

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O IMPACTO DO USO DE PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

Trabalho submetido por
Sabrina Jessyca Moraes da Silva
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

outubro de 2025

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O IMPACTO DO USO DE PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

Trabalho submetido por
Sabrina Jessyca Moraes da Silva
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof.^a Doutora Catarina Carvalho

e coorientado por
Prof.^a Doutora Ana Cristina Manso

outubro de 2025

“No final, não são os anos da sua vida que contam, e sim a vida ao longo desses anos”. -Abraham
Lincoln, 16º. Presidente dos EUA

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho representa não apenas o fim de uma etapa académica, mas também a concretização de um sonho que só foi possível graças ao apoio, incentivo e amor de pessoas muito especiais na minha vida.

Em primeiro lugar, agradeço profundamente à minha mãe, pelo amor incondicional, força e dedicação em todos os momentos. O seu exemplo de coragem e perseverança foi e continuará a ser minha maior inspiração. Obrigada por abraçar o meu sonho e atravessar o oceano para que ele tenha se realizado.

À minha avó, agradeço o carinho, a sabedoria e o apoio constante, sempre presente com palavras de conforto e fé, que me motivaram a seguir em frente mesmo nos momentos mais desafiantes.

Ao meu pai, agradeço por sempre se fazer presente mesmo à distância. O seu incentivo, as suas palavras de apoio e as chamadas diárias foram fundamentais para me manter forte e determinada até alcançar este objetivo. Obrigada por me ensinar o verdadeiro valor do esforço e da honestidade.

À Madalena Machado e ao casal Paulo e Iara, expresso o meu profundo agradecimento pelo apoio constante ao longo da minha jornada académica, pela força, compreensão e incentivo nos momentos mais difíceis, bem como pelo carinho, presença e companheirismo em todos os momentos.

Aos meus amigos e familiares do Brasil, pela distância que percorreram para me visitar em Portugal e matar as saudades que são muitas. O meu sincero obrigado por demonstrarem, com esse gesto verdadeiro o significado do amor e por tornarem esta jornada ainda mais especial e inesquecível.

A todas as pessoas maravilhosas que conheci ao longo destes cinco anos de curso, o meu sincero obrigado por tornarem esta caminhada mais leve. Cada momento vivido ficará guardado com muito carinho na minha memória, sinto-me imensamente feliz e grata por estar rodeada de pessoas boas, generosas

A minha orientadora, Professora Doutora Catarina Carvalho, e à minha coorientadora, Professora Doutora Cristina Manso, deixo a minha mais profunda gratidão pela orientação.

Por fim, agradeço ao Instituto Universitário Egas Moniz, por ter possibilitado não apenas esta conquista, mas também um percurso de crescimento pessoal e académico que levarei comigo para a vida.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QVRSO) da população geriátrica da Clínica Dentária Egas Moniz (CDEM) com prótese total removível.

Materiais e Métodos: A amostra foi de 50 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, que compareceram na CDEM e eram portadores de prótese total mandibular e/ou maxilar. Aplicou-se um questionário, que recolheu dados sociodemográficos e dados relativos à qualidade de vida relacionada com a saúde oral, avaliada por meio de instrumentos validados, os índices *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) e do Oral Health Impact Profile- 14 (OHIP-14). Recorreu-se a metodologias de análise estatística descritiva e inferencial dos dados, sendo estabelecido um nível de significância de 5% $p \leq 0,05$. A análise dos dados foi realizada através do teste de correlação de Spearman por meio do software estatístico IBM SPSS Statistics, versão 30.0.

Resultados: A média de idade dos participantes foi 73,2 anos, 62% da amostra pertencia ao sexo feminino e 38% ao sexo masculino. A média do GOHAI foi 25,64 ($\pm 8,43$) indicando uma perceção baixa de saúde oral. A média do OHIP-14 foi 25,18 ($\pm 8,57$). Estes resultados refletem uma perceção baixa e moderada da QVRSO dos participantes. Verificou-se uma correlação negativa significativa entre os dois instrumentos ($r = -0,71$; $P < 0,01$), indicando que pontuações mais baixas no GOHAI estão associadas a pontuações mais elevadas no OHIP-14, o que é explicado pela direção inversa das escalas.

Conclusão: Os idosos com reabilitação oral através de próteses totais removíveis demonstram limitações funcionais e psicossociais. O uso combinado dos instrumentos GOHAI e OHIP-14 revelou-se útil para a avaliação subjetiva da saúde oral de modo a compreender o impacto da reabilitação total removível na QVRSO da população geriátrica.

Palavras-chave: GOHAI; OHIP-14; Idosos; Prótese Total Removível.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the oral health–related quality of life (OHRQoL) of the geriatric population at the Egas Moniz Dental Clinic (CDEM) wearing complete removable dentures.

Materials and Methods: The sample consisted of 50 elderly individuals aged 65 years or older who attended CDEM and were users of complete mandibular and/or maxillary dentures. A questionnaire was applied to collect sociodemographic data and information related to OHRQoL, assessed through validated instruments: the *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) and the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14). Descriptive and inferential statistical analyses were performed, with a significance level set at 5% ($p \leq 0.05$). Data analysis was carried out using Spearman's correlation test with IBM SPSS Statistics software, version 30.0.

Results: The mean age of participants was 73.2 years; 62% were female and 38% male. The mean GOHAI score was 25.64 (± 8.43), indicating a low perception of oral health, and the mean OHIP-14 score was 25.18 (± 8.57). These results reflect a low to moderate perception of OHRQoL among participants. A significant negative correlation was found between the two instruments ($r = -0.71$; $p < 0.01$), indicating that lower GOHAI scores were associated with higher OHIP-14 scores, explained by the inverse direction of the scales.

Conclusion: Elderly individuals rehabilitated with complete removable dentures demonstrated functional and psychosocial limitations. The combined use of the GOHAI and OHIP-14 instruments proved useful for subjectively assessing oral health and understanding the impact of complete removable denture rehabilitation on the OHRQoL of the geriatric population.

Keywords: GOHAI; OHIP-14; Elderly; Complete Removable Denture

ÍNDICE GERAL:

I.	INTRODUÇÃO	13
1.	O envelhecimento e a população geriátrica	13
1.1	Políticas públicas e promoção do envelhecimento ativo	15
1.2	Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento	18
2.	Saúde oral do idoso:	18
3.	Edentulismo	21
4.	Reabilitação Oral	23
4.1	Prótese total removível	25
5.	Qualidade de vida relacionada com a saúde oral:	26
6.	Instrumentos de Avaliação	28
6.1	GOHAI	28
6.2	OHIP-14.....	29
6.3	Características entre o GOHAI e OHIP-14	30
7.	Relevância do Estudo	32
8.	Objetivos e hipóteses de estudo	32
8.1	Objetivo geral:.....	32
8.2	Objetivo específicos:	32
8.3	Hipóteses Nulas (H0):	33
8.4	Hipóteses Alternativas (H1):	33
II.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
1.	Caracterização do estudo	35
1.1	Considerações Éticas e científicas	35
1.2	Seleção da amostra e local do estudo	36
1.3	Critérios de inclusão	36
1.4	Critérios de exclusão	36

2.	Método de recolha de dados	37
3.	Tratamento e análise de dados	37
3.1	Base de dados.....	37
3.2	Análise estatística	37
III.	RESULTADOS.....	39
1.1	Análise descritiva da amostra	39
1.1.1	Género	39
1.1.2	Idade	40
1.1.3	Estado civil.....	40
1.1.4	Escolaridade	41
1.1.5	Hábitos tabágicos	41
1.1.6	Hábitos alcoólicos	42
1.1.7	Atividade física	42
2.	Análise descritiva dos valores de GOHAI e OHIP-14.....	42
3.	Análise estatística inferencial	43
3.1	Relação entre os questionários OHIP-14 e GOHAI.....	43
3.2	Análise estatística por Dimensões <i>GOHAI</i>	43
IV.	DISCUSSÃO:	49
1.1	Limitações do Estudo	53
1.2	Perspetivas futuras.....	54
V.	CONCLUSÕES:	57
VI.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
VII.	ANEXOS	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-Gráfico representativo do aumento da população geriátrica em Portugal (Adaptado de INE, 2024).	15
Figura 2 -Fluxograma de seleção da amostra.....	39
Figura 3 -Caracterização da amostra segundo género	39
Figura 4 -Caracterização da amostra segundo idade	40
Figura 5 -Caracterização da amostra segundo o estado civil	40
Figura 6 -Caracterização da amostra segundo a escolaridade	41
Figura 7 - Caracterização da amostra segundo os hábitos tabágicos, alcoólicos e prática de atividade física	41
Figura 8 -GOHAI- Média por dimensão ($\pm$ desvio-padrão)	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Comparação entre GOHAI e OHIP-14 (adaptado de Locker & Allen, 2007)	31
Tabela 2- Análise descritiva dos valores do OHIP-14 e GOHAI	42
Tabela 3- Correlações de Spearman entre os índices OHIP-14 e GOHAI	43
Tabela 4- Estatísticas descritivas por dimensão do GOHAI	43
Tabela 5- Distribuição dos participantes segundo categoria do GOHAI total	44
Tabela 6- Estatísticas descritivas por item do GOHAI	46

LISTA DE ABREVIATURAS

DGS- Direção-Geral da Saúde

GOHAI- *Geriatric Oral Health Assessment Index*

OHRQoL- *Oral Health-Related Quality of Life*

QdVRSO- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral

OHIP-14- *Oral Health Impact Profile -14*

OMS- Organização Mundial de Saúde

PTR- Prótese Total Removível

QdV- Qualidade de vida

SNS- Serviço Nacional de Saúde

I. INTRODUÇÃO

1. O envelhecimento e a população geriátrica

O envelhecimento constitui um processo natural, gradual e irreversível, que acompanha a trajetória do ser humano e se manifesta através de modificações de ordem biológica, psicológica e sociais. O prolongamento da esperança de vida, aliado à melhoria dos cuidados de saúde e das condições de vida, tem conduzido a um aumento expressivo da proporção de pessoas idosas numa escala global (World Health Organization, 2023).

Conforme sublinha Veríssimo (2014), o conceito de população geriátrica ultrapassa o simples critério e deve considerar o nível de fragilidade física, cognitiva e social do indivíduo. Embora a idade de 65 anos seja habitualmente utilizada como referência, o envelhecimento manifesta-se de forma homogênea, dependendo de fatores genéticos, comportamentais, ambientais e do acesso aos cuidados de saúde.

As pessoas idosas distinguem-se, portanto, pela redução gradual da reserva funcional, pelo aumento da vulnerabilidade a doenças crónicas e pela presença simultânea de múltiplas patologias (pluripatologia), frequentemente acompanhadas de polifarmácia (Nguyen et al., 2021; WHO, 2023). Apesar dessas mudanças, o envelhecimento não equivale a doença. Avanços científicos e melhorias na qualidade dos cuidados médicos têm permitido que muitos idosos mantenham autonomia, funcionalidade e qualidade de vida até idades avançadas (Rowe & Kahn, 1997; DGS, 2020).

O aumento da esperança média de vida representa um dos maiores sucessos da humanidade contemporânea, mas também um dos seus maiores desafios, uma vez que o envelhecimento está frequentemente associado a doenças crónicas, fragilidade funcional e redução da qualidade de vida (World Health Organization who, 2012).

O envelhecimento populacional constitui um fenómeno global com implicações profundas a nível socioeconómico exigindo respostas adequadas por parte dos sistemas de saúde e proteção social (United Nations, 2022).

Em Portugal, o envelhecimento populacional é um dos mais acentuados da Europa, colocando pressão sobre os sistemas de saúde e segurança social. A apresentação de cuidados médico-dentários continua a estar concentrada no setor privado, criando

barreiras económicas significativas ao acesso da população idosa (Barros, Machado & Simões, 2011).

O envelhecimento populacional constitui um dos fenómenos demográficos mais marcantes das últimas décadas. A Organização das Nações Unidas (United Nations, 2022) prevê que o número de pessoas com 65 ou mais anos duplique até 2050, atingindo cerca de 1,6 mil milhões de indivíduos. Este fenómeno, associado à diminuição da taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida, tem repercussões diretas na estrutura etária e nos sistemas de proteção social.

Em Portugal, o envelhecimento demográfico apresenta contornos particularmente expressivos. Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (INE, 2024), a população com 65 anos ou mais representa 23,4% do total nacional, o equivalente a 2,4 milhões de pessoas. Desde 1960, quando apenas 8% da população portuguesa era idosa, verifica-se um aumento contínuo deste grupo etário. As projeções apontam para que, em 2080, o número de idosos ultrapasse os 3 milhões, tornando Portugal um dos países mais envelhecidos da Europa.

As regiões do interior, como Alentejo e Trás-os-Montes, são as mais afetadas, devido à migração dos jovens e à redução da natalidade. De acordo com o Eurostat (2023), Portugal é atualmente o segundo país mais envelhecido da União Europeia, logo a seguir à Itália. Este cenário coloca desafios significativos ao sistema de saúde e à sustentabilidade económica, exigindo respostas integradas que promovam o envelhecimento saudável e a inclusão social (DGS, 2020).

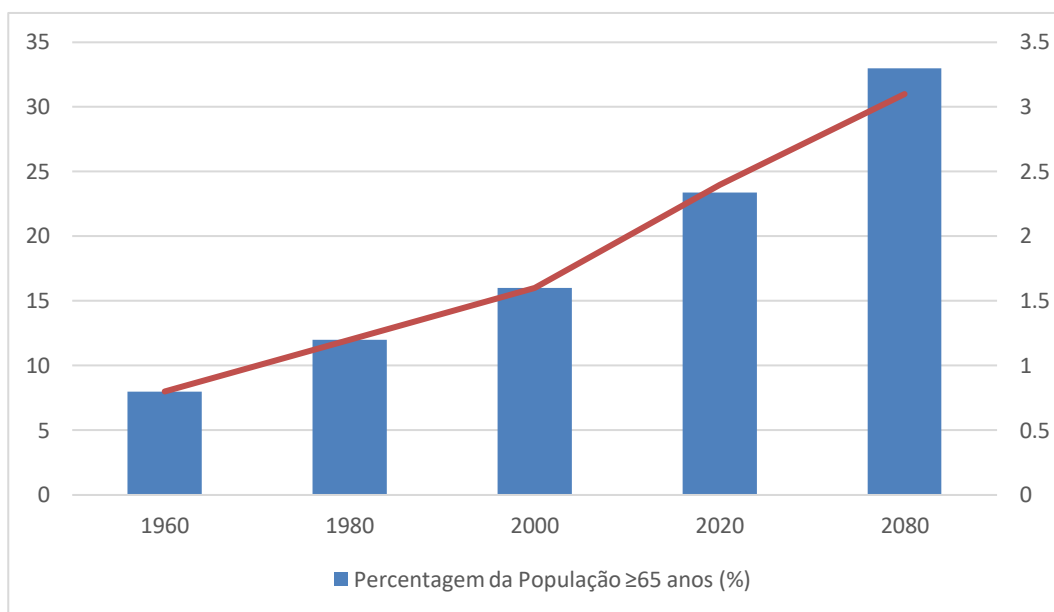


Figura 1-Gráfico representativo do aumento da população geriátrica em Portugal (Adaptado de INE, 2024).

1.1 Políticas públicas e promoção do envelhecimento ativo

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios contemporâneos para as políticas sociais e de saúde pública. A OMS (WHO, 2015) introduziu, em 2002 e reforçou em 2015, o conceito de envelhecimento ativo, definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a QdV das pessoas à medida que envelhecem (WHO, 2015). Este paradigma afasta-se da visão tradicional centrada na doença e na dependência, promovendo uma abordagem que valoriza o potencial, a autonomia e a participação social do idoso.

Em Portugal, a DGS e a OMS (DGS, 2020; OMS, 2022) defenderam uma estratégia intersectorial centrada na manutenção da capacidade funcional, na autonomia e na integração social. Este Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (GSS, 2020) estabelece como prioridade a promoção de um envelhecimento saudável e digno, através da cooperação entre os setores da saúde, segurança social, educação, cultura, habitação e urbanismo.

Entre as principais medidas destacadas no âmbito das políticas públicas para o envelhecimento ativo encontram-se:

- O reforço da literatura em saúde, capacitando os cidadãos para a adoção de comportamentos preventivos e para a gestão autónoma da sua saúde;
- O incentivo à prática regular de atividades física, essencial para a manutenção da mobilidade, do equilíbrio e da saúde mental;
- A prevenção das doenças crónicas e da fragilidade, através do rastreio precoce e da promoção de estilos de vida saudáveis;
- A criação de ambientes acessíveis, seguros e inclusivos, que favoreçam a participação comunitária e a redução do isolamento social.

O conceito de envelhecimento ativo pressupõe, portanto, uma visão positiva e integrada da velhice, na qual o idoso é reconhecido como agente participativo e contributivo na sociedade e não apenas como destinatário de cuidados. Esta abordagem é essencial para reduzir a dependência, combater a exclusão social e promover o bem-estar psicológico e funcional (Barros & Simões, 2021; DGS, 2020).

Neste contexto, a saúde oral assume um papel estratégico. A manutenção da função mastigatória, da estética facial e da capacidade de comunicação é fundamental para preservar a autoestima e a interação social do idoso, dimensões centrais do envelhecimento ativo (Cunha et al., 2023). A integração da reabilitação oral nas políticas públicas de saúde representa, assim, uma medida determinante para garantir qualidade de vida, autonomia e dignidade na terceira idade.

Promover o envelhecimento ativo implica, portanto, investir em estratégias preventivas, educativas e reabilitadoras, baseadas numa visão humanizada, multidisciplinar e participativa do cuidado à pessoa idosa. O sucesso destas políticas depende da articulação entre profissionais de saúde, decisores políticos e comunidades locais, de modo a criar condições estruturais que favoreçam a autonomia e a inclusão social (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

O perfil socioeconómico condiciona fortemente a utilização de cuidados dentários em Portugal. Entre os idosos, rendimentos fixos, menor literacia em saúde e maior carga de doença crónica traduzem-se em necessidades não satisfeitas e atraso na procura de tratamento, sobretudo reabilitador. Em resultado, a saúde oral tende a degradar-se ao longo do curso de vida, culminando com perda dentária e maior dependência de próteses (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

Embora o SNS assente na universalidade, a medicina dentária tem cobertura pública limitada. A oferta concentra-se em cuidados básicos/preventivos e em grupos prioritários deixando grande parte dos procedimentos protéticos e implantares fora de comparticipação.

Assim, os custos diretos pagos pelo utente (confeção/ajustes de próteses, consultas de controlo, materiais de higiene e reparação) continuam elevados para quem auferir pensões mínimas. Esta restrição:

- Empurra a maioria dos idosos para o setor privado, com forte pagamento do próprio bolso;
- Favorece escolhas de menor custo e maior rotatividade (p.ex., prótese total removível), mesmo quando outras opções seriam clinicamente preferíveis;
- Aumenta a probabilidade de uso prolongado de próteses desadaptadas, com impacto negativo em conforto, nutrição e qualidade de vida (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

As desigualdades territoriais e económicas agravam o problema: zonas do interior e mais envelhecidas têm menor densidade de serviços públicos e privados, maiores distâncias e menos transporte. O preço continua a ser o obstáculo referido com maior frequência, seguido da cobertura complementar e de dificuldades de mobilidade. Consequências observadas:

- Menor utilização de consultas preventivas e de rastreio;
- Adiamento de reabilitação (substituição da prótese);
- Piores indicadores de OHRQoL em agregados com baixos rendimentos e baixa escolaridade.

- Medidas como o cheque-dentista mitigam parcialmente o problema, mas a exclusão de reabilitações completas limita o seu impacto entre idosos com edentulismo.

1.2 Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento

O processo de envelhecimento está associado a modificações fisiológicas graduais, que afetam todos os sistemas do organismo. De natureza multifatorial, estas alterações resultam do acumular de danos celulares e moleculares ao longo do tempo, comprometendo a capacidade de regeneração e a homeostasia do corpo (WHO,2015).

No sistema cardiovascular, ocorre o espessamento das paredes arteriais e a diminuição da elasticidade dos vasos sanguíneos, o que aumenta o risco da hipertensão e de doenças cardíacas. O sistema músculo-esquelético sofre uma perda progressiva de massa muscular e densidade óssea, originando sarcopenia e osteoporose (Beers, 2006). Já o sistema nervoso apresenta uma redução na velocidade de condução dos impulsos nervosos, o que pode afetar o equilíbrio, a coordenação e o tempo de reação (Blain & Bernard, 2020; Sagawa et al., 2022).

A nível imunológico, observa-se um fenómeno conhecido como imunossenescência, caracterizado pela diminuição da resposta imunitária e pelo aumento da suscetibilidade a infeções (Osobaet al., 2019). As alterações sensoriais, como a diminuição da acuidade visual, auditiva e gustativa, interferem também na perceção e na interação social, podendo contribuir para o isolamento (Dziechciaz & Filip, 2014).

Apesar destas mudanças, o envelhecimento pode ser acompanhado de manutenção funcional e bem-estar, desde que o idoso adote hábitos saudáveis e receba acompanhamento médico adequado (Rowe & Kahn, 1997; Montero-Odasso et al., 2022).

2. Saúde oral do idoso:

O envelhecimento conduz a modificações estruturais e funcionais em todos os sistemas orgânicos, incluindo os tecidos da cavidade oral. Estas alterações não constituem doenças em si mesmas, mas aumentam a vulnerabilidade a patologias orais e sistémicas (World Health Organization , 2015).

Entre as mudanças fisiológicas mais relevantes encontram-se a diminuição salivar, a redução da espessura da mucosa oral e a alteração da microbiota oral, que predispõe a cáries radiculares, candidíase, halitose e dificuldades mastigatórias (Petersen & Ogawa, 2018)

A saúde oral constituiu uma componente essencial da saúde geral e um fator determinante da QdV, particularmente na população idosa. O aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento populacional impõem novos desafios aos sistemas de saúde pública e à prática da medicina dentária geriátrica, exigindo abordagens integradas e centradas nos pacientes (Peres et al., 2020).

Na pessoa idosa, a cavidade oral reflete não apenas o histórico acumulado de cuidados e comportamentos de saúde, mas também os efeitos de doenças sistémicas, hábitos alimentares, uso prolongado de fármacos e alterações fisiológicas inerentes ao processo do envelhecimento (Thomson, 2014). Assim, compreender as inter-relações entre envelhecimento e saúde oral é essencial para delinear estratégias preventivas e terapêuticas que provam o bem-estar, a autonomia e o envelhecimento saudável.

A manutenção da saúde oral tem implicações diretas na nutrição, comunicação, autoestima e participação social. A perda dentária, a dor crónica, as alterações mastigatórias e as doenças periodontais podem comprometer a capacidade funcional e psicológica do idoso, repercutindo-se na sua QdV. Assim, a saúde oral não deve ser encarada de forma isolada, mais com um indicador multidimensional da saúde global e um elemento central das políticas de envelhecimento ativo e saudável (WHO, 2015; Petersen & Kandelman, 2020).

Paralelamente, a elevada prevalência de doenças crónicas como diabetes, patologia cardiovascular e osteoporose tem impacto direto na saúde oral, afetando a cicatrização e resistência dos tecidos (Araújo et al., 2018).

Segundo o relatório global da OMS (2013), cerca de 45% dos adultos com mais de 65 anos apresentam algum grau de doença periodontal, e 20% sofrem perda dentária severa. Estas condições interferem na nutrição, na comunicação e nas relações sociais, comprometendo o envelhecimento saudável (Naito et al., 2019)

Deste modo, a saúde oral deve ser entendida como um dos pilares do envelhecimento ativo, sendo parte integrante do bem-estar físico, mental e social.

O envelhecimento provoca um conjunto de alterações anatômicas e funcionais que afetam diretamente a cavidade oral.

A Diminuição do fluxo salivar (xerostomia): associada ao envelhecimento das glândulas salivares e à polimedicação reduz a lubrificação oral e dificulta a mastigação, deglutição e fala, além de aumentar o risco de cáries e infecções (Villa et al., 2015).

Ocorre a Atrofia da mucosa oral: a mucosa torna-se mais fina e frágil, tornando-se suscetível a ulceração e traumas causados por próteses (Tenovuo, 2019). A Reabsorção óssea alveolar ocorre após a perda dentária, comprometendo o suporte fácil e a retenção das próteses (Tallgren et al., 1991).

Alterações do paladar e olfato: interferem no apetite e podem contribuir para a desnutrição (Doty & Kamath, 2014).

Declínio motor e cognitivo: dificultam a higienização oral, favorecendo a acumulação de biofilme e o aparecimento de inflamação e infecções (Cianetti et al., 2020).

As doenças orais mais prevalentes nesta faixa etária incluem cárie radicular, doença periodontal, candidíase, estomatite protética e cancro oral (Petersen & Ogawa, 2018). O cancro oral é particularmente relevante devido ao aumento da sua incidência com a idade, estando associado ao tabagismo, consumo de álcool e traumatismo crônico das próteses (Warnakulasuriya, 2018).

Estas alterações e patologias reforçam a importância do acompanhamento médico-dentário regular e da adoção de estratégias preventivas específicas para os idosos, garantindo conforto e QdV. A saúde oral influencia de forma significativa a funcionalidade e o bem-estar psicossocial do idoso.

A perda dentária e o uso de próteses mal-adaptadas comprometem a mastigação e a ingestão de alimentos ricos em fibras e proteínas, contribuindo para défices nutricionais, sarcopenia e declínio cognitivo (Yoshida et al., 2019).

A fala também pode ser afetada, uma vez que a correta articulação dos sons depende da integridade dentária e da estabilidade das próteses. A instabilidade protética pode causar alterações fonéticas, afetando a comunicação e a autoconfiança (Nogueira et al., 2020).

No plano psicológico, a aparência do sorriso desempenha um papel essencial na autoestima e integração social. Idosos com edentulismo total ou parcial tendem a apresentar níveis mais elevados de isolamento, ansiedade e sintomas depressivos (Afonso et al., 2020).

Deste modo, a reabilitação protética adequada não apenas restaura a função oral, mas também melhora a autoimagem, promove a reintegração social e contribuiu para o envelhecimento ativo e saudável.

A relação entre a saúde oral e o bem-estar geral é amplamente reconhecida. Koop (1993) já afirmava que “não há saúde sem saúde oral”.

De facto, a condição oral afeta diretamente funções básicas como mastigar, falar, e deglutir, além de influenciar a aparência e a autoestima. Além disso, a literatura demonstra uma forte associação entre saúde oral precária e doenças sistêmicas, como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e infecções respiratórias (Sanz et al., 2020). O uso prolongado de próteses mal-adaptadas ou mal higienizadas pode ainda favorecer o desenvolvimento de estomatites protéticas e infecções oportunistas, como candidíase oral (Patil et al., 2021).

Essa limitação financeira constitui um dos principais entraves à manutenção da saúde oral e, consequentemente, à promoção da qualidade de vida e da equidade em saúde (Lourenço & Barros, 2016).

3. Edentulismo

O edentulismo, entendido como ausência parcial ou total dos dentes naturais, constitui uma das condições mais prevalentes e incapacitantes entre a população idosa. Para além de afetar a mastigação e a fala, a falta dos dentes compromete a estética facial, a nutrição, a autoestima e, consequentemente, a QdV (Peres et al., 2020).

A sua origem é multifatorial, envolvendo determinantes biológicos, comportamentais e socioeconómicos, o que faz desta condição um reflexo das desigualdades em saúde e do acesso desigual a cuidados dentários (Kassebaum et al., 2014).

Compreender as causas, consequências e possibilidades de reabilitação é, por isso, fundamental para orientar intervenções clínicas e políticas públicas que favoreçam um envelhecimento saudável e funcional.

O edentulismo total corresponde à perda completa dos dentes naturais numa ou em ambas as arcadas, resultado cumulativo da progressão de doenças orais, especialmente a cárie dentária e a doença periodontal não tratadas (Maia et al., 2020).

Apesar dos avanços na prevenção e nas práticas restauradoras, a prevalência do edentulismo mantém-se elevada entre os idosos. Estima-se que 267 milhões de pessoas no mundo sejam totalmente desdentadas, maioritariamente com mais de 60 anos (Kassebaum et al., 2014; WHO, 2023).

Em Portugal, o Barómetro da Saúde Oral (OMD, 2022) indica que 6,4% da população é totalmente desdentada, percentagem que ultrapassa 30% entre os indivíduos com mais de 75 anos. Entre os principais fatores associados destacam-se o baixo nível socioeconómico, a reduzir literacia em saúde, o acesso limita a cuidados médico-dentários e a ausência de políticas públicas integradas (Lourenço & Barros, 2016; Silva et al., 2021).

Os principais determinantes da perda dentária incluem a presença de doença periodontal e cárie dentária, fatores amplamente associados à deterioração da saúde oral. Além disso, hábitos alimentares inadequados, uma higiene oral deficiente, o tabagismo e o consumo excessivo de álcool contribuem significativamente para esse problema. Condições sistémicas, como a diabetes e a osteoporose, também desempenham um papel relevante, assim como barreiras económicas e geográficas que dificultam o acesso regular aos cuidados de saúde oral (Peres et al., 2020; Petersen & Ogawa, 2018).

Assim, a perda dentária não representa apenas um problema clínico, mas também um indicador de desigualdade social e de falhas estruturais nos sistemas de saúde oral.

A perda dentária total afeta múltiplas dimensões da vida do idoso, refletindo não apenas na saúde oral, mas também no equilíbrio geral do organismo e no bem-estar psicossocial.

No plano físico, o edentulismo reduz a capacidade mastigatória e altera o padrão alimentar, conduzindo muitas vezes à preferência por alimentos moles e pobres

em nutrientes. Esta limitação pode originar défices proteicos e vitamínicos, com repercussões na massa muscular, no metabolismo e na saúde óssea (Van der Bilt, 2011; Yoshida et al., 2019).

As consequências emocionais são igualmente significativas. A ausência dentária modifica a estética facial e o sorriso, elementos fortemente ligados à autoimagem. Muitos idosos relatam sentimentos de vergonha, insegurança e isolamento, o que pode favorecer estados depressivos (Afonso et al., 2020).

No domínio social, as limitações na alimentação e na comunicação oral interferem na interação com os outros e na participação em atividades sociais, contribuindo para a perda de autonomia e o afastamento do convívio (Machado et al., 2018).

A literatura evidencia que a falta de dentes está fortemente associada à diminuição da perceção de QdVRSO. Estudos realizados em Portugal e em outros países demonstram que o uso da prótese adequadas melhora de forma expressiva os indicadores de bem-estar e satisfação, reforçando o papel da reabilitação oral como componente essencial da saúde global (Martins et al., 2021; Pereira et al., 2023).

4. Reabilitação Oral

A reabilitação oral tem como principal objetivo restaurar as funções mastigatórias, fonéticas e estética, contribuindo de forma decisiva para o bem-estar psicossocial e a reintegração social da pessoa idosa. Para além de melhorar a função oral, a reabilitação promove autonomia, autoestima e qualidade de vida, sendo um componente essencial da saúde global no envelhecimento Reissmann, D. R., et al. (2019).

As principais modalidades de reabilitação protética incluem:

- **Prótese Total Removível (PTR):** solução tradicional e amplamente utilizada, composta por uma base acrílica e dentes artificiais. É indicada em casos de perda dentária total, sobretudo quando existem limitações anatómicas, sistémicas ou económicas que inviabilizam tratamentos implantossuportados (Lee & Saponaro, 2019).
- **Prótese Parcial Removível (PPR):** recomendada em situações de perda parcial de dentes, com suporte em dentes remanescentes e estruturas metálicas ou

acrílicas. Proporciona estabilidade funcional e é uma opção eficaz em reabilitação com recursos limitados.

- **Prótese Fixa sobre Implantes (Próteses Totais em cerâmica, zircônio, híbridas, overdentures):** considerada o padrão-ouro da reabilitação contemporânea, oferece maior estabilidade, retenção e conforto mastigatório, permitindo uma distribuição mais equilibrada de forças oclusais. Contudo, exige boas condições ósseas favoráveis e um investimento financeiro mais elevado (Goodacre et al., 2019). Podem ser desenvolvidas com recurso à tecnologias digitais 3D, permitem elevada precisão, melhor adaptação e estética personalizada. A utilização de materiais com o zircônio e o titânio, aliados a técnicas assistidas por computador (CAD/CAM), tem revolucionado a prática protética moderna (Borges et al., 2023).

Apesar dos avanços tecnológicos e dos benefícios das reabilitações implantossuportadas; as próteses removíveis continuam a representar a opção mais acessível e viável para a maioria dos idosos, especialmente no contexto dos serviços públicos de saúde. A sua eficácia depende, contudo, de uma adequada adaptação anatómica, acompanhamento clínico regular e educação do paciente quanto à manutenção e higiene das próteses. (Lee & Saponaro, 2019)

Em síntese, a escolha da reabilitação protética deve ser individualizada, considerando as condições clínicas, cognitivas, funcionais e socioeconómicas do idoso. A reabilitação oral, independente da técnica empregue, desempenha um papel determinante na promoção da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida, sendo um elemento central da medicina dentária geriátrica contemporânea (Emani, Thombare & Bhandari, 2013).

Ao restaurar simultaneamente a função mastigatória e a estética facial, traduz-se em melhorias significativas no bem-estar físico psicológico e social. O conforto mastigatório e o restabelecimento da aparência facial promovem maior autoconfiança e integração social, reforçando o papel das próteses como instrumentos de inclusão, autonomia e qualidade de vida no envelhecimento (Zhao & Wang, 2014).

A perda da função mastigatória e da estabilidade oclusal repercute-se no equilíbrio corporal e na coordenação motora fina, comprometendo a segurança e a

confiança do idoso nas suas atividades quotidianas (Abe et al., 2020). A reabilitação protética, ao restabelecer o contacto dentário e a estabilidade mandibular, contribui para a manutenção do controlo postural e para uma melhor integração sensório-motora, reforçando a autonomia funcional (Moriya et al., 2014).

A preservação da função oral exige uma abordagem continua e multidimensional, que combine acompanhamento clínico, ajustes periódicos das próteses e atenção às necessidades individuais de cada paciente. O objetivo é assegurar não apenas a restituição da mastigação, mas também a manutenção da eficiência funcional ao longo do tempo, prevenindo desconforto, desadaptação e limitações físicas decorrentes do uso prolongado. Desta forma, a saúde oral passa a ser compreendida como um elemento dinâmico da funcionalidade global, sustentando o equilíbrio físico, a autonomia e a plena participação social da pessoa idosa (Felton, 2016).

4.1 Prótese total removível

As próteses removíveis continuam a desempenhar um papel central na reabilitação oral de pessoas idosas, sobretudo em contextos em que os fatores anatómicos, sistémicos ou económicos limitam o recurso a soluções implantossuportadas. Entre as suas principais vantagens destacam-se o custo reduzido, o fabrico relativamente simples, a facilidade de reparação e substituição, bem como a melhoria imediata da aparência facial e da autoestima (Zhao & Wang, 2014).

Contudo, apresentam também limitações relevantes, como menor estabilidade e retenção, possibilidade de irritação da mucosa oral, dificuldade de adaptação inicial e a necessidade de substituição periódica devido ao desgaste dos materiais ou à remodelação óssea alveolar (Lee & Saponaro, 2019).

O sucesso da reabilitação com PTR depende de múltiplos fatores, nomeadamente anatómicos (características dos rebordos alveolares e da mucosa), técnicos (precisão da moldagem, ajuste oclusal e equilíbrio bilateral) e psicológicos (motivação, expectativas e capacidade de adaptação do paciente) (Emani et al., 2013). A orientação pós-reabilitação e o acompanhamento clínico periódico são determinantes para assegurar conforto, estabilidade funcional e satisfação a longo prazo (Franco et al., 2012; Pai et al., 2023).

Para além da restauração estética e mastigatória, estudos recentes demonstram que o uso adequado de PTR contribui para o equilíbrio corporal e o controlo postural, uma vez que o restabelecimento da propriocepção mandibular favorece a integração sensório-motora e a estabilidade global do idoso (Moriya et al., 2014; Abe et al., 2020).

O avanço das tecnologias digitais, como o CAD/CAM, as impressões 3D e a, fabricação assistida por computador, tem revolucionado o processo de conceção e fabrico das próteses removíveis. Estes sistemas permitem maior precisão dimensional, melhor adaptação às estruturas anatómicas e redução do tempo clínico e laboratorial. (Yoshida et al., 2020)

As tecnologias digitais transformaram a confeção de próteses totais, embora a digitalização de arcos totalmente edêntulos continue a apresentar limitações técnicas. Os scanners intraorais produzem resultados geralmente aceitáveis, mas a captura precisa da mucosa móvel e do vestíbulo permanece um desafio, devido à sua natureza compressível e à dificuldade em reproduzir as variações teciduais (Takahashi et al., 2021).

Esta técnica não é recomendada em casos com rebordos alveolares desfavoráveis ou quando é necessária compressão tecidual para otimizar a retenção protética. Assim, a seleção criteriosa dos casos é essencial, e são necessários mais estudos clínicos que permitam padronizar os protocolos e avaliar o impacto das discrepâncias digitais na adaptação e estabilidade das próteses totais. (Arifoglu et al., 2022)

Estudos comparativos recentes evidenciam que as impressões digitais apresentam boa precisão (*trueness* e *precision*), embora as impressões convencionais ainda se mostrem superiores em determinados contextos clínicos (Arifoglu et al., 2022).

5. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral:

A OHRQoL (*Oral Health Related Quality of Life*) possibilita uma medida sintética do impacto psicossocial da condição oral e das próteses na vida diária complementando o achado clínico. Este indicador centrado no paciente é crucial em geriatria, dado que a

função, o conforto e a participação social são dimensões tão poderosas quanto os indicadores biológicos (Locker, 1988).

A OHRQoL constitui um conceito multidimensional que reflete o impacto a saúde oral no bem-estar do indivíduo e na sua qualidade de vida. Integra três domínios que se influenciam mutuamente:

- Físico/funcional: abrange aspetos como dor ou desconforto, mastigação, deglutição e fala. Limitações nestas funções podem conduzir a escolhas alimentares menos saudáveis, cansaço mastigatório e, conseqüentemente a uma nutrição inadequada.
- Psicológico: envolve uma percepção de imagem corporal, a autoconfiança ao sorrir e falar, e a ansiedade social associada à aparência dentária ou a dificuldades comunicacionais.
- Social/participação: Refere-se à capacidade de convivência, refeições feitas em público e as relações familiares e interpessoais, que podem ser afetadas por constrangimentos relacionados com a saúde oral (Slade & Spencer, 1994).

A avaliação da saúde oral deve incorporar não apenas indicadores clínicos, mas também indicadores subjetivos como autopercepção da qualidade de saúde oral que permite compreender melhor comportamentos de saúde, a adesão e sucesso e satisfação com os tratamentos reabilitadores (Atchison & Dolan, 1990; Locker & Allen, 2007). Instrumentos como *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) e o Oral Health Impact Profile (OHIP-14) têm-se revelado ferramentas válidas e fiáveis para mensurar o impacto da condição oral na qualidade de vida (Montero et al., 2016; John et al., 2020). São instrumentos validados que, permitem quantificar estes impactos de forma padronizada, facilitando a comparação entre grupos populacionais, o acompanhamento de tratamentos e a orientação das decisões clínicas e de políticas de saúde oral.

Estes questionários apresentam elevado valor científico e clínico, na medida em que possibilitam ao médico dentista compreender as expectativas e percepções dos pacientes relativamente aos tratamentos, orientar decisões terapêuticas mais adequadas e

monitorizar a evolução da saúde oral ao longo do tempo. Além disso, constituem ferramentas essenciais para a obtenção de dados epidemiológicos, a identificação de lacunas nos cuidados de saúde e o reconhecimento das necessidades específicas das populações idosas (Jiang et al., 2025).

6. Instrumentos de Avaliação

A análise da relação entre saúde oral e QdV nos idosos exige instrumentos padronizados e validados que permitam quantificar percepções, impactos funcionais e alterações após a reabilitação protética. Entre os mais utilizados destacam-se GOHAI e o OHIP-14, ambos amplamente aplicados em contextos clínicos e de investigação geriátrica.

6.1 GOHAI

O GOHAI, desenvolvido por Atchison e Dolan (1990), foi especificamente concebido para avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de pessoas idosas. Este instrumento tornou-se uma das ferramentas mais amplamente utilizadas em investigações e práticas clínicas, permitindo quantificar de forma subjetiva o efeito das condições orais na funcionalidade e no bem-estar geral.

O questionário original contém 12 itens, distribuídos por três domínios principais:

- Dimensão física: mastigação, deglutição e fala;
- Dor e desconforto: presença de dor, sensibilidade e limitação funcional;
- Psicossocial: preocupação com a aparência, constrangimento e interação social (Atchinson & Dolan, 1990)

As respostas são apresentadas em escalas de frequência que variam entre três e seis opções, geralmente indo de “sempre” a “nunca” (Atchison & Dolan, 1990; Carvalho et al., 2016).

A versão portuguesa validada do GOHAI (Carvalho et al., 2013) demonstrou excelente consistência interna ($\alpha=0,83$) e boa reprodutibilidade ($ICC=0,86$), confirmando

a sua adequação psicométrica ao contexto nacional (Silva et al., 2021). A facilidade de aplicação, a rapidez de preenchimento e a elevada sensibilidade a pequena variação decorrentes de tratamentos reabilitadores fazem do GOHAI uma ferramenta particularmente útil em estudos sobre PTR e saúde oral geriátrica (Machado et al., 2018).

Diversos estudos em Portugal e no estrangeiro demonstraram que o GOHAI reflete com precisão as percepções dos idosos relativamente ao impacto da perda dentária e aos benefícios das próteses removíveis, correlacionando-se significativamente com variáveis como satisfação com o tratamento, autopercepção de saúde e bem-estar psicológico (Machado et al., 2018; Martins et al., 2021).

Alem disso, o GOHAI tem-se mostrado um indicador sensível para avaliar a eficácia de programas de reabilitação oral, tanto em contextos clínicos como comunitários. A sua aplicação permite identificar grupos vulneráveis com necessidades de intervenção precoce, bem como monitorizar a evolução da qualidade de vida oral ao longo do tempo, sendo, portanto, uma ferramenta essencial para o planeamento de estratégias de envelhecimento saudável e inclusão social.

Contudo, é importante reconhecer que o GOHAI avalia percepções subjetivas, podendo ser influenciado por fatores culturais, expectativas pessoais e literacia em saúde. Assim, a sua utilização deve ser complementada por outros instrumentos clínicos e contextuais que fornecem uma visão mais abrangente do estado de saúde oral do idoso (Atchison & Dolan, 1990).

6.2 OHIP-14

O OHIP-14 é uma versão reduzida do instrumento original OHIP-49, desenvolvido por Slade e Spencer (1994), destinado a medir a frequência e intensidade dos impactos negativos da saúde oral na vida quotidiana. Este instrumento avalia de forma abrangente o modo como as condições orais interferem com o bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo.

O questionário inclui 14 itens distribuídos por sete dimensões fundamentais:

- Limitação funcional;

- Dor física;
- Desconforto psicológico;
- Incapacidade física;
- Incapacidade psicológica;
- Incapacidade social;
- Desvantagem social.

Cada item é pontuado numa escala de Likert de cinco pontos (de “nuca” a “sempre”), produzindo um score total entre 0 e 56, em que valores mais elevados indicam pior qualidade de vida relacionada com a saúde oral (Slade, 1997).

A versão portuguesa do OHIP-14, validada por Monteiro et al. (2019), demonstrou excelente consistência interna ($\alpha=0,88$) e uma estrutura fatorial estável, comprovando a sua aplicabilidade em diferentes faixas etárias, incluindo populações idosas reabilitados com PTR.

Em contexto clínico, o OHIP-14 é uma ferramenta de grande utilidade para “avaliar a afetividade de intervenções protéticas”, identificar limitações psicossociais e estabelecer prioridades no planeamento da reabilitação oral (Silva et al., 2021).

Estudos nacionais e internacionais evidenciam que idosos reabilitados com próteses bem-adaptadas apresentem melhores pontuações no OHIP-14, refletindo ganhos objetivos na função mastigatória, na autoconfiança e na qualidade de vida global (Martins et al., 2021).

Além disso, o OHIP-14 é amplamente reconhecido pela sua sensibilidade a pequenas alterações clínicas e psicossociais, o que o torna particularmente valioso em programas de acompanhamento longitudinal, investigações sobre envelhecimento saudável e intervenções de reabilitação oral em populações geriátricas (Slade, 1997).

6.3 Características entre o GOHAI e OHIP-14

Embora ambos os instrumentos avaliem a OHRQoL, apresentam diferenças relevantes quanto ao seu enquadramento conceptual, estrutura e população-alvo:

O GOHAI permite avaliar de forma mais fidedigna a informação sobre a eficiência mastigatória e dor. O OHIP-14 permite obter mais informação sobre os impactos a nível psicossocial.

Tabela 1- Comparação entre GOHAI e OHIP-14 (adaptado de Locker & Allen, 2007)

Característica	GOHAI	OHIP-14
População-alvo	Idosos	População geral
Número de itens	12	14
Dimensões principais	Física, dor/desconforto, psicossocial	Funcional, física, psicológica e social
Interpretação	Pontuação mais alta = melhor QdV	Pontuação mais alta = pior QdV
Vantagens	Curto, sensível a pequenas variações	Abrangente, inclui impactos emocionais
Limitações	Menos sensível a aspetos emocionais e subjetivos	Mais extenso e ligeiramente redundante

Em síntese, o GOHAI é particularmente indicado para contextos geriátricos, dada a sua linguagem acessível e a sua sensibilidade às alterações funcionais provocadas por tratamentos reabilitadores como a colocação de próteses. Já o OHIP-14 apresenta maior abrangência conceptual, sendo amplamente utilizado em estudos populacionais e em comparações entre diferentes grupos etários e clínicos (Montero et al., 2014).

A utilização combinada de ambos o instrumento permite uma análise mais completa e integra do impacto da saúde oral na vida, ao conjugar as dimensões funcional, emocional e psicossocial. Assim, a aplicação conjunta do GOHAI e do OHIP-14 contribui para uma avaliação mais rigorosa do bem-estar oral do idoso, permitindo ao clínico e ao investigador compreender melhor tanto a perceção funcional quanto o bem-estar subjetivo associado à reabilitação protética e à manutenção da saúde oral.

7. Relevância do Estudo

A literatura nacional e internacional confirma que a saúde oral é determinante para o bem-estar e a funcionalidade do idoso. Contudo, persistem lacunas significativas no conhecimento científico, particularmente na população geriátrica portuguesa reabilitada com PTR (Lourenço & Barros, 2016; Silva et al., 2021).

Apesar da crescente produção científica sobre envelhecimento e saúde oral, em Portugal os estudos que avaliam OHRQoL permanecem escassos.

Grande parte das investigações concentram-se em populações gerais ou em amostras institucionais, sem considerar variáveis específicas como tempo de uso da prótese, adaptação, satisfação e tipo de reabilitação (Machado et al., 2018; Martins et al., 2021).

Poucos estudos integram simultaneamente o uso de instrumentos validados (GOHAI e OHIP-14) e a análise da funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, o que limita a compreensão integral do fenómeno.

Dessa forma, o presente estudo assume relevância científica na tentativa de ajudar a preencher lacuna, oferecendo dados inéditos sobre a perceção de qualidade de vida de idosos portugueses reabilitados com prótese total removível, numa amostra proveniente de uma clínica universitária (Nunes, Freire & Sheiham, 2014).

8. Objetivos e hipóteses de estudo

8.1 Objetivo geral:

O objetivo geral desta investigação foi avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (avaliada através dos índices GOHAI e OHIP-14) em pacientes geriátricos com prótese total removível na CDEM.

8.2 Objetivo específicos:

1. Caracterizar a amostra do ponto de vista sócio-demográfico;
2. Avaliar a autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral utilizando os indicadores sócio dentários e de qualidade de vida GOHAI e OHIP-14;
3. Verificar a correlação estatística entre os dois questionários;

8.3 Hipóteses Nulas (H0):

1. Não existe correlação entre os índices GOHAI e OHIP-14 na população geriátrica com prótese total removível da CDEM.
2. Não há relação entre a QVRSO da população geriátrica com prótese total removível da CDEM e os dados sociodemográficos;

8.4 Hipóteses Alternativas (H1):

1. Existe uma correlação entre os índices GOHAI e OHIP-14 na população geriátrica com prótese total removível da CDEM.
2. Existe relação entre a QVRSO da população geriátrica com prótese total removível da CDEM e os dados sociodemográficos.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Caracterização do estudo

Estudo piloto tratou-se de uma investigação primária, com desenho descritivo, analítico e transversal, de natureza epidemiológica e correlacional.

1.1 Considerações Éticas e científicas

A proposta de trabalho de projeto final foi aprovada pela Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz (Anexo x- nº PT-522/24, aprovado em 03/03/2025)

Antes de proceder ao preenchimento do questionário todos os participantes assinaram o Consentimento Informado, sendo que foi previamente indicado que a sua participação era voluntária, sem qualquer tipo de despesa para o paciente e os objetivos e procedimentos foram explicitamente descritos, garantindo que todos os participantes tinham pleno conhecimento da natureza e da finalidade da investigação.

Os participantes podiam desistir da participação a qualquer momento, ou recusar-se a responder a qualquer questão, sem que tal lhes acarretasse quaisquer consequências negativas e a possibilidade de realizar as questões que considerasse pertinentes para a sua participação no estudo.

Todos os dados recolhidos, codificados e confidenciais foram armazenados numa base de dados à qual apenas os investigadores do estudo tiveram acesso.

Este trabalho foi aprovado pela Comissão Científica do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário Egas Moniz e pela Comissão de Ética Egas Moniz

Todos os participantes foram informados da metodologia do estudo, tendo assinado um termo de consentimento informado.

O estudo não necessitou de qualquer apoio financeiro.

1.2 Seleção da amostra e local do estudo

A amostra do estudo foi constituída por 50 participantes, utentes das consultas de medicina dentária da CDEM que cumpriam os critérios de inclusão. A amostra foi do tipo probabilística aleatória e de conveniência.

O estudo foi realizado entre abril e julho de 2025, na Clínica Dentária Egas Moniz, do Instituto Universitário Egas Moniz. Foi solicitado à Direção Clínica da CDEM a possibilidade do uso das instalações para a realização dos questionários.

1.3 Critérios de inclusão

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Pacientes que frequentaram a Clínica Universitária Egas Moniz;
- Indivíduos que tenham assinado o consentimento Informado;
- Saber falar e compreender a língua portuguesa;
- Indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (inclusive);
- Indivíduos com uma ou ambas as arcadas desdentadas totais reabilitadas com PTR
- Pacientes com ausência de problemas cognitivos, visuais ou neurológicos que dificultassem a leitura e compreensão dos questionários;

1.4 Critérios de exclusão

Foram definidos os seguintes critérios de exclusão:

- Foram excluídos todos os indivíduos que não cumprissem os critérios de inclusão e os que recusassem participar ou assinar o consentimento informado.

2. Método de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário constituído por três partes distintas. A primeira parte era constituída por perguntas acerca da caracterização sociodemográfica, composta por idade, género, capacidade de autonomia de vida, estado civil e rendimento familiar. O segundo grupo recolheu informação sobre o estado de saúde geral hábitos tabágicos, alcoólicos e atividade física.

Na terceira parte, foi aplicado o questionário *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) e o *Oral Health Impact Profile- 14* (OHIP-14), traduzidos e validados para a população portuguesa ((Afonso et al., 2017; Carvalho et al. 2013) para avaliar a autoperceção da saúde oral.

Na presente investigação as respostas são apresentadas numa escala de Likert de cinco pontos (de “sempre” a “nunca”) e a pontuação total varia entre 12 e 60 pontos, sendo que valores mais elevados indicam melhor perceção de saúde oral e de bem-estar (Silva et al., 2021)

3. Tratamento e análise de dados

3.1 Base de dados

Todos os dados deste estudo de investigação foram organizados numa base de dados previamente programada na plataforma Microsoft Excel. A base de dados abrangeu todas as questões e respostas ao questionário, sendo cada variável codificada, para posterior tratamento estatístico.

3.2 Análise estatística

Os dados foram tratados do ponto de vista quantitativo e submetidos a uma análise estatística recorrendo ao software de software IBM® SPSS® Statistics, versão 30.0, para Microsoft Windows.

Foi realizada uma análise descritiva e inferencial dos dados e elaboradas tabelas e gráficos para melhor visualização dos resultados obtidos.

Na interpretação dos resultados foram utilizadas medidas de frequência absoluta e relativa: medidas de tendência central, como a média; medidas de dispersão, como o desvio-padrão e medidas de estatística descritiva, como o valor máximo e mínimo.

Na análise estatística inferencial, utilizou-se o teste Qui-quadrado para a avaliação da possível associação entre variáveis nominais e o coeficiente de correlação de Spearman para avaliar a correlação entre duas variáveis quantitativas.

Todos os testes foram aplicados considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

III. RESULTADOS

Aceitaram participar neste estudo 58 indivíduos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi constituída por 50 participantes. Foram excluídos oito indivíduos por não cumprirem um dos critérios de inclusão por apresentarem idade inferior a 65 anos.

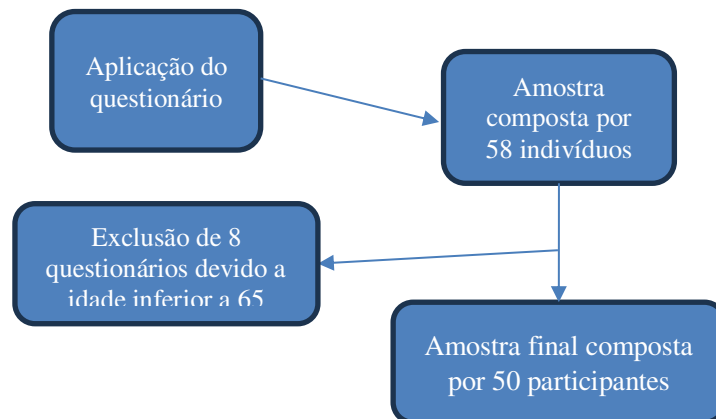


Figura 2-Fluxograma de seleção da amostra

1.1 Análise descritiva da amostra

1.1.1 Género

Dos 50 participantes incluídos neste estudo, 62% eram do sexo feminino e 38% do sexo masculino (**Figura 3**).

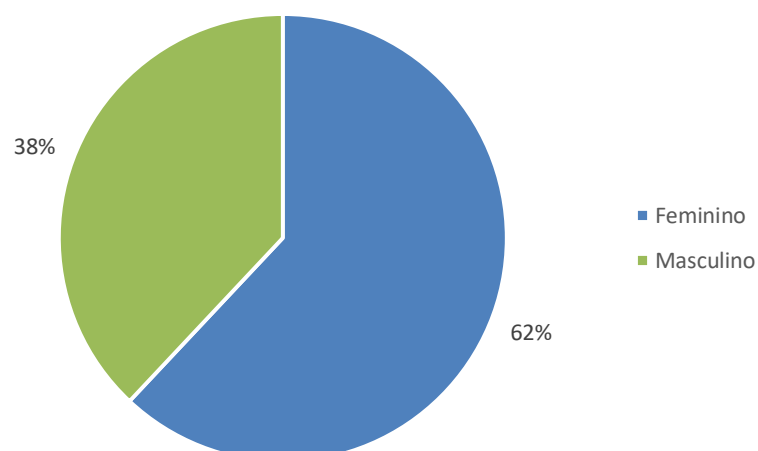


Figura 3-Caracterização da amostra segundo género

1.1.2 Idade

A faixa etária dos participantes variou entre 65 e 84 anos. Foi ainda feita uma distribuição por faixas etárias (**Figura 4**) que revelou que 40% dos indivíduos tinham entre 65 e 74 anos, 42% entre 75 e 84 anos e 18% apresentavam 85 ou mais anos.

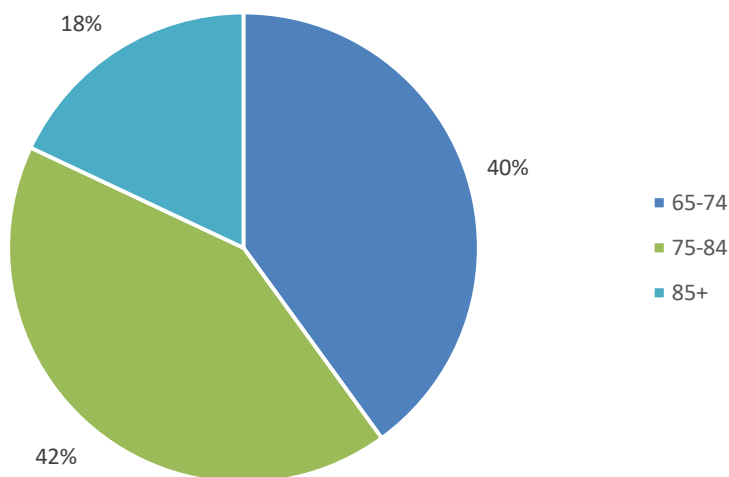


Figura 4-Caracterização da amostra segundo idade

1.1.3 Estado civil

Relativamente ao estado ao estado civil, observou-se (**Figura5**) que 54% dos participantes eram casados ou viviam em união de facto, 36% eram viúvos, 6% divorciados e 4% solteiros

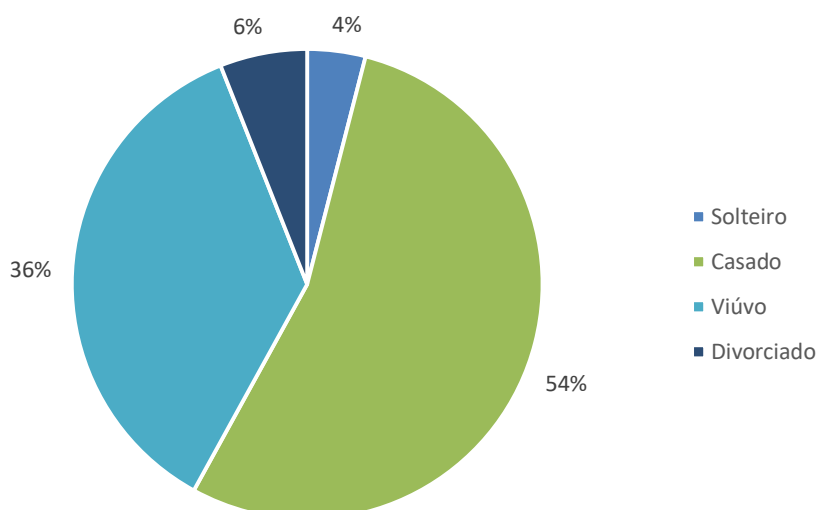


Figura 5-Caracterização da amostra segundo o estado civil

1.1.4 Escolaridade

No que diz respeito ao nível de escolaridade, verificou-se (**Figura 6**) que a maioria possuía apenas o ensino básico (60%), seguido do ensino secundário (24%) e do ensino superior (16%).

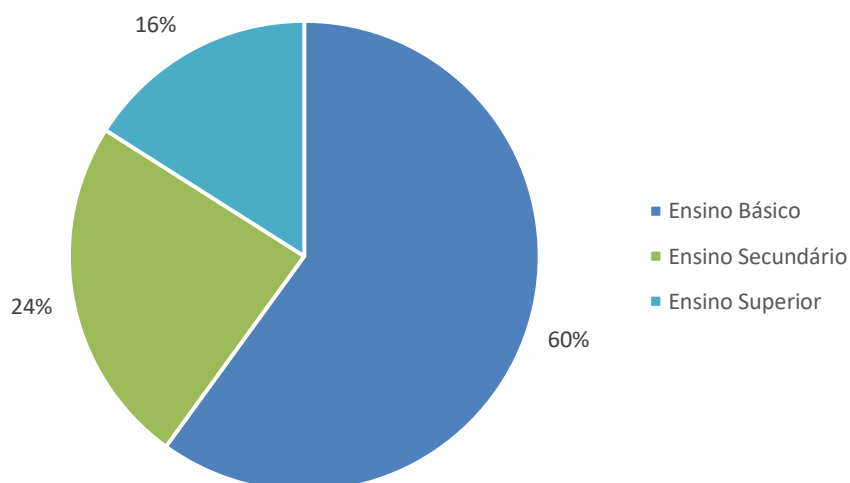


Figura 6-Caracterização da amostra segundo a escolaridade

1.1.5 Hábitos tabágicos

No gráfico (**Figura 7**) Observou-se que 20% dos participantes eram fumadores, enquanto 80% afirmaram não fumar ou nunca ter fumado

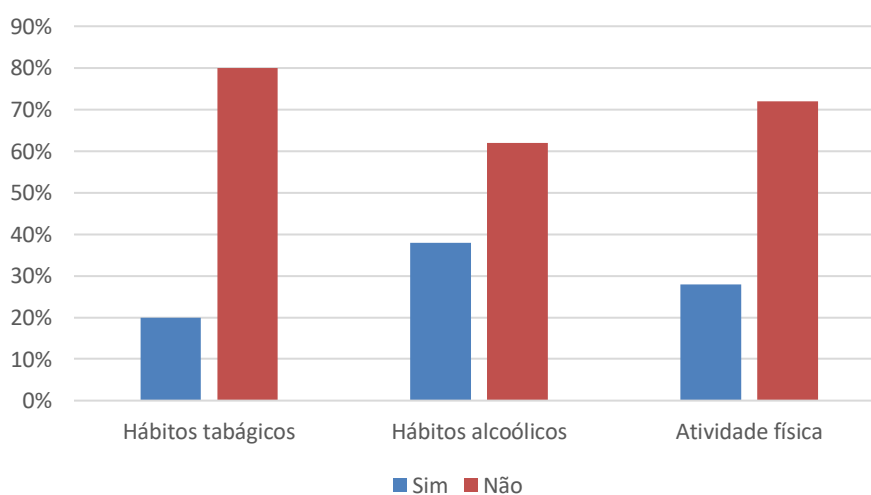


Figura 7- Caracterização da amostra segundo os hábitos tabágicos, alcoólicos e prática de atividade física

1.1.6 Hábitos alcoólicos

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, 38% dos participantes referiram consumir álcool, enquanto 62% afirmaram não consomem bebidas alcoólicas regularmente (**Figura 7**).

1.1.7 Atividade física

Quanto a prática de atividades físicas 28% dos participantes declararam praticar algum tipo de exercício regular, enquanto 72% afirmaram não realizar nenhuma atividade física (**Figura 7**).

2. Análise descritiva dos valores de GOHAI e OHIP-14

A Tabela 2 apresenta os valores descritivos obtidos para os instrumentos GOHAI e OHIP-14, utilizados na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QVRSO) dos participantes. Observou-se que o GOHAI apresentou uma média de 25,64 ($\pm 8,43$) e uma mediana de 24,5, com valores que variaram entre 12 e 53. Já o OHIP-14 registou uma média de 25,18 ($\pm 8,57$) e uma mediana de 24,0, com valores mínimos e máximos de 14 e 53.

Tabela 2- Análise descritiva dos valores do OHIP-14 e GOHAI

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
GOHAI	25,64	24,5	8,43	12	53
OHIP-14	25,18	24,00	8,57	14	53

3. Análise estatística inferencial

3.1 Relação entre os questionários OHIP-14 e GOHAI

Para avaliar a relação entre os dois instrumentos, foi realizada uma análise de correlação de Spearman. A correlação entre o OHIP-14 e o GOHAI foi forte e estatisticamente significativa ($p = 0,803$; $p < 0,001$) (Tabela 3)

Tabela 3- Correlações de Spearman entre os índices OHIP-14 e GOHAI

	OHIP-14 (total)	GOHAI (total)
OHIP-14 (total)	1.000	0.803**
GOHAI (total)	0.803	1.000
Sig. (bilateral)	————	<0,001

Nota: A correlação é significativa ao nível 0.01 (2 extremidades)**

3.2 Análise estatística por Dimensões GOHAI

A tabela 4 representa a análise descritiva das três dimensões avaliadas pelo instrumento (GOHAI) — Dimensão Física, Psicossocial e Dor/Desconforto.

Tabela 4- Estatísticas descritivas por dimensão do GOHAI

Dimensão	Itens (n)	Média (1-5, maior= pior)	DP	IC95 (±)	Min	Max
Dimensão Física	5	2.49	1.01	0.28	1.0	4.6
psicossocial	5	1.86	0.82	0.23	1.0	5.0
Dor/desconforto	2	1.92	1.01	0.28	1.0	4.5

As pontuações variam entre 1 (nunca) e 5 (sempre), sendo que valores mais elevados correspondem a maior impacto negativo na qualidade de vida. São igualmente indicados o número de itens, a média das respostas, o desvio-padrão (DP),

o intervalo de confiança de 95 % (IC95 %), bem como os valores mínimo e máximo observados em cada dimensão.

Nota: valores médios (1–5) onde maior pontuação representa pior impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde oral. IC95% calculado com base nos casos completos.

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos participantes segundo as categorias de classificação do índice GOHAI total, que reflete o impacto global da saúde oral na qualidade de vida.

Classificação Elevada qualidade = 12–22, (baixo impacto)

Moderada = 23–33

Baixa qualidade = 34–60, (alto impacto)

Tabela 5-Distribuição dos participantes segundo categoria do GOHAI total

Categorias	N	%
Elevada qualidade	21	42.0
Moderada	22	44.0
Baixa qualidade	7	14.0

O gráfico (**Figura 8**) apresenta as médias e desvios-padrão (± 1 DP) por dimensão do GOHAI. Os valores mais elevados indicam maior impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

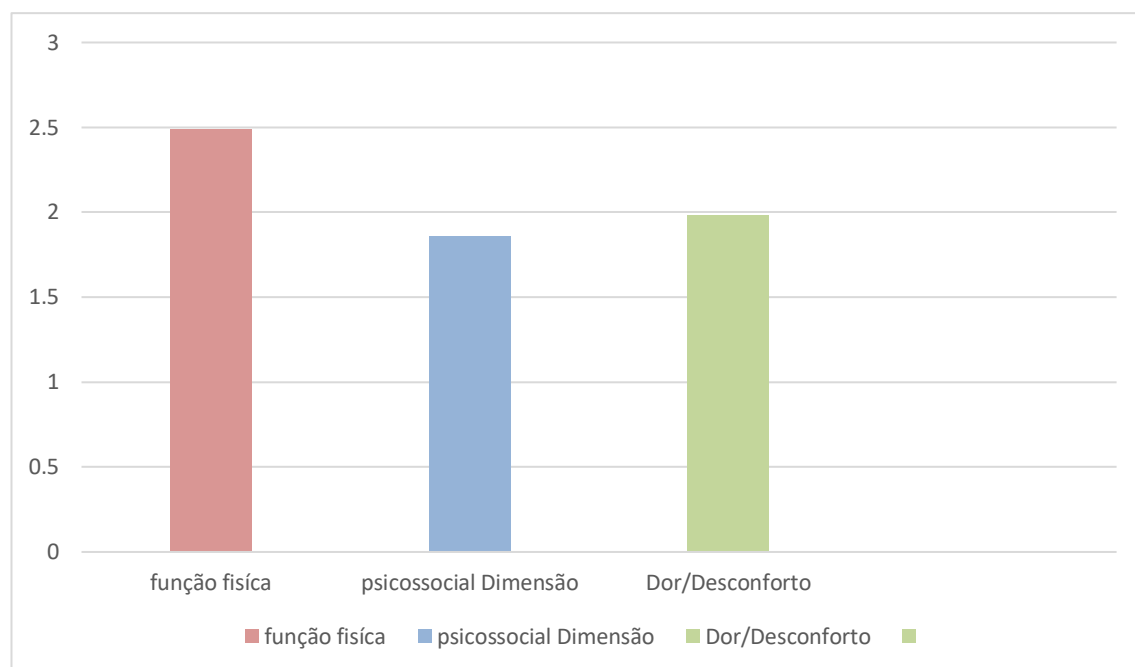


Figura 8-GOHAI- Média por dimensão ($\pm$ desvio-padrão)

A **Tabela 6** mostra os valores médios que variaram entre **1,36** e **3,10**, refletindo diferenças relevantes entre os aspetos funcionais, emocionais e sensoriais da saúde oral percebida pelos participantes,

Tabela 6– Estatísticas descritivas por item do GOHAI

Dimensão	Item (resumo)	Média	DP
Dimensão física	Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação?	2.42	1.50
	Teve problemas para mastigar os alimentos?	3.10	1.46
	Teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?	2.0	1.25
	Mudou o modo de falar por causa de problemas na boca?	2.26	1.24
	Sentiu desconforto ao comer algum alimento?	2.66	1.36
Dimensão Psicossocial	Deixou de se encontrar com pessoas por causa da sua boca?	1.48	1.18
	Sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca? <i>(item positivo)</i>	2.98	1.29
	Teve algum problema na boca que o(a) deixou preocupado(a)?	1.88	1.15
	Sentiu-se nervoso(a) por causa dos problemas na sua boca?	1.62	1.01
	Evitou comer junto de outras pessoas por causa dos problemas na sua boca?	1.36	1.03
Dimensão Dor/Desconforto	Teve que tomar medicamentos para aliviar dor ou desconforto na boca?	1.90	1.08
	Sentiu dentes ou gengivas sensíveis a alimentos líquidos?	1.94	1.02

IV. DISCUSSÃO:

A presente investigação teve como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (avaliada através dos índices GOHAI e OHIP-14) em pacientes geriátricos com prótese total removível na CDEM.

Esta investigação foi composta por 50 idosos com idades entre os 65 e 88 anos e a média das idades dos participantes foi de 76,6 anos.

O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento populacional está relacionado com uma maior prevalência de edentulismo e consequente necessidade de reabilitação protética (Allen & McMillan, 2003)

Observaram-se (Figura 9) valores semelhantes entre o género feminino (62%) e o género masculino (38%), verificando-se, contudo, uma ligeira predominância de mulheres. Este resultado está em consonância com o Estudo Nacional de Saúde Oral da Ordem dos Médicos Dentistas (2022), que também reporta uma maior participação feminina nas avaliações de saúde oral. A predominância do género feminino é, igualmente, coerente com diversos estudos epidemiológicos, que indicam que as mulheres tendem a procurar cuidados de saúde oral com maior frequência e regularidade do que os homens (Rodakowska et al., 2014)

Relativamente ao estado civil, verificou-se (Figura 10) que a maioria dos participantes era casada (54%) ou viúva (36%), o que reflete a realidade demográfica da população idosa portuguesa. Estes resultados estão em consonância com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), que apontam para uma elevada proporção de indivíduos casados ou viúvos nesta faixa etária, consequência do aumento da esperança média de vida e da maior longevidade feminina.

Em relação ao nível de escolaridade, observou-se (Figura 11) que a maioria dos participantes possuía apenas o 1.º ciclo do ensino básico (34%), resultado que reflete a realidade da população idosa portuguesa, caracterizada por baixos níveis de instrução formal, especialmente entre as gerações mais antigas (INE, 2023).

A baixa escolaridade tem sido amplamente identificada como um fator determinante para a literacia em saúde oral, influenciando o acesso aos serviços de medicina dentária, a compreensão das orientações clínicas e a adesão aos tratamentos (Pires, Ferreira & Batista, 2020; Rosendo et al., 2017). Esta limitação educacional tende a refletir-se em piores condições socioeconómicas e em menor capacidade de autocuidado, o que impacta diretamente a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Achados semelhantes foram reportados em diversos estudos nacionais e internacionais (Fonseca, Almeida & Silva, 2011; Alcarde et al., 2010; Moura et al., 2011; Uslar, Curvino, Groisman & Senna, 2011), que evidenciam uma predominância de baixa escolaridade entre os idosos, associada a maiores dificuldades de acesso aos cuidados dentários e a níveis reduzidos de literacia em saúde.

Relativamente aos hábitos de vida, verificou-se (**Figura 7**) que 20% dos participantes eram fumadores e 38% referiram consumir bebidas alcoólicas regularmente. No que respeita à prática de atividade física, observou-se que 72% não realizavam exercício físico de forma regular. Estes resultados corroboram os estudos de Nascimento et al. (2021) e Haddad et al. (2020), que destacam o sedentarismo como um dos principais fatores de risco entre a população idosa, contribuindo significativamente para o declínio funcional, aumento da fragilidade e pior perceção da saúde, tanto geral como oral. Estudos recentes sobre o sedentarismo nos idosos reforçam esta associação, evidenciando que a inatividade física está relacionada com menor qualidade de vida e maior prevalência de doenças crónicas, limitações funcionais e condições incapacitantes, conforme descrito por (Silva et al., 2022; Costa & Pereira, 2021).

Os valores médios obtidos (**Tabela 2**) para o OHIP-14 ($25,18 \pm 8,57$) e o GOHAI ($25,64 \pm 8,43$) indicam uma perceção globalmente baixa da saúde oral entre os participantes. Verificou-se uma forte correlação positiva entre o OHIP-14 e o GOHAI ($r = 0,803$; $p < 0,001$), confirmando a convergência entre os dois instrumentos na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral (OHRQoL) e reforçando a validade dos resultados obtidos. Estes achados estão em consonância com diversos estudos internacionais que também identificaram correlações elevadas entre ambos os questionários, demonstrando que captam dimensões semelhantes do impacto funcional,

social e psicológico da saúde oral (Locker & Allen, 2007; Montero-Martín et al., 2013; John et al., 2020; Baba et al., 2021).

Hipótese Nula 1 — Rejeitada, uma vez que se verificou correlação significativa entre os índices GOHAI e OHIP-14 na população geriátrica reabilitada com prótese total removível da CDEM ($r = -0,71$; $p < 0,01$).

Esta correlação evidencia que valores mais elevados do GOHAI estão associados a scores mais baixos do OHIP-14, refletindo a relação inversa entre as escalas. O GOHAI representa melhor percepção de saúde oral e maior bem-estar funcional, enquanto o OHIP-14 traduz maior impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

A utilização combinada dos instrumentos OHIP-14 e GOHAI, ambos amplamente validados, permitiu uma avaliação mais completa e multidimensional da percepção subjetiva da qualidade de vida. O OHIP-14 centra-se nos aspetos psicossociais e nas limitações funcionais, ao passo que o GOHAI privilegia as dimensões de conforto, funcionalidade e satisfação (Locker & Allen, 2007; John et al., 2020; Reissmann et al., 2019). Assim, a integração de ambas as medidas constituem uma abordagem robusta para a avaliação da OHRQoL em populações idosas utilizadoras de próteses totais removíveis.

A literatura científica tem demonstrado que a reabilitação com prótese total removível contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, sobretudo nos domínios funcional e psicossocial. Estudos conduzidos por Montero et al. (2012), John et al. (2020) e Al-Qahtani et al. (2021) confirmam que a adaptação a novas próteses reduz o impacto negativo percebido no OHIP-14 e melhora as dimensões de conforto e satisfação avaliadas pelo GOHAI (Montero et al., 2012; John et al., 2020; Al-Qahtani et al., 2021).

No presente estudo, verificou-se que (**Tabela 4**) a dimensão Dimensão Física apresentou a média mais elevada ($M = 2,49$; $DP = 1,01$; $IC95\% \pm 0,28$; $min = 1,0$; $máx = 4,6$), indicando maior comprometimento neste domínio. Este resultado reflete as dificuldades mais acentuadas relacionadas com mastigação, deglutição e fala, aspetos que continuam a representar um desafio para os utilizadores de prótese total removível. Achados semelhantes foram relatados por (Bonnet et al., 2016), que também

identificaram a Dimensão Física como a dimensão mais afetada, salientando que o desconforto mastigatório é uma das principais queixas relatadas por idosos reabilitados com próteses convencionais.

A dimensão Psicossocial (**Tabela 4**), por sua vez, apresentou a média mais baixa ($M = 1,86$; $DP = 0,82$; $IC95\% \pm 0,23$; $\min = 1,0$; $\max = 5,0$), revelando um impacto reduzido nas interações sociais e na autoconfiança. Este resultado sugere que os participantes, em geral, percebem melhorias na sua aparência e integração social após a reabilitação protética. Estes resultados estão em consonância com os estudos de (Narayan et al., 2021), que observaram um impacto psicossocial positivo entre idosos, atribuível à restauração estética e à melhoria da autoestima decorrentes do uso de próteses totais bem-adaptadas.

No que diz respeito à dimensão Dor/Desconforto (**Tabela 4**), a média foi de 1,92 ($DP = 1,01$; $IC95\% \pm 0,28$; $\min = 1,0$; $\max = 4,5$), indicando um impacto ligeiro associado à dor e ao desconforto. Este resultado pode refletir um bom nível de adaptação às próteses e um acompanhamento clínico regular. Conclusões semelhantes foram descritas por Emani et al. (2013), que demonstraram que a sensação de desconforto tende a reduzir-se progressivamente com o tempo de uso, à medida que o paciente se adapta funcional e psicologicamente à prótese (Emani et al., 2013).

De forma geral, as médias obtidas nas três dimensões situaram-se abaixo do ponto médio da escala (3 pontos), sugerindo uma percepção globalmente positiva da qualidade de vida da saúde oral entre os participantes. Estes resultados convergem com os estudos de Zhao e Wang (2014) e Lee e Saponaro (2019), que reportaram impacto moderado abaixo das próteses totais removíveis na qualidade de vida, sobretudo quando existe acompanhamento clínico e manutenção adequados (Linn et al., 2024).

Hipótese Nula 2 — Aceite, uma vez que não se verificou relação significativa entre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QVRSO), avaliada pelos índices GOHAI e OHIP-14, e as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) da população geriátrica reabilitada com prótese total removível da CDEM.

Este resultado pode ser justificado pelo tamanho reduzido da amostra, que limita a análise estatística, mas também está em consonância com estudos anteriores que

indicam que fatores demográficos tendem a exercer influência limitada quando os participantes são utilizadores de prótese total, dado que o edentulismo constitui o principal determinante da limitação funcional e psicossocial (Reissmann et al., 2019; Kuo et al., 2020; Furuta et al., 2018).

Estudos de Sato et al. (2021) e Avlund et al. (2020) apontam que variáveis como nível de escolaridade, rendimento e suporte social podem exercer maior influência sobre a percepção da OHRQoL do que o género ou a idade em si. Estes fatores estão frequentemente associados à literacia em saúde oral e ao acesso a cuidados dentários, refletindo-se na qualidade de vida reportada pelos idosos.

1.1 Limitações do Estudo

Esta investigação enfrentou diversos obstáculos durante a sua execução, que representam limitações importantes a considerar na interpretação dos resultados. Um dos principais desafios constitui no número reduzido de indivíduos que compuseram a amostra ($n = 50$). Uma amostra é, por definição, um subconjunto representativo de uma população, e quanto maior o seu tamanho, maior tende a ser a sua representatividade e poder inferencial. Participaram neste estudo pacientes idosos desdentados totais que utilizavam PTR superior ou inferior, condição que por si só já restringe o universo de potenciais participantes.

Adicionalmente, os critérios de exclusão estabelecidos limitaram ainda mais a elegibilidade dos indivíduos. Muitos potenciais participantes não puderam ser incluídos por apresentarem idade inferior a 65 anos ou por necessitarem de auxílios, situações que poderiam interferir na autonomia funcional e na percepção da qualidade de vida oral. Assim, a disponibilidade reduzida de indivíduos com o perfil exigido constituiu um entrave relevante, impactando o tamanho da amostra.

Em consequência, não é possível extrapolar os resultados obtidos para outras populações de forma generalizada, uma vez que o número limitado de participantes pode ter restringido a variabilidade das respostas e a identificação de associações mais

subtis. Essa limitação é reconhecida também por Cunha et al. (2023) e Silva et al. (2021), que salientam a dificuldade em recrutar amostras amplas e homogêneas de idosos totalmente edêntulos em estudos clínicos de reabilitação oral.

Outra limitação relevante esta associada ao desenho transversal do estudo, que não permite estabelecer relações causais entre variáveis. A percepção de qualidade de vida pode variar com o tempo, com a adaptação da prótese e com as condições de saúde geral do idoso. Estudos longitudinais seriam, portanto, mais adequados para monitorizar essas variações e compreender a evolução da experiência subjetiva dos utilizadores de PTR ao longo do envelhecimento (Allen et al., 2021).

1.2 Perspetivas futuras

Dificuldades encontradas reforçam a importância de investigações futuras com amostras mais amplas, abordagens longitudinais e integração de medidas clínicas objetivas, de modo a consolidar a evidência nesta área da reabilitação oral geriátrica.

Tal como salientado por Allen et al. (2021) e Cunha et al. (2023), o sucesso da reabilitação oral não depende apenas da qualidade técnica da prótese, mas também de fatores individuais, como a motivação, a percepção subjetiva e o apoio social disponível.

Os resultados obtidos nesta investigação reforçam a importância de compreender a relação entre a reabilitação oral e a qualidade de vida em população idosas, evidenciando que o uso de PTR continua a desempenhar um papel central na promoção da função mastigatória, da autoestima e do bem-estar psicossocial. Todavia, também ficou claro que persistem limitações funcionais e subjetivas associadas à adaptação protética, as quais justificam a necessidade de investigações futuras mais abrangentes e aprofundadas.

Uma das principais perspetivas para estudos futuros consiste na realização de investigações longitudinais, que permitam acompanhar os participantes ao longo do tempo e avaliar a evolução da percepção de qualidade de vida após a colocação e adaptação da prótese. Este tipo de desenho permitiria observar se a satisfação e o conforto aumentam progressivamente com o uso continuado, ou se, pelo contrário, o desgaste e a perda de

retenção ao longo dos anos resultam numa perceção mais negativa- aspetos que não podem ser determinados através de um estudo transversal.

Além disso, seria pertinente a integração de medidas clínicas objetivas com os indicadores subjetivos de qualidade de vida. A inclusão de parâmetros como avaliação da retenção e estabilidade das próteses, condição da mucosa oral, presença de lesões protéticas e capacidade mastigatória funcional permitiria correlacionar dados clínicos e psicométricos, proporcionando uma compreensão mais completa do impacto real das PTR na vida diária dos utilizadores (Allen et al., 2021; Cunha et al., 2023).

Outra linha de investigação promissora envolve a comparação entre diferentes tipos de reabilitação protética, nomeadamente próteses totais convencionais e próteses sobre implantes. Estudos comparativos poderiam clarificar em que medida as soluções implantossuportadas melhoram efetivamente a qualidade de vida e se essas melhorias justificam o investimento económico e clínico associado, sobretudo em populações idosas com limitações sistémicas (Reissmann et al., 2019).

Também se recomenda o desenvolvimento de estudos multicêntricos e com amostras mais alargadas, de modo a aumentar a representatividade e a robustez estatística das conclusões. A diversidade geográfica e cultural é particularmente relevante, uma vez que a perceção de qualidade de vida oral pode ser influenciada por diferenças socioculturais, económicas e de acesso aos cuidados de saúde (Petersen & Kandelman, 2020). Estudos conduzidos em diferentes regiões do país ou envolvendo populações de outros contextos europeus para o desenho de estratégias de reabilitação mais ajustadas a cada realidade social.

Paralelamente, as intervenções educativas e preventivas voltadas para a literacia em saúde oral na terceira idade representam outra área a explorar. A baixa escolaridade observada na presente amostra sugere a necessidade de programas de promoção da saúde direcionados, capazes de melhorar o conhecimento sobre higiene oral, cuidados com a prótese e importância das consultas periódicas. Estudos futuros poderiam avaliar a eficácia dessas intervenções na melhoria da qualidade de vida e na manutenção da função protética (Silva et al., 2021; Pires et al., 2020).

Por fim, as futuras investigações devem também considerar a dimensão psicológica e social da reabilitação oral, uma vez que a perceção de bem-estar não

depende da função mastigatória, mas também da autoimagem, do convívio social e da autoestima. A integração de questionário complementares sobre depressão, isolamento e autopercepção corporal poderia fornecer uma análise mais holística do impacto a saúde oral na vida do idoso (John et al., 2020).

Este estudo abre caminho para novas abordagens na pesquisa interdisciplinar em odontogeriatrica, promovendo uma visão centrada no paciente, que articula dimensões clínicas, psicológicas e sociais. As perspectivas futuras apontam, assim, para a necessidade de investigações mais abrangentes, tecnicamente integradas e humanizadas, que possam contribuir para o desenvolvimento de modelos de reabilitação mais eficazes e sustentáveis, melhorando, de forma tangível, a qualidade de vida da população idosa.

V. CONCLUSÕES:

O estudo permitiu identificar a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos reabilitados com prótese total removível, através dos instrumentos OHIP-14 e GOHAI.

Conclui-se que:

- Os participantes apresentaram uma percepção globalmente moderada da sua qualidade de vida oral, refletindo melhorias funcionais e psicossociais decorrentes da reabilitação protética.
- A reabilitação com prótese total removível mostrou-se importante para o bem-estar e autoestima, reforçando o papel da saúde oral na promoção de um envelhecimento ativo e saudável.
- Os idosos com reabilitação oral através de PTR demonstram limitações funcionais e psicossociais;
- A combinação dos instrumentos GOHAI e OHIP-14 revelou-se útil para uma avaliação mais abrangente da OHRQoL em populações idosas.

o tamanho reduzido da amostra e o desenho transversal do estudo limitam a generalização dos resultados à população idosa portuguesa. Assim, este trabalho constitui um ponto de partida para futuras investigações com amostras mais amplas e metodologias longitudinais, que permitam aprofundar a compreensão entre a saúde oral e o bem-estar psicossocial no envelhecimento.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abensur, E. da S., Lopes, E. C., Meira, G. de F., & Silva, C. P. e. (2022). Relação entre a reabilitação oral em edêntulos e os efeitos psicossociais – revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(17), e123111739105. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i17.39105>
- Afonso, A., Silva, I., Meneses, R., & Frias-Bulhosa, J. (2017a). ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: PORTUGUESE LINGUISTIC AND CULTURAL ADAPTATION OF OHIP-14. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(2), 374–388. <https://doi.org/10.15309/17psd180208>
- Afonso, A., Silva, I., Meneses, R., & Frias-Bulhosa, J. (2017b). ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: PORTUGUESE LINGUISTIC AND CULTURAL ADAPTATION OF OHIP-14. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(2), 374–388. <https://doi.org/10.15309/17psd180208>
- Allen, P. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-40>
- Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 40. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-40>
- Atchison, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of the *Geriatric Oral Health Assessment Index*. *Journal of Dental Education*, 54(11), 680–687.
- Azami-Aghdash, S., Pournaghi-Azar, F., Moosavi, A., Mohseni, M., Derakhshani, N., & Alaei Kalajahi, R. (2021). Oral Health and Related Quality of Life in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i4.5993>
- Azevedo, J. S., Azevedo, M. S., Oliveira, L. J. C. de, Correa, M. B., & Demarco, F. F. (2017). Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054016>
- Baba, N. Z., Goodacre, C. J., & Kattadiyil, M. T. (2015). CAD/CAM Removable Prosthodontics. In *Clinical Applications of Digital Dental Technology* (pp. 107–138). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119045564.ch6>
- Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, J. de A. (2011). Portugal. Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4), 1–156.

- Bulgareli, J. V., Faria, E. T. de, Cortellazzi, K. L., Guerra, L. M., Meneghim, M. de C., Ambrosano, G. M. B., Frias, A. C., & Pereira, A. C. (2018). Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Revista de Saúde Pública*, 52, 44. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000042>
- Carvalho, L. S. J. de, Lima, N. L. B., Souza, J. C. C., Rêgo, D. B., Menezes, D. de P. B., & Peixoto, R. F. (2021). Satisfação e qualidade de vida de idosos institucionalizados usuários e não usuários de prótese total. *Research, Society and Development*, 10(4), e56010414614. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14614>
- Couto, P., Pereira, P. A., Nunes, M., & Mendes, R. A. (2018). Validation of a Portuguese version of the Oral Health Impact Profile adapted to people with mild intellectual disabilities (OHIP-14-MID-PT). *PLOS ONE*, 13(6), e0198840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198840>
- Cunha, M., Santos, E., Costa, A., Pereira, M., Varanda, R., & Loureiro, S. (2014). Saúde Oral, Literacia e Qualidade de Vida em Idosos - Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 1), 125–134. <https://doi.org/10.12707/RIII12157>
- de Almeida Simoes, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1–184.
- Doty, R. L., & Kamath, V. (2014). The influences of age on olfaction: a review. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00020>
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014a). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), 835–838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014b). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), 835–838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>
- el Osta, N., Tubert-Jeannin, S., Hennequin, M., Bou Abboud Naaman, N., el Osta, L., & Geahchan, N. (2012). Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 131. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-131>
- Fabbri, E., Zoli, M., Gonzalez-Freire, M., Salive, M. E., Studenski, S. A., & Ferrucci, L. (2015). Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(8), 640–647. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.013>

- Fouda, S. M., Gad, M. M., Ellakany, P., el Zayat, M., AlGhamdi, M., Abdelrahman, H., & El-Din, M. S. (2024). Impact of prosthetic rehabilitation on oral health-related quality of life of Saudi Adults: A prospective observational study with pre–post design. *The Saudi Dental Journal*, 36(7), 1000–1005. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2024.04.006>
- Goiato, M. C., Filho, H. G., dos Santos, D. M., Barão, V. A. R., & Júnior, A. C. F. (2011). Insertion and follow-up of complete dentures: a literature review. *Gerodontology*, 28(3), 197–204. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00368.x>
- Gonçalves, F. P., Alves, G., Oliveira, F., Antunes, L. A. A., Soares, J. R. A., Perazzo, M. F., Paiva, S. M., & Scelza, M. F. Z. (2020). Impacto da reabilitação oral na qualidade de vida e nos níveis de cortisol de pacientes geriátricos. *Research, Society and Development*, 9(11), e2639119911. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9911>
- Goodacre, C. J., Campagni, W. v., & Aquilino, S. A. (2001). Tooth preparations for complete crowns: An art form based on scientific principles. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 85(4), 363–376. <https://doi.org/10.1067/mpr.2001.114685>
- Janto, M., Iurcov, R., Daina, C. M., Neculoiu, D. C., Venter, A. C., Badau, D., Cotovanu, A., Negrau, M., Suteu, C. L., Sabau, M., & Daina, L. G. (2022). Oral Health among Elderly, Impact on Life Quality, Access of Elderly Patients to Oral Health Services and Methods to Improve Oral Health: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 12(3), 372. <https://doi.org/10.3390/jpm12030372>
- Kanlı, A., Demirel, F., & Sezgin, Y. (2005). Oral candidosis, denture cleanliness and hygiene habits in an elderly population. *Aging Clinical and Experimental Research*, 17(6), 502–507. <https://doi.org/10.1007/BF03327418>
- Kassebaum, N. J., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. J. L., & Marcenes, W. (2014). Global Burden of Severe Tooth Loss. *Journal of Dental Research*, 93(7_suppl), 20S–28S. <https://doi.org/10.1177/0022034514537828>
- Komagamine, Y., Kanazawa, M., Kaiba, Y., Sato, Y., Minakuchi, S., & Sasaki, Y. (2012a). Association between self-assessment of complete dentures and oral health-related quality of life. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39(11), 847–857. <https://doi.org/10.1111/joor.12004>
- Komagamine, Y., Kanazawa, M., Kaiba, Y., Sato, Y., Minakuchi, S., & Sasaki, Y. (2012b). Association between self-assessment of complete dentures and oral health-related quality of life. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39(11), 847–857. <https://doi.org/10.1111/joor.12004>

- Konrad, H. R., Girardi, M., & Helfert, R. (1999). Balance and Aging. *The Laryngoscope*, 109(9), 1454–1460. <https://doi.org/10.1097/00005537-199909000-00019>
- Lee, D. J., & Saponaro, P. C. (2019). Management of Edentulous Patients. *Dental Clinics of North America*, 63(2), 249–261. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2018.11.006>
- Locker, D., & Allen, F. (2007). What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(6), 401–411. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x>
- Maia, L. C., Costa, S. de M., Martelli, D. R. B., & Caldeira, A. P. (2020). Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social? *Revista Bioética*, 28(1), 173–181. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281380>
- Martins, A., Campos, C., Silva, C., Tavares, M., Antunes, L., & Antunes, L. (2022). Impact of New Complete Dentures on Oral Health–Related Quality of Life: A 12-Month Follow-up. *The International Journal of Prosthodontics*, 35(3), 287–293. <https://doi.org/10.11607/ijp.7645>
- Marxkors, R. (1993). Prosthodontic care of elderly edentulous patients. *International Dental Journal*, 43(6), 591–598.
- Mayasari, Y., Ruslan, M. R. R., Mersil, S., Hertiana, E., & Viraningtyas, T. B. (2023). Sociodemographic Factors Associated With Oral Health-Related Quality Of Life Among Elderly Population. *Journal Research of Social Science, Economics, and Management*, 3(1), 14–21. <https://doi.org/10.59141/jrssem.v3i01.514>
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., ... Rixt Zijlstra, G. A. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*, 51(9). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Moriya, S., Notani, K., Miura, H., & Inoue, N. (2014). Relationship between masticatory ability and physical performance in community-dwelling edentulous older adults wearing complete dentures. *Gerodontology*, 31(4), 251–259. <https://doi.org/10.1111/ger.12029>
- Murray Thomson, W. (2014). Epidemiology of oral health conditions in older people. *Gerodontology*, 31(s1), 9–16. <https://doi.org/10.1111/ger.12085>
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt,

- R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
- Petersen, P. E., Kandelman, D., Arpin, S., & Ogawa, H. (2010). Global oral health of older people--call for public health action. *Community Dental Health*, 27(4 Suppl 2), 257–267.
- Rebelo, M. A. B., Cardoso, E. M., Robinson, P. G., & Vettore, M. V. (2016). Demographics, social position, dental status and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 25(7), 1735–1742. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1209-y>
- Rodakowska, E., Mierzyńska, K., Bagińska, J., & Jamiołkowski, J. (2014a). Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*, 14(1), 106. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-106>
- Rodakowska, E., Mierzyńska, K., Bagińska, J., & Jamiołkowski, J. (2014b). Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*, 14(1), 106. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-106>
- Rodakowska, E., Mierzyńska, K., Bagińska, J., & Jamiołkowski, J. (2014c). Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*, 14(1), 106. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-106>
- Rodakowska, E., Mierzyńska, K., Bagińska, J., & Jamiołkowski, J. (2014d). Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*, 14(1), 106. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-106>
- Rodrigues, L. C. B., Pegoraro, L. F., Brasolotto, A. G., Berretin-Felix, G., & Genaro, K. F. (2010). A fala nas diferentes modalidades de reabilitação oral protética em idosos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 22(2), 151–156. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872010000200014>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Sanz, M., Marco del Castillo, A., Jepsen, S., Gonzalez-Juanatey, J. R., D’Aiuto, F., Bouchard, P., Chapple, I., Dietrich, T., Gotsman, I., Graziani, F., Herrera, D., Loos, B., Madianos, P., Michel, J., Perel, P., Pieske, B., Shapira, L., Shechter, M., Tonetti, M., ... Wimmer, G. (2020). Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. *Journal of Clinical Periodontology*, 47(3), 268–288. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13189>
- Silva, J. de C. M., dos Santos, J. F. F., & Marchini, L. (2014). Factors influencing patients’ satisfaction with complete dentures: a qualitative study. *Brazilian Dental Science*, 17(2), 83–88. <https://doi.org/10.14295/bds.2014.v17i2.967>

- Silva, S. R. C. da, & Castellanos Fernandes, R. A. (2001). Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista de Saúde Pública*, 35(4), 349–355.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000400003>
- Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284–290.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x>
- Yoshida, M., Kikutani, T., Okada, G., Kawamura, T., Kimura, M., & Akagawa, Y. (2009). The effect of tooth loss on body balance control among community-dwelling elderly persons. *The International Journal of Prosthodontics*, 22(2), 136–139.

VII. ANEXOS

 EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

Comissão de Ética EGAS MONIZ

Processo Interno: 1545
PT-522/24

Ex.ma Senhora
Sabrina Jessyca Moraes da Silva

Monte de Caparica, 26 de março de 2025.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado: "O impacto do uso de prótese total removível na qualidade de vida dos idosos", foi aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Profª Doutora Ana Filipa Vicente

EGAS MONIZ – COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, CRL
Campus Universitário – Quinta da Granja – Monte de Caparica
2829-511 Caparica