Escolaridade	Até ao 4ºano	29	29	58	p = 1 (EF)
	%	50,0	50,0	75,3	
	Superior ao 4ºano	10	9	19	
	%	52,6	47,4	24,7	
	Total	39	38	77	
Rendimento Familiar	<1 Salário mínimo	20	10	30	p = 0,079* (χ^2)
	%	66,7	33,3	39,0	
	1-2 Salários mínimos	16	23	39	
	%	41,0	59,0	50,6	
	2-4 Salários mínimos	3	5	8	
	%	37,5	62,5	10,4	
	Total	39	38	77	
Sexo	Masculino	15	15	30	p = 1 (EF)
	%	50,0	50,0	39,0	
	Feminino	24	23	47	
	%	51,1	48,9	61,0	
	Total	18	26	92	
Capacidade de Autonomia de vida	Independentes	35	35	70	p = 1 (EF)
	%	50,0	50,0	90,9	
	Dependentes	4	3	7	
	%	57,1	42,9	9,0	
	Total	39	38	77	

Nesta questão não foi encontrada associação significativa ($p > 0,05$) Nas variáveis socioeconómicas (Tabela 27).

Relativamente ao grupo etário, a maioria (n=39) encontra-se satisfeita com a prótese.

No que se refere ao “estado civil”, os indivíduos afirmam estar satisfeitos (n=39), principalmente os que se encontram “acompanhados” (n=21) (72,4%).

A população apresentou maior percentagem de respostas positivas, sobretudo as que possuem maior “nível de escolaridade” (n=11) (73,3%).

Os indivíduos, relativamente ao “rendimento familiar”, responderam, na grande maioria, positivamente a esta questão, sobretudo os que recebem menos que um salário mínimo (n=15), que são os mais satisfeitos com 71,4%.

As mulheres foram as que mais se mostraram agradadas com a sua prótese com 72,5% (n=29), ao contrário dos homens que apresentam uma taxa de insatisfação de 44,4% (n=8).

Os idosos independentes e dependentes apresentaram maior número de respostas positivas a esta questão, com percentagens muito semelhantes, sendo, respectivamente 67,3% (n=36) e 66,7% (n=6).

Em suma, a maioria dos idosos encontra-se satisfeito com a sua prótese.

Tabela 26 - Correlação entre os indicadores sociodemográficos e a satisfação com a prótese. EF- Teste Exacto de Fisher. *Não se verificaram as condições de aplicabilidade do teste χ^2

Satisfação com a Prótese					
		Sim	Não	Total	Teste
Grupo Etário	≤ 74	18	8	26	p = 1 (EF)
	%	69,2	30,8	44,8	
	>74	21	11	32	
	%	65,6	34,4	56,2	
	Total	39	19	58	
Estado Civil	Acompanhado	21	8	29	p = 0,576 (EF)
	%	72,4	27,6	50,0	
	Sozinho	18	11	29	
	%	62,1	37,9	50,0	
	Total	39	19	58	
Nível de Escolaridade	Até ao 4ºano	28	15	43	p = 0,752 (EF)
	%	65,1	34,9	74,1	
	Superior ao 4ºano	11	4	15	
	%	73,3	26,7	25,9	
	Total	39	19	58	
Rendimento Familiar	<1 salário mínimo	15	6	21	p = 0,873 * (χ^2)
	%	71,4	28,6	36,2	
	1-2 salários mínimos	20	11	31	
	%	64,5	35,5	53,5	
	2-4 salários mínimos	4	2	6	
	%	66,7	33,3	10,3	
	Total	39	19	58	
Sexo	Masculino	10	8	18	p = 0,237 (EF)
	%	55,6	44,4	31,0	
	Feminino	29	11	40	
	%	72,5	27,5	69,0	
	Total	39	19	58	
Capacidade de Autonomia de vida	Independentes	36	16	49	p = 1 (EF)
	%	67,3	32,7	84,5	
	Dependentes	6	3	9	
	%	66,7	33,3	15,5	
	Total	39	19	58	

7. Correlação entre os vários domínios do GOHAI

Quanto à correlação entre os domínios do GOHAI, verifica-se que existe influência do domínio psicossocial sobre o domínio físico/funcional e da dor/desconforto, ou seja, para valores elevados no domínio psicossocial, obtemos valores também elevados no domínio físico/funcional e da dor/desconforto. Também existe relação entre o domínio dor/desconforto e o domínio da físico/funcional, isto é, quanto pior forem as condições orais relativas ao primeiro domínio, piores serão essas condições no domínio físico/ funcional.

Estas associações foram testadas pelo Teste de Spearman (Tabela 28).

Tabela 27 - Correlação entre os domínios do GOHAI, aplicando o Teste de Spearman

Correlação entre os domínios do GOHAI		
Domínios	Psicossocial	
	Rho de Spearman	Coeficiente de Correlação
Físico/ Funcional	,016	,252
Dor/ Desconforto	,000	,425
Domínio	Dor/Desconforto	
Físico / Funcional	,000	,631

V. DISCUSSÃO

Neste estudo inquirimos a população utente do Centro de Saúde de Odivelas, com o intuito de, posteriormente, ser feita uma comparação com outras zonas de Lisboa e Almada, com a finalidade de ser verificar se existem diferenças nas variáveis estudadas.

Segundo Silva e Fernandes (2001), a autopercepção é um método de avaliação que deve ser utilizado pois o primeiro passo na elaboração de um programa nacional de saúde oral, que inclua acções educativas, direccionadas para o autodiagnóstico e autocuidado, além de acções preventivas e curativas, inclui a compreensão do paciente acerca da sua saúde. Assim sendo, o facto de desconhecermos a existência de problemas de saúde oral constitui uma barreira no acesso aos serviços de Medicina Dentária (Henriques et al., 2007), ou seja, a saúde percebida é um bom preditor de morbilidade, incapacidade e mortalidade. Trata-se, então, de um indicador útil aos executores de políticas de saúde (Borim, Barros & Neri, 2012), que deve ser usado para complementar informações clínicas (Silva & Sousa, 2006). A autoavaliação da saúde oral e a satisfação global com a vida facultam ao idoso a oportunidade de expressar o seu conhecimento pessoal da própria realidade e da sua saúde (Silva & Souza, 2006).

A autopercepção da saúde tem sido utilizada em vários estudos, sendo este considerado um instrumento confiável, apto a expressar vários domínios da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos, relacionando-se com o declínio funcional, sendo utilizada em estudos geriátricos (Carvalho, Santos, Souza & Souza, 2012). Vasconcelos Júnior, Teles & Mendes (2012), citando Atieh (2008), refere que os pacientes que tinham entendido a sua condição oral como positiva, tinham mais probabilidade de ter melhores níveis de GOHAI do que aqueles que entendiam o estado da sua saúde oral como negativa.

A média de idades desta população-alvo é de 73,76 anos, variando entre um mínimo de 65, tal como no estudo de Montenegro, Arcas e Hiratsuka (2012) e um máximo de 89 anos. Não é de estranhar que quando impomos limite mínimo para o estudo (65 anos) e tendo em conta o aumento da longevidade verificada no Censos de 2011, que a média de idades no estudo aumente. Visto que nos estudos de Fonseca et al. (2011), Miranda, Silveira, Miranda e Bonan (2011) e Cárdenas, Vergara e Martínez (2012), a idade mínima para critério de inclusão no estudo seria de 60 anos. O género

predominantemente entrevistado foi o feminino (58,7%) tal como nos estudos de Martins et al. (2009), Pinto (2009), Murariu et al. (2010), Borim et al. (2012), Mallmann, Toassi e Abegg (2012), Montenegro et al. (2012), Reichert, Loch e Capilheira (2012) e Vasconcelos et al. (2012), visto que os homens morrem cerca de sete anos mais cedo que as mulheres e que estes apenas recorrem aos serviços de saúde por questões primárias e menos frequentemente, desvalorizando a prevenção e a preocupação com a saúde (Borges & Seidl, 2012).

A maioria dos idosos inquiridos encontra-se reformada (96,7%), tal como no estudo de Cárdenas et al. (2012) e Carvalho et al. (2012). Este resultado era esperado visto que a idade da reforma está nos 65 anos, desde 2007, logo a maioria dos idosos deve ter sido abrangido por esta medida. Dos restantes, 2,2% ainda se encontra no activo e apenas 1,1% se encontra desempregado.

Quanto ao estado civil, 60,9% da população é casada ou vive em união de facto, tal como evidenciou Borim et al. (2012) no seu estudo, 8,7% encontra-se divorciado ou separado de facto, 3,2% é solteiro e 27,2% é viúvo. Estes dados diferem dos resultados encontrados nos Censos 2011, em que tínhamos percentagens de 46,5% de indivíduos casados, 40,5% de solteiros e 7,3% de viúvos. Apenas os valores encontrados na população divorciada estão, aproximadamente, em concordância (5,6%). Curiosamente os valores obtidos estão mais próximos da realidade portuguesa nos Censos em 2001, em que se observou 58% de idosos casados, 7% de solteiros e 31% de viúvos. Já no estudo de Barbosa et al. (s.d.) há uma predominância de viúvos, em vez de casados, devido, talvez, à maior longevidade das mulheres e à dificuldade destas em realizar um segundo casamento.

Relativamente às habilitações literárias, observou-se, apenas, 1,1% de indivíduos analfabetos. Apesar desta percentagem tão reduzida, é de notar que o analfabetismo em Portugal tem vindo a diminuir, visto que nos Censos em 2001 foi de 34% e em 2011 decresceu para 19%. Borim et al. (2012) afirma que esta redução na analfabetização reflecte um aumento no desenvolvimento socioeconómico e uma diminuição no número de indivíduos que vive em condições precárias. 9,8% da população inquirida sabia somente ler e escrever.

Constatou-se que existe maior percentagem de idosos a concluir o 1º ciclo com 66,3%, tal como nos estudos de Martins et al. (2007), Pinto (2009), Bianco et al. (2010) e Borim et al. (2012). Comparativamente aos dados dos Censos 2011, a percentagem de indivíduos que concluiu o 1º ciclo foi bastante menor (25%). A percentagem de idosos

que concluiu o 2º ciclo (10,8%) é mais semelhante à dos Censos de 2011 (13%), visto que na população que completou 3º ciclo (8,7%), o secundário (2,2%) e o ensino superior (1,1%) foram encontrados resultados muito divergentes sendo, respectivamente, 15%, 13% e 12%.

Quanto ao rendimento mensal, 33,7% dos indivíduos entrevistados referem receber menos que um salário mínimo (485€) ao contrário dos 46,2% que alega auferir entre um a dois salários mínimos. Apenas nove idosos (8,7%) têm um rendimento mensal mais elevado do que dois salários mínimos. Estes resultados contradizem o estudo de Barbosa et al. (s.d.) e Ribeiro et al. (2012) em que a maioria dos entrevistados refere receber menos que um salário mínimo mas comprovam o estudo de Borim et al. (2012) e Mallmann et al. (2012) em que a maioria auferir mais do que um salário mínimo.

Em relação à elevada percentagem de indivíduos totalmente independentes (89,1%), estes resultados podem ser devido ao facto do estudo ter sido realizado no Centro de Saúde, onde se dirigem maioritariamente, indivíduos nas suas perfeitas capacidades. Apenas foram encontrados 9,8% de indivíduos parcialmente dependentes e 1,1% totalmente dependentes. Este facto pode ser decorrente da idade avançada, visto que é natural surgirem doenças degenerativas que impossibilitem os doentes de se deslocar a estas instituições de saúde, optando, muitas vezes, por serviços ao domicílio em indivíduos parcialmente ou totalmente dependentes.

Quanto ao facto dos idosos terem conhecimento da existência de algum profissional de saúde oral no Centro de Saúde em questão, a maior parte dos indivíduos alega não saber, 42,4% refere que sabe da existência e apenas 13% relata que desconhece. Apesar não constituírem a maioria, considera-se bastante positivo o facto de 49 indivíduos estarem informados sobre a existência de um profissional de saúde oral e, muitos dos quais, porque recorrem muito frequentemente a este serviço neste Centro de Saúde. Os resultados revelam uma população que realizou a sua última visita ao dentista há menos de um ano (37%), 35,9% da mesma revela que não sabe qual a última vez que o fez e 27,1% refere tê-lo feito há mais de um ano. Estes resultados contrariam o estudo de Martins et al. (2009) em que a última consulta de Medicina Dentária foi realizada há menos de dois anos por 29,4%. Miranda et al. (2011) e Ribeiro et al. (2012), nos seus estudos, referem que a maioria dos idosos não vai ao dentista há mais de três anos. Esta maioria pode estar associada ao facto de um grande número de idosos ter conhecimento do gabinete de Medicina Dentária existente neste mesmo Centro de

Saúde visto que no estudo de Matos e Lima-Costa (2006) apenas 18,8% dos idosos realizaram a sua última consulta dentária há menos de um ano.

Quanto à avaliação dos seus dentes e gengivas, 48,8% dos idosos faz uma avaliação positiva enquanto 47,5% considera negativa essa apreciação. Também Matos e Lima-Costa (2006), Henriques et al. (2007) e Martins et al. (2009) comprovaram, nos seus estudos, que a maioria dos idosos também avalia a sua saúde oral como positiva.

Quando questionados sobre se receberam informações sobre o auto-exame para prevenir o cancro oral, os idosos mostram-se desinformados relativamente ao assunto com 95,7% de indivíduos a responderem negativamente. Dos quatro indivíduos (4,3%) que afirmam estar informados, três referem ter sido o Médico de Clínica Geral a facultar essa informação e apenas um alega ter sido o Médico Dentista a fornecer esses conhecimentos, o que demonstra que o Médico Dentista ainda não se encontra muito direccionado para estes problemas que acometem, com cada vez mais frequência, a cavidade oral. Com a implementação do cheque-dentista para doentes com cancro oral, já há Médicos Dentistas com formação própria específica a este nível, sendo então possível efectuar uma intervenção precoce, através de rastreios do cancro oral.

Apesar de a maioria estar satisfeita com a prótese, temos alguns idosos com queixas relativamente à mesma. O facto de esta população poder ter alterações dos tecidos moles, devido ao uso de próteses antigas muito superior ao tempo recomendado, pode justificar essa má adaptação e não funcionalidade da prótese. Essa falta de associação entre a presença de lesões e a autopercepção da necessidade de tratamentos dentários é um motivo de preocupação visto que o reconhecimento dessas alterações é importante para a procura de serviços de Medicina Dentária e para o diagnóstico precoce de cancro oral (Vasconcelos et al., 2012).

A maioria dos indivíduos revela ter conhecimento da importância da obtenção de informações relativas à saúde oral e considera a boca como parte integrante do seu corpo (89,1%). Apenas quatro idosos referem não haver benefícios em ter essas informações para preservar a sua saúde como um todo.

Relativamente à utilização de prótese dentária, verificou-se um grande número de portadores (63,0%), tal como nos estudos de Bianco et al. (2010) e Miranda et al. (2011), dos quais a grande maioria encontra-se satisfeita com a mesma (67,2%). O que indica que existe uma elevada percentagem da população com dentes perdidos, conforme relata Mallmann et al. (2012). Este autor afirma, também, que a preocupação dos indivíduos com a estética é um factor importante para o uso de prótese. O facto do

cheque-dentista para idosos não poder ser aproveitado para o pagamento de próteses dentárias é um problema, visto que neste estudo, a maioria dos inquiridos é portadora de próteses, o que não vai de encontro às medidas de saúde pública do PNPSO. Outra limitação do cheque dentista está no facto deste apenas ser dirigido aos idosos beneficiários do Complemento Solidário Mínimo e não a todos os idosos, visto que estes constituem, por si só, um grupo de atenção dirigida.

Uma pequena percentagem referiu alguns problemas de adaptação com a prótese. Segundo Unfer, Braun, Silva e Filho (2006) a reabsorção óssea é uma das causas da desadaptação das bases das próteses e os portadores destas, podem comprometer a sua saúde pela perda da eficácia mastigatória, além de colocar em risco, também, a qualidade nutricional da dieta alimentar.

41,4% dos indivíduos relata que ninguém lhes ensinou como efectuar a higiene da sua prótese e 58,6% da população refere fazê-lo tal qual o profissional de saúde lhe ensinara. Desses, a maioria garante efectuar a higiene de manhã e à noite, tal como no estudo de Furtado, Forte e Leite (2011), três indivíduos referem fazê-lo semanalmente, quatro não sabem quantas vezes devem fazê-lo e dois referem não o fazer. No estudo de Pinto (2009), a maioria dos idosos refere efectuar a higiene da prótese três vezes ao dia, seguido da resposta “duas vezes ao dia”. Dos que afirmaram fazê-lo, a maioria alega a utilização de pasta de dentes (29,3%) e escova (27,6%), tal como no estudo de Pinto (2009), seguido de produtos próprios para higiene da prótese (17,2%) e de água (15,5%). Ribeiro et al. (2012) alerta para a importância de uma correcta manutenção e limpeza das próteses dentárias visto que este procedimento é necessário para a saúde das estruturas orais envolventes, uma vez que a falta de higiene se relaciona com uma maior prevalência de patologias orais.

É relevante observar que dos 37,0% que referiu a não utilização de prótese, a justificação mais usada foi a falta de necessidade. Martins et al. (2009) e Mallmann et al. (2012) comprovam que a utilização de prótese é uma necessidade da população idosa. O segundo motivo mais utilizado foi o factor económico. O facto das reformas da maioria dos indivíduos estarem mais reduzidas pode ser um elemento fulcral para que estes não consigam reunir condições económicas para obter uma prótese dentária, visto esta ser relativamente dispendiosa comparativamente aos encargos destes idosos.

Consciencializar o idoso da necessidade para o uso dos serviços dentários é essencial, inclusivamente para desdentados, afim de um diagnóstico precoce e

tratamento das lesões porque é esta população que menos frequenta estes serviços e esta utilização é ainda mais reduzida para os que não preservam dentes (Silva et al., 2011).

A média de GOHAI foi de 32,50, o que significa que a percepção é moderada. Apesar da análise por classes remeter para uma percepção mais alta, visto que a mediana é 34 e a moda 36, consideramos que a população do Centro de Saúde de Odivelas tem uma percepção moderada com tendência a ser alta. Ribeiro et al. (2012) justifica estes resultados visto que, apesar da maioria da população referir uma condição oral razoável, os idosos consideram usualmente a sua condição oral como boa, ainda que tenham muitas perdas dentárias e alterações orais consideráveis. Jardim, Barreto e Giatti (2010), Fonseca et al. (2011), Miranda et al. (2011), Afonso (2012) e Vasconcelos et al (2012) também obtiveram percepções moderadas. Lima et al. (2007), Alcarde et al. (2010), Pagotto et al. (2011), Nunes Barreto e Gonçalves (2012) e Reichert et al. (2012) obtiveram resultados em que a percepção é baixa e Cárdenas et al. (2012), Carvalho et al. (2012) e Durão (2012) estudaram populações cuja percepção é maioritariamente alta.

O domínio de GOHAI mais afectado foi o físico/ funcional, facto corroborado por Silva e Sousa (2006), Fonseca et al. (2011) e Afonso (2012) e contrariado por Furtado et al. (2011). Também Cárdenas et al. (2012) constatou que a função física é bastante afectada, principalmente no incómodo ao deglutir alimentos. O facto de os idosos poderem expressar-se, partilhar alegrias e angústias, conversar com outras pessoas sobre parte da vida, saborear alimentos e poder nutrir-se por eles são desempenhos muito importantes (Furtado et al., 2011).

Já o domínio menos afectado foi o psicossocial, ou seja, a sua condição oral não traz problemas para o seu convívio nem interfere na sua auto-estima, tal como verificou Henriques et al. (2007), Fonseca et al. (2011) e Afonso (2012). Estes resultados podem ser devido à maioria dos idosos ser utilizador de prótese dentária, o que é muito importante na estética e na articulação das palavras (Furtado et al., 2011). Moreira et al. (2009) também verificou que a aparência dos dentes dos indivíduos não era motivo para deixar de haver convívio social. Já Costa, Saintrain e Vieira (2010) e Cárdenas et al. (2012) constataram que o domínio psicossocial é o mais afectado, principalmente no facto dos idosos se sentirem incomodados ao comerem diante de outrem devido aos problemas com os seus dentes.

As condições de dor e desconforto foram pouco prevalentes entre os idosos, facto verificado, também, por Henriques et al. (2007), o que pode denotar que o idoso

tem tendência a adaptar-se às condições de carácter não letal, reflectindo, assim, a capacidade de adaptação do idoso às alterações orais durante o envelhecimento (Lima et al., 2007). No estudo de Costa et al. (2010) estes autores citam que “o sentimento de dor dos idosos é visto como um fenómeno natural, tornando mais difícil conceber para si a ideia de bem-estar”.

Em nenhum dos indicadores sociodemográficos foi encontrada associação com o nível de percepção. Relativamente ao grupo etário, foram os idosos mais novos (com idades iguais ou inferiores a 74 anos) que revelam maior auto-consciência dos seus problemas em saúde oral, tal como no estudo de Jardim et al. (2010), Carvalho et al. (2012) e Nunes et al. (2012) que observaram que o avançar da idade contribuiu para piorar a autopercepção do estado de saúde. Já Miranda et al. (2011) e Pagotto et al. (2011) encontraram melhores resultados de autopercepção em idosos maiores de 75 anos e o primeiro autor justifica estes valores devido ao processo de adaptação dos idosos ou ao reconhecimento da deterioração das condições de saúde como normal no envelhecimento.

Quanto ao estado civil, foram os indivíduos que se encontram sozinhos, os que tiveram menor nível de autopercepção, resultados semelhantes aos estudos de Jardim et al. (2010), Miranda et al. (2011), Pagotto et al. (2011), Reichert et al. (2012) e Nunes et al. (2012), o que não seria de esperar visto que estes indivíduos estão mais receptivos a novos relacionamentos (Alcarde et al. 2010).

Não se verificou associação entre o factor sociodemográfico e a autopercepção, devido, talvez, ao facto da maioria dos indivíduos ter poucas habilitações literárias. Os estudos de Nunes e Abegg, (2008), Pinto, (2009), Pagotto, et al. (2011) e Reichert et al. (2012) também verificaram que são os idosos com menos nível de escolaridade, os que pior entendem os problemas relacionados com a sua saúde oral. Carvalho et al. (2012) sugere que os indivíduos com maior acesso à informação, educação e com maior grau de escolaridade, terão melhores práticas de auto cuidado e assistência à saúde, o que lhes confere melhor percepção do seu estado de saúde. Pagotto et al. (2011) refere que a autoavaliação do estado de saúde melhora com o aumento do nível de informação dos indivíduos.

Nunes et al. (2012) afirma que a autopercepção da saúde é fortemente influenciada pela situação socioeconómica do idoso e/ou da sua família e Pagotto et al. (2011) afirma que estes estudos reflectem o cenário de desigualdades sociais e as suas repercussões para a sociedade. No entanto, neste estudo não foi encontrada associação

entre o nível de autopercepção e o salário mensal. Os indivíduos com maior rendimento salarial revelaram maior autopercepção relativamente à saúde oral, tal como nos estudos de Carvalho et al. (2012) e Reichert et al. (2012) e contradizendo as pesquisas de Jardim et al. (2010) e Nunes et al. (2012) em que estes são os que menos sabem auto-avaliar a sua saúde oral. Carvalho et al. (2012) refere que o rendimento mensal é um auxiliador na procura de tratamentos, o que pode ajudar na percepção do indivíduo e Ribeiro et al. (2012) afirma que está descrito que um baixo nível de escolaridade associado a baixos rendimentos originam maior dificuldade em perceber as necessidades de tratamento e, devido à falta de poder económico, há uma diminuição na procura do Médico Dentista. O facto de não ter sido encontrada associação entre esta variável e a autopercepção pode ser devido à maioria dos indivíduos auferir um rendimento mensal baixo, reflectindo a reduzida condição económica dos utentes deste Centro de Saúde.

Também Lima et al. (2007), Jardim et al. (2010) e Borim et al. (2012), não encontraram associação entre o género e o nível de percepção, porém neste último estudo também existe uma melhor percepção por parte dos homens, semelhante a Carvalho et al. (2012).

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as frequências da população dependente e independente que avaliaram a saúde de forma positiva ou negativa. Os indivíduos dependentes foram os que melhor entenderam a sua saúde oral, tal como no estudo de Nunes et al. (2012). Borim et al. (2012) cita que são os indivíduos mais doentes e com incapacidades funcionais agravadas os que pior avaliam a saúde oral.

Os indivíduos avaliaram os seus dentes e gengivas como positivos (50,6%), apesar da curta distância entre as percentagens encontradas. Ao relacionarmos o padrão sociodemográfico com esta questão, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Os idosos com 74 anos ou menos são os que melhor autoavaliam os seus dentes e gengivas, tal como nos estudos de Fonseca et al. (2011), ou seja, os idosos com idade mais avançadas são os que pior avaliam as suas estruturas. Bulgarelli e Manço (2008) observaram que quanto maior a idade e menor a escolaridade, menor seria o número de idosos insatisfeitos com a saúde oral, o que não se comprova com os nossos resultados.

A tendência dos nossos resultados aponta para os indivíduos que melhor auto-percepcionaram os seus dentes e gengivas vivem acompanhados, têm um nível de escolaridade superior ao 4º ano, auferem menos que um salário mínimo, são do sexo

feminino e encontram-se dependentes de terceiros. Uma das razões para a obtenção de melhores resultados de indivíduos do sexo feminino a perceberem os seus dentes e gengivas pode ser devido aos cuidados com a saúde estarem fortemente ligados à ideia de feminilidade e os serviços de saúde primários serem vistos maioritariamente como um espaço destinado ao público feminino (Borges & Seidl, 2012).

Não foi encontrada associação significativa entre as variáveis e o grau de satisfação com a prótese. Relativamente a este, os indivíduos mais novos, isto é, com idade igual ou inferior a 74 anos, são aqueles que demonstram estar mais satisfeitos, tal como os idosos que vivem acompanhados, com escolaridade superior ao 4º ano, a receber menos que um salário mínimo, do sexo feminino e considerados independentes.

Os idosos com idade igual ou inferior a 74 anos, que vivem acompanhados, com nível de escolaridade superior ao 4º ano, que auferem menos que um salário mínimo mensal e que pertencem ao sexo feminino são aqueles que demonstram melhor autopercepção da sua saúde oral e os que estão mais satisfeitos com a prótese.

Não foram encontradas associações com significado estatístico entre a avaliação dos dentes e gengivas e a satisfação com a prótese relativamente à autopercepção. Contudo, semelhante a Miranda et al. (2011), foram os indivíduos que utilizam prótese e estão satisfeitos, os que melhor entenderam a sua saúde oral. Os idosos que avaliam os seus dentes e gengivas como positivos são aqueles que têm melhor autopercepção da saúde oral.

Analisando os coeficientes de correlação de Spearman, verificamos existir uma correlação positiva entre todos os domínios. Aferimos um impacto significativo quando relacionamos a dimensão psicossocial com a dimensão físico/ funcional e da dor/desconforto, contrariando Fonseca et al. (2011) e confirmando o estudo de Afonso (2012). Furtado et al. (2011) observou que os idosos só entendem a sua baixa condição oral quando há processos agudos provocados por problemas como dor de dente e alguma modificação estética que altere a sua aparência.

Foi, também, encontrada associação entre o domínio da dor/desconforto e físico/ funcional talvez porque os indivíduos sentiram dores na boca e desconforto ao alimentar-se devido a problemas da boca, dentes e na capacidade mastigatória (Pires, 2009).

Segundo Fonseca et al. (2011), o GOHAI foi proposto para avaliar a situação da saúde oral no paciente, indicando a necessidade da realização de um exame clínico ou de uma visita ao Médico Dentista visto que este índice fornece-nos importantes

informações sobre perturbações funcionais, psicossociais e sintomatologia dolorosa essenciais para o paciente.

As Hipóteses de estudo são:

- Os idosos do Centro de Saúde de Odivelas têm uma moderada percepção, da sua saúde oral – Hipótese Aceite
- A dificuldade na mastigação e na alimentação não interferem na qualidade da sua saúde oral, na dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem) – Hipótese Rejeitada
- A dor existente na cavidade oral não interfere na qualidade da sua saúde oral, na sua dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem) – Hipótese Rejeitada

Quanto à primeira hipótese, comprovou-se que os idosos do Centro de Saúde de Odivelas têm uma moderada percepção da sua saúde oral, com tendência alta, o que significa que esta população compreende a sua condição geral relativamente à saúde oral. Assim, aceita-se a primeira hipótese.

Relativamente à segunda e terceira hipóteses, este estudo demonstra que quanto melhores forem as condições orais relativas ao domínio da dor/desconforto e físico/funcional, melhores serão, também, essas condições no domínio psicossocial, conforme exposto anteriormente. Assim, rejeitam-se ambas as hipóteses visto que tanto a dor existente na cavidade oral como as dificuldades na mastigação e na alimentação interferem na qualidade de vida da saúde oral, na dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem).

VI. CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, e de acordo com os objectivos propostos, podem-se retirar as seguintes conclusões:

- Os resultados obtidos através do índice GOHAI mostram-nos que os utentes do Centro de Saúde de Odivelas têm uma moderada percepção relativamente à sua saúde oral (média: 32,50) com tendência a elevada. Apesar destes resultados, a maioria obteve uma percepção elevada (52,2%).
- A população idosa frequentadora do Centro de Saúde de Odivelas é caracterizada por ser a maioria do sexo feminino, reformada, encontra-se casada ou vive em união de facto, possui um nível de escolaridade até ao 4ºano, auferem entre um e dois salários mínimos, é totalmente independente das suas actividades diárias e reconhece a existência de um profissional de saúde oral no Centro de Saúde onde pertence.
- Não foram encontradas associações significativamente estatísticas entre os factores sociodemográficos e a autopercepção com a sua saúde oral.
- Quanto à auto-avaliação da condição oral, conclui-se que os idosos do sexo feminino, com 74 anos ou menos, que vivem acompanhados, que têm um nível de escolaridade superior ao 4ºano, que auferem menos que um salário mínimo e que se encontram independentes de terceiros para as suas actividades diárias são os que melhor percepção têm sobre a sua saúde oral.
- Quanto ao grau de satisfação relativamente à prótese, conclui-se que a autopercepção da saúde oral é maior nos indivíduos do sexo feminino, com idade igual ou inferior a 74 anos, que vivem acompanhados, que possuem um nível de escolaridade superior ao 4ºano, que recebem menos que um salário mínimo mensal e que são independentes nas suas actividades diárias.

Neste estudo é evidente a importância de se trabalhar com a população idosa, muitas vezes excluída dos programas de saúde, e a necessidade de atenção que é necessária ter quando se trabalha com esta faixa etária da população. Analisar relações entre saúde oral e saúde geral, por meio de autoavaliação em idosos, dá-nos informações e conhecimentos relevantes sobre o relacionamento entre os indivíduos desta faixa etária e o profissional de saúde, para que possam assegurar melhores

condições de tratamento futuro, proporcionando-lhes um envelhecimento com melhor qualidade de vida. Torna-se de extrema importância que este tipo de paciente se sinta encorajado a continuar a preocupar-se com a sua saúde oral. Para que isto se concretize é necessário que o profissional de saúde que o acompanha tenha a percepção que o idoso não é somente mais um paciente, é um indivíduo que impõe ao Médico Dentista uma preparação prévia para poder prestar um serviço adequado às suas verdadeiras necessidades com muita tolerância e dedicação.

Sendo essencial uma reestruturação das políticas públicas de saúde oral em todos os grupos etários, o atendimento ao paciente idoso torna-se particularmente significativo pois este deve ser realizado com toda a atenção e paciência, no âmbito de uma equipa multidisciplinar, com vista, não só, a um progresso clínico das suas funções, mas também, de uma vida com maior autonomia e melhor qualidade de vida. Seria benéfico, também, a implementação de programas de saúde oral eficazes junto não só dos idosos mas também dos seus familiares/cuidadores, dotando-os de conhecimentos sobre saúde oral, para que, tanto em casa como em instituições de acolhimento, estes estejam preparados para motivar os idosos e, quando e sempre que necessário, efectuar uma higienização da sua cavidade oral.

E se a promoção dos cuidados de saúde oral deve ser, hoje em dia, uma das principais prioridades a nível de saúde e qualidade de vida, uma atenção e investimento no âmbito de saúde oral dos idosos também não deve ser, de todo, negligenciado.

VII. FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A autopercepção da condição oral desempenha um papel fundamental na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Com o intuito de obter maior conhecimento sobre esta realidade, serão necessários mais projectos, visto que, em Portugal há poucos estudos sobre o tema.

Recomenda-se uma linha de pesquisa a longo prazo com envolvimento e acompanhamento deste grupo populacional a fim de avaliar simultaneamente a condição oral, através de um exame clínico oral e a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde oral, com o intuito de uma melhor compreensão dos factores ligados à autopercepção da saúde oral e, conseqüentemente, dos comportamentos em relação à saúde oral desses indivíduos. Acreditamos que estudos dessa natureza sejam necessários para comprovar se os níveis de percepção sobre saúde oral do idoso estão, de facto, concordantes com a sua condição oral, para obtermos resultados e conclusões mais consistentes sobre o assunto.

Os dados adquiridos neste estudo tornam, também, possível a comparação com outros estudos, como é, também, objectivo do Projecto “Portugal a Sorrir”.

VIII. BIBLIOGRAFIA

Afonso, C. S. N. (2012). *A autopercepção da saúde oral e factores associados nos idosos do Centro de Saúde de Benfica* (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Portugal.

Alcarde, A., Bittar, T., Fornazar, D., Meneghim, M., Ambrosano, G., & Pereira, A. (2010). A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population, *Rev. odontociênc.*, 25(2), pp. 126-131.

Alencar, C., Andrade, F., & Catão, M. (2011). Oral surgery in elderly patients: clinical/surgical considerations and risk assessment, *RBSO*; 8(2), pp. 200-207.

Atchinson, K., & Dolan, T. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index, *J Dent Educ*, 54, pp. 680-700.

Atieh, M. (2008). Arabic version of the geriatric oral health assessment Index, *Gerodontology*, 25, pp. 34-41.

Barbosa, R., Barbosa, F., Filho, J. de, Barbosa, R., & Barbosa, D. (s.d.). Qualidade de vida na terceira idade: um estudo de caso com os beneficiários do Programa “Leite da Paraíba” na cidade de Campina Grande- PB, *SEGeT*

Bianco, V., Lopes, E., Borgato, M., Silva, P., & Marta, S. (2010). Impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida, *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (4), pp. 2165-2172.

Bonan, P., Borges, S., Haikal, D., Silveira, M., & Martelli-Júnior, H. (2008). Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados, *Rev. OdontoCiênc*, 23(2), pp. 115-119.

Borim, F., Barros, M., & Neri, A. (2012). Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(4): pp. 769-780.

Borges, L., & Seidl, E. (2012). Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos, *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (1), 66-81

- Bulgarelli, A., & Manço, A. (2008). Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal, *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4): pp. 1165-1174.
- Cárdenas, S., Vergara, K., & Martínez, K. (2012). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores, *Ver. ClínMedFam*, 5(1), pp. 9-16
- Carvalho, F., Santos, J., Souza, L., & Souza, N. (2012). Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 15(2), pp: 285-293
- Castro, C., Alves, C., & Lopes, F. (2010). Fatores sistêmicos associados à doença periodontal em idosos, *RevBras de Ciên do Envelh Hum*, 7(2), pp. 289-95.
- Castro, R., Portela, M., & Leão, A. (2007). Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23(10): pp. 2275-2284.
- Cohen-Carneiro, F., Souza-Santos, R., & Rebelo, M. (2011). Quality of life related to oral health: contribution from social factors, *Ciênc. saúdecolet.*, 16(1), pp. 1007-15.
- Cornejo, M., Pérez, G., Lima, K., Casals-Pedro, E., & Borrell, C. (2013). Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain), *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 1; 18(2): pp. 285-292
- Côrte-Real, I., Figueiral, M., & Reis Campos, J. (2011). As doenças orais no idoso – Considerações gerais, *RevPortEstomatolMedDentCirMaxilofac*, 52(3), pp. 175-180.
- Costa, E., Saintrain, M., & Vieira, A. (2010). Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados, *Ciência e Saúde Colectiva*, 15 (6): pp. 2925-2930
- Daradkeh, S., & Khader, Y. (2008). Translation and validation of the Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), *J. Oral Sci.*, 50(4), pp. 453-459.
- Deshmukh, S., & Radke, U. (2012). Translation and validation of the Hindi version of the Geriatric Oral Health Assessment Index, *Gerodontology*, 29(2): pp. 1052-8.
- DOI: 10.1111/j.1741

D.G.S. (2010). Elementos Estatísticos. Informação Geral. Saúde/2008, Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

D.G.S. (s.d.). Projecto Portugal a Sorrir. [consultado a 16.8.13]
Disponível em <http://www.dgs.pt>

D.G.S. (s.d.). Protocolo estabelecido entre Ministério da Saúde e Ordem dos Médicos Dentistas. [consultado a 20.8.13]
Disponível em <http://www.dgs.pt>

Durão, D. (2012). *O impacto da qualidade de vida em saúde oral nos idosos do Centro de Saúde de Alvalade versus os idosos do Centro de Saúde da Pontinha – um estudo comparativo* (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Portugal.

Enoki, K., Ikebe, K., Matsuda, K., Yoshida, M., Maeda, Y., & Thomson, W. (2013). Determinants of change in oral health-related quality of life over 7 years among older Japanese, *Journal Oral Rehabil.*; 40(4): 252-257.

DOI: 10.1111/joor.12031

Fonseca, P., Almeida, A., & Silva, A. (2011). Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada, *Rev Gaúcha Odontol.*, 59(2), pp. 193-200.

Furtado, D., Forte, F., & Leite, D. (2011). Uso e necessidade de prótese em idosos: reflexos na qualidade de vida., *Rev. Bras. Ciên. Saúde. Paraíba*; 2(15): pp. 183-190.

DOI:10.4034/RBCS.2011.15.02.08

Haikal, D., Paula, A., Martins, A., Moreira, A., & Ferreira, E. (2011). Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa, *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), pp. 3317-3329.

Henriques, C., Telarolli Júnior, R., Loffredo, L., Montandon, A., & Campos, J. (2007). Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara, *CiêncOdontolBras*, 10(3), pp. 67-73.

Hernández, R., & Feréz, J. (2010). Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI, *Revista adm*, 67(3), pp. 127-132.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2002). O Envelhecimento em Portugal – Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas, Lisboa, Portugal.

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2011). Censos 2011 - Resultados definitivos – Portugal, Lisboa, Portugal.

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2011). Censos 2011 – Resultados Definitivos Centro, Lisboa, Portugal.

Jardim, R., Barreto, S., & Giatti, L. (2010). Auto-relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde em idosos, *Rev Saúde Pública*; 44(6), pp: 1120-9

Lima-Costa, M., & Veras, R. (2003). Saúde Pública e Envelhecimento, *Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro*,19(3): pp. 700-701.

Lima, L., Soares, M., Passos, I., Rocha, A., Feitosa, S., & Lima, M. (2007). Autopercepção oral e selecção de alimentos por idosos usuários de próteses totais, *Revista de Odontologia da UNESP*, 36(2), pp. 131-36.

Lopes, M., Oliveira V., & Flório, M. (2010). Condição bucal, hábitos e necessidade de tratamento em idosos institucionalizados de Araras (SP, Brasil), *Ciênc. Saúde Coletiva* 15(6): 2949-2954

Maida, C., Marcus, M., Spolksy, V., Wang, Y., & Liu, H. (2013). Socio-behavioral predictors of self-reported oral health-related quality of life, *Qual Life Res.*; 22(3):559-66. doi: 10.1007/s11136-012-0173-z

Mallmann, F., Toassi, R., & Abegg, C. (2012). Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50-74 anos de idade, residentes em três ‘Distritos Sanitários’ de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008, *Epidemiol. Serv. Saúde*, 21(1), pp. 79-88.

Manso, A., Durão, D., Nunes, C., Escoval, A., & Salvado, F. (2013). Oral health related quality of life in elderly, in two public Lisbon’s health centres - a comparative study, *In Clin Oral Invest* 17: pp. 1029-1111.

DOI: 10.1007/s00784-013-0943-1

Mariño, R., Albala, C., Sanchez, H., Cea, X., & Fuentes, A. (2013). Self-assessed oral-health status and quality of life of older Chilean, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, pp. 513-517.

Martins, A., Barreto, S., & Pordeus, I. (2007). Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros, *Rev Panam Salud Publica*, 22(5), pp.308-16.

Martins, A., Barreto, S., & Pordeus, I. (2008). Factors associated to self-perceived need of dental care among Brazilian elderly, *Rev Saúde Pública*, 42(3), pp. 488-496.

Martins, A., Barreto, S., & Pordeus, I. (2009). Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional, *Cad. Saude Pública*, pp. 421-435.

Matos, D., & Lima-Costa, M. (2006). Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projecto SB-Brasil, 2003, *Cad. Saúde Pública*; 22(8): pp. 1699-1707.

Melo, M., Souza, A., Leandro, E., Maurício, H., Silva, I., & Oliveira, J. (2009). A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso", *Ciênc. Saúdecolet.*, 14(1), pp. 1579-1586.

Montenegro, F., Arcas, S., & Hiratsuka, M. (2012). Condição de saúde bucal, hábitos de higiene e necessidades de tratamento entre idosos na cidade de São Paulo, *Revista Dentistry Brasil*, 4(49), pp. 20-23

Moreira, R., Nico, L., & Sousa, M. (2009). Factores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros, *Cad. Saúde Pública*, 25(12), pp. 2661-1671.

Miranda, L., Silveira, M., Miranda, L., & Bonan, P. (2011). Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, *Rev.bras.geriatr.Gerontol*, Rio de Janeiro, 14(2): pp. 251-269.

Murariu, A., Hanganu, C., & Bobu, L. (2010). Evaluation of the Reliability of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in Institutionalized Elderly in Romania: A Pilot Study, *OHDMBSC*, IX(1).

Naito, M., Kato, T., Fujii, W., Ozeki, M., Yokoyama, M., Hamajima, N., & Saitoh, E. (2010) Effects of dental treatment on the quality of life and activities of daily living in institutionalized elderly in Japan, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, pp. 65-68

Nunes, C., & Abegg, C. (2008). Factors associated with oral health perception in older Brazilians, *Gerodontology*, 25, pp. 42-48

Nunes, A., Barreto, S., & Gonçalves, L. (2012). Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto envelhecimento e saúde, *Rev. bras. epidemiol*; 15(2): pp. 415-428

Othman, W., Muttalib, K., Bakri, R., Doss, J., Jaafar, N., Salleh, N., & Chen, S. (2006). Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in Malay Language, *Journal of Public Health Dentistry*, 25, pp. 34-41.

Pagotto, V., Nakatani, A., & Silveira, E. (2011). Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(8): pp. 1593-1602.

Pinto, P. A. C. (2009). *Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos: Um estudo exploratório* (Tese de Mestrado), Universidade de Lisboa, Portugal.

Piovesan, A., & Temporini, E. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública, *Rev. Saúde Pública*, 29 (4), : pp: 318-25.

Pires, I. C. R. (2009). *A influência da saúde oral na qualidade de vida* (Tese de Doutorado), Universidade do Porto, Portugal.

Reichert, F., Loch, M., & Capilheira, M. (2012). Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos, *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12): pp: 3353-3362.

Reis, S., & Marcelo, V. (2006) Saúde bucal na velhice, percepção dos idosos, Goiana, 2005, *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(1): 191-199.

Ribeiro, D., Pires, I., & Pereira, M. (2012). Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal, *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*; 53 (4): pp: 221-226.

Ribeiro, D., Silva, M., Nogueira, S., & Filho, J. (2009). A saúde bucal na terceira idade, *Salusvita*, 28(1), pp. 101-111.

Rosa, L., Zuccolotto, M., Bataglion, C., & Coronatto, E. (2008). Odontogeriatrics - a saúde bucal na terceira idade, *RFO*, 13(2), pp. 82-86.

Sala, E. C. & García, P. B. (2005). Educación para la salud: Principios, métodos y aplicaciones em salud oral in *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*, 3.^a ed., pp. 450. Elsevier Doyma, Barcelona

Saliba, N., Moimaz, S., Marques, J., & Prado, R. (2007). Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal, *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 11(21), pp. 39-50.

Silva, S., & Júnior, A. V. (2000). Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos de um município brasileiro, *Revista Panam Salud Publica/ PanAm J PublicHealth*, 8(4), pp. 268-271.

Silva, S., & Fernandes, R.. (2001). Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos, *Rev. Saúde Pública*, 35(4), pp. 349-355

Silva, D., Sousa, M., & Wada, R. (2005). Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos, *Cad. Saúde Pública*, 21(4), pp. 1251-1259.

Silva, E., & Menezes, E. (2005). Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação, *4ª Edição Revisada e Atualizada*, pp.138. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Silva, A., & Saintrain, M. (2006). Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica, *Rev. Bras. Epidemiol*, 9(2), pp. 242-50.

Silva, E., & Sousa, M. (2006). Autopercepção da saúde bucal e satisfação com a vida em mulheres idosas usuárias de prótese total, *Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 18(1), pp. 61-5.

Silva, I., Meneses, R., & 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.

Silva, E., Barão, V., Santos, D., Delben, J., Ribeiro, A., & Gallo, A. (2009). Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico – revisão da literatura, *Odonto*, 19(37), pp. 39-47.

Silva, D., Held, R., Torres, S., Sousa, M., Neri, A., & Antunes, J. (2011). Self-perceived oral health and associated factors among the elderly in Campinas, Southeastern Brazil, 2008-2009, *Rev Saúde Pública*, 45(6), pp. 1145-53

Simões, A., & Carvalho, D. (2011). A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro, *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), pp. 2975-2982.

Souza, E., Barbosa, M., Oliveira, P., Espíndola, J., & Gonçalves, K. (2010). Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil), *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), pp. 2955-2964.

Unfer, B., Braun, K., Silva, C., & Filho, L. (2006). Self-perception of the loss of teeth among the elderly, *Interface - ComunicSaúde, Educ.*, 10(19), pp.217-26

Vasconcelos, L., Júnior, R., Teles, J., & Mendes, R. (2012). Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro, *Cad. Saúde Pública*, 28(6), pp. 1101-10.

Yiengprugsawan, V., Somkotra, T., Seubsman, S.-ang, Sleigh, A., & The Thai Cohort Study Team (2011). Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87,134 Thai adults, *Health qual life outcomes*, 9(42).