

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

SAÚDE ORAL E QUALIDADE DE VIDA NUMA POPULAÇÃO MIGRANTE

Trabalho submetido por
Inês Maria Costa Gouveia
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2024

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

SAÚDE ORAL E QUALIDADE DE VIDA NUMA POPULAÇÃO MIGRANTE

Trabalho submetido por
Inês Maria Costa Gouveia
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof.ª Doutora Ana Cristina Garcia de Matos Manso

e coorientado por
Prof.ª Doutora Olga Maria de Silvério Carvalho

setembro de 2024

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof. Doutora Ana Cristina Manso, por aceitar orientar este trabalho, de forma rigorosa, metódica e exímia, atributos que pautam a sua prestação na qualidade de docente desta casa, e que me inspiraram como discente e na elaboração deste trabalho científico.

À minha coorientadora, Prof. Doutora Olga Carvalho, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, por aceitar coorientar este trabalho e, também, ao seu adjunto, Bernardo Flôr Rodrigues, por, no decorrer deste ano letivo, terem contribuído veemente para a minha formação e evolução científica.

À *Egas Moniz School of Health and Science*, que me proporcionou os meios e a formação necessária durante os últimos cinco anos, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Aos demais professores desta casa que tornaram este trabalho possível, nomeadamente, ao Prof. Doutor Luís Proença e ao Prof. Doutor Eduardo Guerreiro.

Aos meus pais e irmã, por tornarem possível este percurso académico, pelo amor, apoio constante e pela confiança que depositaram em mim desde o início deste caminho, sem eles nada disto seria possível.

À minha avó, por toda a ajuda e companhia ao longos destes anos.

Aos amigos que fiz pelo caminho, que, certamente, contribuíram para as alegrias deste percurso, e que suportaram todas as tristezas que nele surgiram.

Um agradecimento especial ao João Viana, à Beatriz, à Isaura e à Raquel, pelo apoio e ajuda, algo que foi crucial para este projeto.

Ao meu namorado, pelo amor, paciência e compreensão ao longo desta jornada.

A todos vocês, o meu sincero obrigada.

RESUMO

Introdução: O aumento de problemas geopolíticos mundialmente levou a uma vaga migratória, que resultou num aumento expressivo da diversidade das populações europeia e mundial. Portugal, ainda que economicamente seja pouco atraente, tem assumido um papel preponderante nas migrações. Há falta de dados sobre acessibilidade, uso dos serviços de saúde oral pelos migrantes e adequação dos cuidados prestados. Estudos recentes enaltecem que os migrantes sofrem a maior desigualdade em saúde oral.

Objetivo: Caracterizar socio-demograficamente a população, medir a cárie dentária, gengivite e periodontite, determinar o impacto na qualidade de vida, nos comportamentos em saúde oral e hábitos de consumo.

Materiais e Métodos: Amostra composta por 66 indivíduos. Aplicou-se o questionário *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14), acompanhado do questionário sociodemográfico e de comportamentos em saúde oral, com uma posterior medição dos Índices Gengival e de Placa, bem como dos dentes cáries, perdidos e/ou obturados, tendo utilizado o *software* SPSS versão 29.0 para análise estatística com nível de significância de 5%.

Resultados: Observou-se que os migrantes apresentam uma alta prevalência de problemas dentários, como cáries (CPO= 8,5), gengivite (IG= 24,43%) e periodontite (IP= 47,22%), associada a comportamentos de saúde inadequados e barreiras no acesso aos cuidados de saúde, exacerbadas por fatores culturais e socioeconómicos. A média dos valores do OHIP-14 é 7,30, tendo como valor mínimo 0 e máximo 43, demonstrando um impacto relativo na qualidade de vida. A correlação entre o OHIP-14 e o CPO é bastante forte, com um coeficiente de 0,838, e o tempo de residência em Portugal e o consumo de álcool mostraram uma relação estatisticamente significativa ($p=0,042$).

Conclusão: A saúde oral dos migrantes mostrou-se inadequada, afetando a sua qualidade de vida, o que enfatiza a necessidade de inclusão de políticas público-sociais de saúde oral.

Palavras-chave: qualidade de vida, saúde oral, migrantes e *Oral Health Impact Profile-14*.

ABSTRACT

Introduction: Increase in geopolitical issues worldwide has led to a wave of migration, resulting in a significant rise in the diversity of European and global populations. Portugal, although economically less attractive, has assumed a prominent role in migration trends. There's a lack of data on accessibility, use of oral health services by migrants and the adequacy of care provided. Recent studies highlight that migrants experience the greatest inequality in oral health.

Objective: To characterise the population socio-demographically, measure dental caries, gingivitis, and periodontitis, and determine the impact on quality of life, oral health behaviours, and consumption habits.

Materials and Methods: The sample consisted of 66 individuals. The Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) questionnaire was applied, along with a sociodemographic and oral health behaviour questionnaire, followed by the measurement of Gingival and Plaque Indexs, as well as the number of decayed, missing and filled teeth. The SPSS version 29.0 software was used for statistical analysis with a significance level of 5%.

Results: It was observed that migrants have a high prevalence of dental problems, such as caries (DMFT= 8,5), gingivitis (GI= 24.43%), and periodontitis (PI= 47.22%), which are associated with inadequate health behaviours and barriers regarding access to health care, exacerbated by cultural and socioeconomic factors. The average OHIP-14 score is 7.30, with a minimum score of 0 and a maximum score of 43, indicating a relative impact on quality of life. The correlation between the OHIP-14 and CPO is strong, with a coefficient of 0.838, and the length of residence in Portugal and alcohol consumption showed a statistically significant relationship ($p=0.042$).

Conclusion: The oral health of migrants was found to be inadequate, affecting their quality of life, which highlights the need for inclusion of public-social oral health policies.

Keywords: quality of life, oral health, migrants, and Oral Health Impact Profile-14.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	13
1. Problema.....	13
2. Conceptualização.....	13
3. Políticas migratórias no século XXI e situação migratória em Portugal.....	14
4. Saúde Oral: O contexto em Portugal e além-fronteiras.....	15
5. Breve caracterização da saúde oral à escala global	17
6. Impacto na Qualidade de Vida	21
7. Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14).....	23
8. Condições clínicas de maior suscetibilidade	25
9. Objetivos.....	29
II. MATERIAIS E MÉTODOS	31
1. Aspetos Éticos	31
2. Metodologia de Revisão Bibliográfica.....	31
3. Estudo Empírico	31
4. Amostra	31
5. Local de estudo.....	32
6. Fatores de Inclusão e Exclusão.....	32
7. Inquérito	32
III. RESULTADOS	35
1. Caraterização sociodemográfica da população relativamente aos comportamentos em Saúde Oral.....	41
2. Caraterização sociodemográfica da população relativamente aos hábitos de consumo	46

3. Prevalência de cárie/periodontite/gengivite e relação com comportamentos em saúde oral e hábitos de consumo.....	47
4. Impacto da qualidade de vida em relação aos cuidados de saúde oral	56
5. Impacto da qualidade de vida em relação ao CPO, IG, IP	62
IV. DISCUSSÃO.....	65
1. Limitações do estudo	72
V. CONCLUSÃO.....	73
VI. BIBLIOGRAFIA.....	75
VII. ANEXOS	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I: Profissionais de saúde oral nos cuidados de saúde primários, por Administração Regional de Saúde, a 31 de dezembro de 2022. ARS (Administração Regional de Saúde); EST (Número de Estomatologistas); MD (Número de Médicos Dentistas); HO (Número de Higienistas Orais). Adaptado de Direção Geral de Saúde e Administrações Regionais de Saúde, 2023.	17
Tabela II: Rastreamentos oncológicos promovidos pelo Sistema Nacional de Saúde. Adaptado de <i>Sistema Nacional de Saúde</i> , 2023.	29
Tabela III: Caracterização sociodemográfica.	36
Tabela IV: Caracterização dos hábitos.	37
Tabela V: Hábitos relacionados com a saúde oral dos participantes.....	38
Tabela VI: Caracterização da autoperceção de saúde oral dos participantes.....	39
Tabela VII: Análise descritiva do Score do OHIP-14.	40
Tabela VIII: Análise descritiva do CPO.....	40
Tabela IX: Distribuição da frequência de dentes cariados, perdidos e obturados.....	41
Tabela X: Análise descritiva do IP e IG.....	41
Tabela XI: Distribuição da amostra por faixa etária e número de escovagens/dia.	42
Tabela XII: Distribuição da amostra por faixa etária e última vez que visitou o dentista.	42
Tabela XIII: Distribuição da amostra por faixa etária e principal fonte de informação.	43
Tabela XIV: Distribuição da amostra por sexo e número de escovagens/dia.....	43
Tabela XV: Distribuição da amostra por sexo e última visita ao dentista.	44
Tabela XVI: Distribuição da amostra por há quanto tempo vive em Portugal e última visita ao dentista.	44
Tabela XVII: Distribuição da amostra por há quanto tempo vive em Portugal e problema com os dentes.	45
Tabela XVIII: Distribuição da amostra por há quanto tempo vive em Portugal e número de escovagens/dia.	46
Tabela XIX: Distribuição da amostra por faixa etária e consumo de álcool.....	46
Tabela XX: Distribuição da amostra por há quanto tempo vive em Portugal e consumo de álcool.....	47

Tabela XXI: Distribuição da amostra por número de escovagem/dia e prevalência da cárie dentária.....	47
Tabela XXII: Distribuição da amostra por última vez que visitou o dentista e prevalência da cárie dentária.	48
Tabela XXIII: Distribuição da amostra por problemas com as gengivas e prevalência da cárie dentária.....	48
Tabela XXIV: Distribuição da amostra por problemas com os dentes e prevalência da cárie dentária.....	49
Tabela XXV: Distribuição da amostra por consumo de bebidas ou lanches açúcares e prevalência da cárie dentária.	49
Tabela XXVI: Distribuição da amostra por autoavaliação da saúde oral e prevalência da cárie dentária.....	50
Tabela XXVII: Distribuição da amostra por fumador e IP.....	50
Tabela XXVIII: Distribuição da amostra por número de escovagens/dia e IP.....	51
Tabela XXIX: Distribuição da amostra por número de escovagens/dia e IP.....	52
Tabela XXX: Distribuição da amostra por consumo de bebidas ou lanches açucarados e IP.....	52
Tabela XXXI: Distribuição da amostra por autoavaliação da saúde oral e IP.....	53
Tabela XXXII: Distribuição da amostra por número de escovagens/dia e IG.....	54
Tabela XXXIII: Distribuição da amostra por problema com as gengivas e IG.....	54
Tabela XXXIV: Distribuição da amostra por consumo de bebidas ou lanches açucarados e IG.	55
Tabela XXXV: Distribuição da amostra por autoavaliação da saúde oral e IG.....	56
Tabela XXXVI: Distribuição da amostra por há quanto tempo vive em Portugal e score do OHIP-14.	57
Tabela XXXVII: Distribuição da amostra por uso fio dentário e score do OHIP-14....	58
Tabela XXXVIII: Distribuição da amostra por teve uma consulta com o seu profissional de saúde no último ano e score do OHIP-14.	59
Tabela XXXIX: Distribuição da amostra por motivo da última consulta e score do OHIP-14.	60
Tabela XL: Distribuição da amostra por problema com os seus dentes e score do OHIP-14.	61
Tabela XLI: Distribuição da amostra por consumo de bebidas ou lanches açucarados e score do OHIP-14.....	61

Tabela XLII: Distribuição da amostra por autoavaliação da saúde oral e score do OHIP-14.	62
Tabela XLIII: Tabela da Correlação de Spearman entre o score do OHIP-14 e o CPO, IP e IG.....	63

Lista de abreviaturas e símbolos

ARS – Administração Regional de Saúde

CPO – Dentes Cariados, Perdidos ou Obturados

DMFT – Decayed, Missing and Filled Permanent Teeth

GI – Gengival Index

IG – Índice Gengival

IP – Índice de Placa

HPV – *Papillomaviridae*

OHIP – *Oral Health Impact Profile*

OHIP-14 – *Oral Health Impact Profile* (Versão reduzida)

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PI – Plaque Index

SEF — Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS – Sistema Nacional de Saúde

I. INTRODUÇÃO

1. Problema

O aumento da diversidade populacional nos países europeus coloca novos desafios ao sistema de saúde. Verifica-se uma falta de dados sobre acessibilidade, uso de serviços de saúde e adequação dos cuidados prestados aos migrantes. De acordo com vários estudos, os grupos mais desfavorecidos e suscetíveis de desigualdades em saúde oral são os idosos, os sem abrigo e os migrantes (Hargreaves *et al.*, 2008; Patel, 2012).

2. Conceptualização

Ainda que, internacionalmente, não exista um consenso no respeitante à definição de migrante, na generalidade, é entendido como aquele que se movimenta com base numa decisão pessoal e detentora de livre-arbítrio, seja esta impulsionada por motivações próprias ou por condicionantes extrínsecas. O *Glossário para as Migrações* da Organização Internacional das Migrações qualifica as migrações como um processo através do qual se atravessa uma fronteira internacional ou de um Estado. Requer, assim, a movimentação de pessoas, independentemente das motivações, dimensão e composição dos migrantes (Serafim, 2007).

Sendo a busca por uma melhor qualidade de vida um dos principais impulsionadores da migração, este conceito é relevante. A qualidade de vida significa a apresentação saudável de um indivíduo, estando associada à sua perceção subjetiva sobre o próprio grau de satisfação com diferentes componentes da vida, entre os quais, a habitação, o transporte, a segurança financeira, a concretização laboral, etc. Importa destacar que a qualidade de vida se relaciona com a promoção da saúde e respetiva prevenção de doenças (Serafim, 2007).

Para além do previamente elucidado, há que relembrar a pertinência da saúde positiva na promoção da saúde e, consequentemente, da qualidade de vida das populações. Todavia, há que enfatizar que este conceito não se deve reduzir e, meramente simplificar, à ausência de doença (uma das atuais apreciações, ainda que alvo de enorme discussão entre a comunidade científica). É basilar a busca por uma unanimidade entre académicos e profissionais de Saúde Pública em termos conceptuais, de indicadores e modelos para tal possibilitar. Outras perceções incluem a saúde positiva como um bem-

estar e, em termos de conceptualização bidimensional, a saúde como resiliência e (reserva de) capacidades (Bodryzlova & Moullec, 2023). A par disto, os cuidados de saúde, ao longo da vida, influenciam positivamente o estado global de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Em 2016, a Assembleia Geral da Federação Dentária Internacional, em Poznan, na Polónia, aprovou uma nova definição de saúde oral universal: “É multifacetada e inclui, mas não se limita à capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e de transmitir um sem número de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor nem desconforto, bem como sem doenças do complexo craniofacial”. Este postulado conferiu à saúde oral um papel mais inclusivo, holístico, moderno e integrante da saúde na sua globalidade (Darby, 2012).

3. Políticas migratórias no século XXI e situação migratória em Portugal

O migrante e as migrações assumem, atualmente, múltiplos contornos sociais e jurídicos e podem ser o resultado de um processo forçado, voluntário, refugiado, exilado, apátrida, etc. Nos últimos anos, têm surgido novas diretrizes no respeitante à proteção destes indivíduos, colocando-se, inclusive, uma interrogação quanto à necessidade atual de criação de um ramo autónomo do Direito Internacional, o Direito Internacional da Migração. Deste modo, importa realçar a convergência doutrinária quanto à importância de elencar uma efetivação prática da proteção dos indivíduos, com íntima ligação aos Direitos Humanos e à pluralidade adjacente à condição humana (Corrêa, 2017).

A História Global é marcada pelo impacto dos vários movimentos migratórios na transformação social e numa miríade de componentes civilizacionais, como a economia, a jurisdição, a política e a cultura. É, assim, compreensível que os países que são conhecidos atualmente sejam o resultado de sucessivos processos migratórios. Por este motivo, é imprudente proceder à identificação de Portugal descurando o papel da emigração e da imigração na sua afirmação internacional (Góis & Marques, 2018).

Com efeito, a dinâmica e diversidade no referente à origem dos imigrantes de Portugal exalta a sua apresentação atual como “porta de entrada” no sistema migratório europeu (Góis & Marques, 2011).

O *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*, da responsabilidade do extinto Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e relativo ao ano de 2021, demonstrou que, no

pretérito ano, houve um aumento de 12% na população imigrante face a 2019, o que se traduziu num total de 662 095 estrangeiros com autorização para fixar residência em Portugal, enfatizando que este seria o maior número de imigrantes alguma vez tido em Portugal. De realçar que a situação migratória portuguesa não se tem revelado homogénea, já que, durante um longo período, este foi tido como um país de emigração na União Europeia (Reis de Oliveira, 2021).

Em dezembro de 2023, o Observatório das Migrações promoveu o lançamento do documento oficial *Indicadores de integração de imigrantes — Relatório Estatístico Anual*. Assim, recorrendo aos dados fornecidos pelo SEF concluiu-se que, em 2021, vieram 39 mil imigrantes do Brasil, número que aumenta para 48 mil, em 2022. No respeitante aos imigrantes oriundos da Ásia Meridional, onde se incluem, essencialmente, o Bangladesh, o Paquistão e o Nepal, de 2021 para 2022 atestou-se uma duplicação do valor, passando de 7 mil para 14 mil imigrantes (Reis de Oliveira, 2023).

Em 2011, o Observatório das Migrações publicou o relatório *Condições de vida e inserção laboral dos imigrantes em Portugal: Efeitos da crise 2007-2008*. Este documento caracteriza, particularmente, as condições laborais de Odemira, município no sudoeste do distrito de Beja, onde está também localizada a fábrica *Summerberry*, onde trabalham os elementos da população em estudo. Assim sendo, compreende-se uma predominância de imigrantes do sexo masculino comparativamente ao sexo feminino (75/25%), com uma dominância de idades entre os 35 e 39 anos. No respeitante à origem destes migrantes, 23% provêm da Índia, 20% do Bangladesh, 17% da Ucrânia, 15% do Nepal, 11% da Moldávia, 8% do Brasil e 6% restantes relativos a Cabo Verde, Tailândia e Rússia (Esteves *et al.*, 2011).

4. Saúde Oral: O contexto em Portugal e além-fronteiras

A Organização Mundial de Saúde (OMS) encara a saúde oral como a ausência de dor crónica facial e na boca, de cancro na cavidade oral e/ou na orofaringe, de úlceras orais, de defeitos congénitos orais, fenda labial e palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e de outras patologias e perturbação orais com manifestações na cavidade oral. Efetivamente, a OMS considera a saúde oral como integrante essencial da saúde e do bem-estar global do indivíduo, desempenhando um papel significativo na promoção de uma qualidade de vida adequada (Barata *et al.*, 2013).

Em Portugal continental, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) apresenta centros de cuidados em saúde oral no Agrupamento Regional de Saúde Algarve, no Agrupamento Regional de Saúde Alentejo, no Agrupamento Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, no Agrupamento Regional de Saúde Centro e no Agrupamento Regional de Saúde Norte.

Apesar de, numa primeira interpretação, parecer que há um grande investimento na saúde oral em Portugal, dada a multiplicidade de localidades com serviços públicos de Medicina Dentária, há que compreender que o número de profissionais de saúde oral integrados no SNS é baixo. Em muitas situações, existe apenas um Médico Dentista por estabelecimento de cuidados de saúde primários, a que se somam as más condições laborais e as práticas remuneratórias de legalidade, inclusive, questionável, já que, para além das contratações por regime de prestação de serviços, somam-se os profissionais de Medicina Dentária enquadrados na carreira de Técnicos Superiores. Há que denotar a pouca oferta para a grande procura, sendo que o rácio Médico Dentista-Doente assume contornos preocupantes sobretudo nos distritos do Porto, Viseu, Coimbra, Chaves e Lisboa (Ordem dos Médicos Dentistas, 2023).

A saúde oral pauta-se por contemplar um vasto leque de profissionais, no entanto, através da análise da Tabela I (*Vide Infra*), confirma-se que o apoio de Médicos Estomatologistas aos Cuidados de Saúde Primários, estruturas essencialmente dedicadas à prevenção de doenças, é praticamente inexistente.

Para além deste aspeto desfavorável, acresce a reduzida integração de Médicos Dentistas no Serviço Nacional de Saúde, com valores nulos na Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo e praticamente nulos nas ARS do Centro e do Algarve. Comprovam-se, assim, as condições laborais precárias pelos maiores números de contratações por intermédio de contratos de prestação de serviços. Todavia, realça-se que o número total de Dentistas com vínculo ao SNS é extremamente baixo (142) perante o número de Médicos Dentistas com cédula ativa, conforme os dados mais recentes da Ordem dos Médicos Dentista (OMD) (superior a 10000) (Ordem dos Médicos Dentistas, 2023). Perante esta análise, constata-se o pouco investimento governativo na saúde oral.

Tabela I: Profissionais de saúde oral nos cuidados de saúde primários, por Administração Regional de Saúde, a 31 de dezembro de 2022. ARS (Administração Regional de Saúde); EST (Número de Estomatologistas); MD (Número de Médicos Dentistas); HO (Número de Higienistas Oraís). Adaptado de *Direção Geral de Saúde e Administrações Regionais de Saúde, 2023*.

ARS	Estomatologista	Médico Dentista			Higienista Oral
		SNS	Prestação de Serviços	Total	
Norte	0	9	56	65	7
Centro	0	2	12	14	17
Lisboa e Vale do Tejo	2	11	34	45	59
Alentejo	0	0	4	4	15
Algarve	0	1	13	14	9
Total	2	23	119	142	107

A Região Autónoma dos Açores e a Região Autónoma da Madeira não foram utilizadas como referências para os dados supra explanados, uma vez que possuem modelos próprios de organização nesta área.

Em Portugal, os cheques dentistas permitem o acesso a uma variedade de cuidados em Medicina Dentária, incluindo a prevenção, o diagnóstico e o tratamento em várias áreas. Este benefício é dado às mulheres grávidas, e cujo acompanhamento da gestação é efetuado no SNS, aos beneficiários do complemento solidário, às crianças e jovens até aos 18 anos, aos indivíduos portadores de VIH/SIDA e com lesões de suspeita de cancro oral. Quando inseridos neste grupo populacional, o cheque dentista (isenção de custos para o enfermo) é solicitado ao profissional de Medicina Geral e Familiar, podendo ser utilizado em qualquer distrito nacional, desde que o Médico Dentista em questão tenha aderido ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (Despacho n.º 5201/2021; Despacho n.º 686/2014).

5. Breve caracterização da saúde oral à escala global

A doença oral é a patologia com maior prevalência à escala mundial, compreendendo 3474 milhões de pessoas afetadas, sendo sucedida pela doença mental com 967 milhões de doentes, restando as patologias cardiovasculares, respiratórias

crónicas, diabetes e neoplasias, socialmente tidas como de maior relevo, em valores inferiores (Organização Mundial de Saúde, 2022).

As doenças orais têm determinantes fatores de risco em comum com outras doenças crónicas. A OMS destacou a importância dos fatores socioeconómicos, políticos e ambientais, reconhecendo que as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem têm um impacto significativo nas condições e acesso à saúde que dispõem. Por sua vez, estas condicionantes impactam os comportamentos adotados, a par das escolhas que se mostram disponíveis (Sheiham & Watt, 2000; Watt *et al.*, 2019).

As causas subjacentes das desigualdades na saúde oral são frequentemente complexas e relacionadas a fatores históricos, económicos, culturais, sociais e/ou políticos específicos de cada país. A distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos na sociedade são os determinantes sociais subjacentes das desigualdades na saúde oral. Mais recentemente, aspetos de discriminação entre grupos raciais e étnicos ou populações minoritárias têm sido considerados, dada a precariedade do acesso à saúde que possuem (Watt & Sheiham, 2012; Jamieson *et al.*, 2021; Tiwari *et al.*, 2018).

Para além disto, as atividades do setor empresarial com impactos, quer positivos, quer negativos, são os determinantes comerciais da saúde. As corporações, muitas vezes, com público transnacional ou, até mesmo, global, promovem produtos prejudiciais à saúde da população, essencialmente no domínio da saúde oral e das doenças crónicas não transmissíveis. Alguns dos principais exemplos são as indústrias do tabaco e do álcool, que viabilizam de forma significativa as economias emergentes em países de baixa e média renda, onde, inclusive, os grupos populacionais apresentam-se como particularmente vulneráveis (Kickbusch *et al.*, 2016).

As indústrias globais de alimentos e bebidas, com ênfase para as que apostam na comercialização de alimentos e bebidas ricos em sacarídeos, utilizam estratégias semelhantes para atrasar, modificar ou impedir políticas públicas que protejam a saúde pública. No que respeita a possíveis medidas que protejam as populações destes produtos, destacam-se os controles na publicidade, a implementação de impostos sobre produtos prejudiciais à saúde e a limitação das quantidades comercializadas. Pelo exposto, acresce o facto de estas indústrias efetuarem parcerias com múltiplas entidades de Saúde Pública e Educação, na tentativa de associar-se a uma imagem socialmente responsável (i.e., patrocínio de atividades escolares e eventos desportivos) (Kearns & Watt, 2019).

Deste modo, compreende-se que, por abordagens de promoção e vendas manipuladas, estas indústrias procuram influenciar o comportamento do consumidor e gerar um ambiente que considere os seus produtos universalmente disponíveis, acessíveis e atraentes, o que se apresenta como um enorme perigo à saúde das populações (Kearns *et al.*, 2015).

A perspetiva comum sobre os fatores de risco reconhece que as doenças não transmissíveis, incluindo as orais, partilham um conjunto central de fatores que podem ser alterados. Como exemplo, os hábitos tabágicos estão associados a várias condições, como as doenças cardiovasculares, respiratórias e, também, condições cancerígenas, estando também associados a doenças periodontais graves e a neoplasias labiais e da cavidade oral. Portanto, esta abordagem comum dos fatores de risco forma a base para a ligação das medidas de prevenção de doenças orais à agenda mais ampla das doenças não transmissíveis. Este vínculo é especialmente evidente na integração de esforços e hábitos de vida inadequados (Sheiham & Watt, 2000).

Pessoas com baixos rendimentos, pessoas com deficiências, idosos que vivem sozinhos ou em lares, refugiados, reclusos ou residentes em comunidades remotas e rurais, crianças e outros indivíduos que se possam incluir em grupos minoritários e/ou socialmente marginalizados, geralmente, enfrentam dificuldades maiores no acesso à saúde. Estas disparidades em saúde oral não são inevitáveis nem aleatórias, são o resultado de uma complexa rede de múltiplos fatores interligados, a que acresce a consideração de serem inaceitáveis e indevidas. A defesa de uma devida saúde oral para todos é, logicamente, uma questão de justiça social, política ética de saúde pública e prática profissional (Watt & Sheiham, 2012).

Existem diferentes tipos de desigualdades em saúde oral: as desigualdades no estado de saúde oral e as desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde oral. Ambos os aspetos são importantes, todavia, são causados por distintos fatores e, portanto, implicam soluções políticas diferentes (Organização Mundial de Saúde, 2022).

Estudos relativos a países com rendimentos altos, médios e baixos mostraram a associação direta e proporcional entre diferentes medidas de *status* socioeconómico (rendimento, educação e classe social) e a prevalência/gravidade das doenças orais ao longo do curso de vida, desde a infância até à terceira idade. A associação entre o poder socioeconómico e as doenças da cavidade oral não se limita às diferenças entre favorecidos e desfavorecidos na sociedade. À semelhança da maioria das doenças

crónicas, as doenças orais são socialmente padronizadas em todo o espectro social de maneira consistente — o gradiente social em saúde oral. O que explana implicações políticas importantes porque uma abordagem tradicional que visa apenas grupos de alto risco não aborda o gradiente social em saúde oral (Organização Mundial de Saúde, 2022).

Os grupos populacionais com baixo poder aquisitivo, com menor nível de educação ou afetados por outras desvantagens têm, em média, menos dentes do que os grupos populacionais com indicadores socioeconómicos e educacionais mais altos. Os impactos resultantes na fala, alimentação, interação social e autoestima podem ser significativos e contribuir ainda mais para a desvantagem e desigualdade. Para além disto, os impactos estéticos e sociais negativos causados por dentes visivelmente ausentes reduzem consideravelmente as perspetivas de encontrar emprego (Elani *et al.*, 2017; Sato *et al.*, 2018; Matsuyama *et al.*, 2019).

Na realidade, os cuidados de saúde oral são frequentemente caracterizados por limitações significativas, desigualdades marcantes e desafios nos sistemas de saúde: baixos números de profissionais de saúde oral, em muitas regiões e países, predominância de modelos de prestação privada e serviços públicos subfinanciados, partilha inadequada de tarefas e combinação de competências numa equipa mais alargada, assim como o acesso limitado ou nulo para populações rurais, remotas ou desfavorecidas, e falta de proteção financeira e cobertura para cuidados de saúde oral (Organização Mundial de Saúde, 2022).

Porém, destaca-se que o rácio mundial médio é de 3,28 dentistas por 10000 habitantes, sendo notável que, na África subsariana e em partes do Sudeste Asiático, os números absolutos da distribuição de serviços prestados em saúde oral e as proporções profissionais-população são mais baixos (*National Health Workforce Accounts Data Portal*, 2020).

Por fim, salienta-se o cenário de saúde oral da Ásia Meridional, mais concretamente no Nepal, na Índia e no Bangladesh, que apresentam uma prevalência de cárie não tratada consideravelmente alta, sendo os valores de 31,5% (Nepal), 28,5% (Índia) e 30,4% (Bangladesh), verificando-se um índice de CPO elevado. Seguidamente, uma alta prevalência de periodontite grave, com os valores de 14,8% (Nepal), 21,8% (Índia) e 23,4% (Bangladesh), sendo a Índia o país onde se evidencia uma prevalência mais alta. Em último lugar, analisa-se uma prevalência de edentulismo de 2,4% (Nepal), 4,9% (Índia) e 1,2% (Bangladesh), em que a Índia volta a ser o país com uma prevalência

superior nesta patologia, o que é expectável devido à elevada prevalência de periodontite (Organização Mundial de Saúde, 2022).

6. Impacto na Qualidade de Vida

A relação entre saúde oral e qualidade de vida tem despertado muito interesse para os estudiosos de Saúde Pública e Medicina Preventiva, existindo um paralelismo evidente e significativo entre as doenças da cavidade oral e o conceito de qualidade de vida. Atendendo a que a saúde oral é tida como uma componente essencial para a saúde e bem-estar, não se restringe apenas aos efeitos físicos, mas também às questões sociais, económicas, ambientais, etc. Esta relação surgiu nas últimas décadas, sendo que a OMS considera a sua definição crucial para a implementação da saúde oral na sua plenitude (Chimbinha *et al.*, 2023; Rodakowska *et al.*, 2014).

A definição de qualidade de vida demonstra como o indivíduo vive, e de que maneira isso pode impactar a sua vida genericamente. Posto isto, o tipo de cuidados de saúde prestados deve ser adequado às necessidades específicas e individuais, a fim de promover a qualidade de vida numa perspetiva dinâmica, prática e exequível (Liu *et al.*, 2009; Campos & Carneiro, 2010).

Compreende-se, assim, que a qualidade de vida está intrinsecamente associada à capacidade funcional do indivíduo. Problemas dentários, onde se enfatizam cáries, gengivite ou perda de dentes, podem afetar a capacidade de mastigação e fala, comprometendo, em consequência, a nutrição adequada e a comunicação eficaz (Gerritsen *et al.*, 2010; Sischo & Broder, 2011; Thomson & Broder, 2018).

Não obstante, o destaque atribuído à dimensão estética e aos problemas de autoperceção, como, por exemplo, o mau hálito, a existência de dentes desalinhados e/ou manchados, a falta de dentes, entre outros, contribuem para o aparecimento de constrangimentos interpessoais (Locker *et al.*, 2005; Su *et al.*, 2021).

Os parâmetros para caracterizar a qualidade de vida tencionam descrever as consequências de uma inadequada saúde oral da perceção das crianças e as suas famílias, adultos e idosos. Como tal, definir o impacto da saúde oral no quotidiano é relevante para compreender quais são as preocupações dos utentes e de que forma o profissional de saúde pode minimizá-las (Chaffee *et al.*, 2012).

A autoavaliação sobre a saúde oral nas crianças é passível de mais obstáculos, pois as mesmas frequentemente são comunicadoras pouco fiáveis, não conseguindo informar com exatidão o que sentem e que dores possuem. Neste âmbito, foram desenvolvidos outros indicadores para avaliar a sua perceção quanto à própria saúde oral e como esta impacta as suas vidas. Ainda, pode promover-se a uma adequação dos inquéritos em idade pediátrica, recorrendo a imagens e outras simbologias com as quais exista maior familiaridade (Thomson & Broder, 2018).

Múltiplos estudos científicos descrevem uma redução da qualidade de vida, sobretudo, nas crianças que sofrem de cárie dentária, má oclusão e traumatismos dentários. A capacidade socioeconómica das famílias mais carenciadas condiciona as visitas regulares ao médico dentista, dificultando o tratamento assertivo, numa fase inicial das doenças, outro fator basilar, no que alude à saúde oral das crianças, implica uma redução da sua qualidade de vida e, por vezes, interfere nos seus relacionamentos interpessoais. (Do & Spencer, 2007; Wandera *et al.*, 2009; Kramer *et al.*, 2013).

A saúde oral dos adultos é analisada por intermédio de indicadores clínicos associados à sua condição física, tais como cáries, doença periodontal, tumores, e associados à sua dentição, medindo o número de dentes cariados, ausentes e obturados, o índice CPO, etc. Frequentemente, os aspetos culturais e sociocomportamentais são menosprezados, limitando a implementação do programa de saúde oral às necessidades normativas, pois está alinhado a um modelo que se baseia na identificação de doenças em detrimento do aconselhamento preventivo de futuras doenças (Spanemberg *et al.*, 2019).

A saúde oral da população idosa é uma preocupação significativa, uma vez que são uma população mais débil, podendo sofrer de outras comorbilidades, tais como doenças cardiovasculares, gastrointestinais e urogenitais. Além disso, os fatores de risco existentes na idade avançada contribuem para o surgimento e agravamento de problemas de saúde oral e doenças não transmissíveis (Wong *et al.*, 2019).

O reconhecimento relativo ao impacto de doenças orais na qualidade de vida tem aumentado nos últimos anos. A utilização exclusiva de indicadores clínicos revela-se insuficiente e ineficaz para descrever o estado de saúde, uma vez que pessoas com doenças crónicas incapacitantes podem percecionar uma qualidade de vida superior à de indivíduos saudáveis. A capacidade adaptativa e as características pessoais também influenciam a resposta pessoal a doenças crónicas, levando a descobertas, aparentemente contraditórias, nomeadamente, o impacto negativo na qualidade de vida é maior numa

situação em que o indivíduo possui menos nove dentes do que em quadros clínicos de cancro, hipertensão ou alergias (Gerritsen *et al.*, 2010).

Este fenómeno evidencia a necessidade de investigar além dos indicadores clínicos para compreender o estado de saúde global. No contexto das doenças orais, como a cárie e a doença periodontal, é notável que, na fase inicial, muitas vezes, não existe sintomatologia aparente. No entanto, à medida que a cárie e a doença periodontal progridem, podem levar à perda dentária, implicando comprometimento funcional na mastigação e estética, interferindo com a qualidade de vida (Gerritsen *et al.*, 2010).

A investigação científica reitera sucessivamente que a saúde oral desempenha um papel crucial na integridade fisiológica. Atualmente, uma boa saúde oral não se limita apenas aos dentes, mas, como evidenciado na literatura, serve como um ponto basilar para a promoção da saúde global do corpo. A saúde oral pode ter implicações sistémicas que vão desde a resistência à insulina relacionada à doença periodontal a outras de maior grau de complexidade, onde se incluem patologias cardiovasculares e/ou neurodegenerativas. Portanto, os cuidados de saúde oral são benéficos para uma devida prevenção de doenças (Fiorillo, 2019).

Na prática diária, é crucial um dentista avaliar as queixas de um doente em termos físicos e psicossomáticos. Com base nessas informações, pode-se desenvolver um plano de tratamento personalizado, levando em consideração características individuais que podem afetar a cicatrização e a concretização do tratamento. O modelo biopsicossocial é amplamente aceite em saúde como uma abordagem holística para entender e gerir a dor e a disfunção crónica. O impacto percecionado pelo doente desempenha um papel crucial na avaliação do sucesso do tratamento. Para medir esse impacto de forma consistente em diferentes condições de saúde oral, o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral é amplamente reconhecido, sendo o *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14) o questionário mais utilizado para essa finalidade (Su *et al.*, 2021).

7. Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)

O questionário "Perfil de Impacto na Saúde Oral" (OHIP) é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde oral (Ferreira *et al.*, 2004).

Com origem na Austrália, foi desenvolvido para medir a autopercepção de disfunção, desconforto e incapacidade causados por problemas na cavidade oral. É composto por 49 questões, permite complementar indicadores epidemiológicos orais e fornece informações sobre o impacto da doença ou problema numa população específica. De realçar que este questionário não aborda a satisfação com a saúde oral, mudanças na saúde oral, prognósticos e diagnósticos. As 49 perguntas avaliam resultados adversos em sete dimensões conceptuais, incluindo limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, deficiência física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagens, seguindo o modelo de saúde oral de Locker (considera que as doenças podem resultar na incapacidade pessoal) (Slade, 1997).

O questionário é avaliado usando uma escala de Likert de 5 pontos: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. Cada resposta é atribuída a um valor numérico de 0 a 4, representando de forma crescente a ausência de impacto negativo na qualidade de vida (0) ou, contrariamente, um impacto negativo significativo (4) (Feu, 2011).

Posteriormente, foi desenvolvido o questionário OHIP-14, uma versão mais concisa do OHIP-49. Slade, em 1997, conduziu uma pesquisa com 1217 adultos australianos, concluindo que 14 perguntas eram suficientes para identificar as mesmas mudanças clínicas e sociodemográficas que o OHIP-49. O OHIP-14 mantém as sete dimensões do OHIP-49, com cada par de questões inserido numa dimensão específica relacionada à saúde oral. No entendimento de Feu (2011), esta versão reduzida do questionário é eficaz para avaliar os níveis de impacto, demonstrando boa confiabilidade, validade e precisão. A pontuação final do questionário é obtida somando os valores atribuídos a cada resposta dada pelos inquiridos, variando de 0 (Nunca) a 4 (Sempre). Com base no resultado, a classificação é feita em três níveis de impacto negativo: Baixo (≤ 14), Médio (15 a 35) e Alto (≥ 36) (Slade, 1997).

Assim, o questionário OHIP-14, seja em formato físico ou eletrónico, apresenta validade e sensibilidade satisfatórias. Além disso, os participantes aceitam bem o inquérito, sendo de fácil e rápida resposta (Afonso, 2014).

8. Condições clínicas de maior suscetibilidade

Atualmente, as doenças da cavidade oral mais frequentes são a cárie dentária e a doença periodontal (Barata *et al.*, 2013).

A cárie dentária é uma doença dinâmica, multifatorial, mediada por biofilme e impulsionada por sacarídeos, o que resulta na desmineralização e remineralização por fases dos tecidos duros dentários (Pitts *et al.*, 2017). A cárie pode ser caracterizada como uma lesão de *white-spot*, primeiro sinal de doença, que se não for tratado, pode formar uma cavidade (Cury & Tenuta, 2009).

Esta doença pode ocorrer ao longo da vida, tanto na dentição decídua, como na permanente. Pode danificar a coroa do dente e, mais tarde, as superfícies radiculares expostas. Conforme estudos efetuados, a imigração desempenha um papel importante na prevalência de cárie, independentemente da maioria dos fatores de risco conhecidos, surgindo devido ao desequilíbrio frequente entre os processos de desmineralização e remineralização, nos quais ocorre a produção de ácidos bacterianos (Cruz *et al.*, 2009; Pitts *et al.*, 2017; Xu *et al.*, 2022). O mais recente Relatório de Saúde Oral Global estimou uma prevalência de cárie global de 28,70%. Já na Europa, esse valor ascende aos 33,63% que estão 4,94% acima da prevalência de cárie do sudeste asiático (região de origem da população em estudo) (Organização Mundial de Saúde, 2022).

Este processo decorre da fermentação de hidratos de carbono presentes na dieta por bactérias detetadas na placa bacteriana, levando à formação de lesões na estrutura dentária se persistir ao longo do tempo. A lesão de cárie resulta da interação de quatro fatores essenciais que, quando presentes de forma isolada, não desencadeiam a doença, sendo eles a presença das bactérias que desencadeiam a cárie, o dente/hospedeiro, o substrato (hidratos de carbono da dieta) e, por fim, o tempo, havendo também uma suscetibilidade do indivíduo, determinada por fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos consistem na composição, pH e capacidade tampão da saliva — mais difíceis de controlar. Os fatores extrínsecos são o meio sociocultural onde o indivíduo se insere (Lima, 2007; Selwitz *et al.*, 2007).

O desenvolvimento da cárie começa com a formação dos ácidos bacterianos (lático, acético, fórmico e propiónico) pelas bactérias (essencialmente, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus* e *Lactobacillus sp.*), que provocam uma diminuição do pH da placa bacteriana e, se essa diminuição causar valores inferiores ao pH crítico do esmalte (5,5), a saliva não contém iões cálcio e fosfato em quantidade suficiente,

originando a desmineralização. Consequentemente, o processo de formação de lesões de cárie avança quando a remineralização não consegue compensar os efeitos da desmineralização após cada consumo de hidratos de carbono. Estes ácidos bacterianos são produzidos pelas bactérias que metabolizam hidratos de carbono, como a glicose e a sacarose (Featherstone, 2004).

Segundo a OMS, em 2015, a maior fonte de risco para o desenvolvimento de cáries centra-se no consumo de hidratos de carbono, especialmente, da classe dos açúcares. Existem relações significativas entre a cárie e a ingestão de hidratos de carbono refinados nas dietas familiares, principalmente no que diz respeito aos dissacarídeos (sacarose, resultante da união dos monossacarídeos glicose e frutose). O sacarídeo é o dissacarídeo mais prevalente na alimentação das pessoas e é considerado o mais propenso a causar cáries (Organização Mundial de Saúde, 2015; Silva & Katherine, 2014).

Assim sendo, os hábitos alimentares são relevantes para o desenvolvimento da cárie, apesar de não serem o único fator predisponente, onde se incluem a idade, as condições socioeconómicas e a higiene oral também influenciam o aparecimento da doença (Okoye & Ekwueme, 2011).

Deste modo, a higiene oral adequada é considerada decisiva para a prevenção e controlo da gengivite, cárie e da periodontite, sendo, conforme corroborado em estudos efetuados, as doenças mais comuns em saúde oral. Esta prevenção consiste numa boa higiene oral, obtida através de uma escovagem dentária, no mínimo, duas vezes por dia, reforçada pelo uso de fio dentário e dosagem adequada de flúor. As idas frequentes (6 em 6 meses) ao Médico Dentista também têm um papel fulcral na prevenção da cárie e em todos os outros processos patológicos (Lisbôa & Abegg, 2006).

O índice de placa (IP) define-se como a percentagem de acumulação de placa por unidade de área, e serve como referência para a quantificação/classificação da higiene oral do paciente. À semelhança deste índice, existem na literatura outros parâmetros que permitem avaliar a saúde da cavidade oral, onde se incluem: índice gengival (IG), profundidade de sondagem, etc. Neste estudo, serão focados o IP e o IG (Reiniger *et al.*, 2021).

Importa compreender o relevo do investimento em saúde no contexto da Medicina Dentária, devendo iniciar-se em idade pediátrica e com comprometimento familiar. A edificação de hábitos saudáveis deve ser perpetuada até à idade adulta e não se devem

perder com o tempo, promovendo uma noção particular da prevenção das doenças orais (Gill *et al.*, 2011; Massoni, 2010).

Uma forma de determinar a prevalência da cárie é através do CPO, um índice correspondente ao número de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) dividindo pelo número de indivíduos observados (Banava *et al.*, 2012; Lagerweij & Loveren, 2015).

A gengivite é a inflamação do tecido gengival sem haver perda de osso. As bactérias comensais orais participam ativamente com o tecido gengival para manter a vigilância dos neutrófilos saudáveis e os processos normais de *turnover* de tecidos e ossos. Quando há uma interrupção desta relação homeostática hospedeiro-bactéria, há inflamação, ou seja, gengivite, pois o aumento da carga bacteriana amplifica a inflamação gengival, podendo ser combatida com uma boa higiene oral (Bamashmous *et al.*, 2021). A prevalência de gengivite global é de 18,8% (Organização Mundial de Saúde, 2022).

A periodontite é uma doença crônica, inflamatória de origem infecciosa, resultado da evolução de uma gengivite não tratada, afetando o tecido periodontal, nomeadamente, o cimento e o osso alveolar, interferindo com os ligamentos periodontais do próprio dente e dos dentes circundantes, provocando uma perda de osso progressiva, causando mobilidade e podendo levar até à perda do dente se o tratamento não for realizado. Dá-se, então, um aumento da concentração de bactérias que desencadeiam a produção de mediadores inflamatórios e citocinas que estimulam a libertação de metaloproteinases da matriz. Estas enzimas desempenham um papel na remodelação da matriz extracelular e na degradação do osso (Liccardo *et al.*, 2019).

Esta doença é a sexta mais comum no ser humano, sendo uma das patologias orais mais frequentes, afetando 11,2% da população mundial (Sanz *et al.*, 2020).

A periodontite não apresenta cura e tem recaídas frequentes, pelo que é de extrema importância a prevenção, a identificação precoce e o tratamento. Esta doença é multifatorial e está intimamente ligada à higiene oral, fatores hereditários, hábitos alimentares, diabetes, tabagismo, pressão arterial, obesidade, etc. O seu tratamento consiste na motivação e educação para a higiene oral e limpeza das zonas infetadas com bolsas periodontais (Guan *et al.*, 2022).

O Relatório de Saúde Oral Global, redigido pela Organização Mundial de Saúde em 2022, funde a periodontite e a gengivite numa única condição oral, doença periodontal, que expressa uma prevalência global de 18,82%. Porém, na Europa, este

valor descende a 2,88% abaixo do sudeste asiático (região de origem da população em estudo) (Organização Mundial de Saúde, 2022).

As condições clínicas, até então, explanadas são recorrentes e benignas, contudo, existem sinais de alarme, entre eles lesões persistentes, alterações na cor ou textura dos tecidos, dor inexplicável e dificuldade na fala ou deglutição, podendo indicar alguma condição clínica maligna. Exemplos de quadros malignos são a leucoplasia, a eritroplasia, a leucoplasia verrucosa proliferativa, a queilite actínica, a fibrose submucosa, o líquen plano, o cancro oral, com destaque para o carcinoma de células escamosas. No respeitante às neoplasias orais, o álcool e o tabaco são fatores de risco com bastante expressividade. O exame intraoral e o exame histológico são os passos iniciais no diagnóstico de lesões orais, no entanto, essas abordagens têm limitações que podem levar ao diagnóstico tardio de cancro oral, estimando-se que cerca de 6 em cada 10 indivíduos diagnosticados com cancro oral não sobrevivem até aos cinco anos após a data do seu diagnóstico, apesar dos avanços no tratamento (Maymone *et al.*, 2018).

Aproximadamente 95% dos cancros da cavidade oral são carcinomas de células escamosas, consistindo principalmente em adenocarcinomas das glândulas salivares. Esta forma agressiva de malignidade epitelial é o sexto neoplasma mais comum no mundo atualmente. Quanto à patogénese, os cancros escamosos da orofaringe surgem por duas vias patogénicas distintas: um grupo está associado ao consumo crónico de álcool e tabaco (fumado e mascado); o segundo grupo ocorre nas criptas das amígdalas ou na base da língua e está associado ao *papillomaviridae* (HPV). Morfologicamente, o carcinoma escamoso pode manifestar-se em diversas localizações da cavidade oral, sendo comum na língua, pavimento da boca, lábio inferior, palato mole e gengiva. A análise histopatológica varia desde tumores queratinizados bem diferenciados até formas anaplásicas (Kumar *et al.*, 2018).

O HPV tem emergido como um fator significativo, especialmente em tumores na base da língua. A vigilância e deteção precoce de lesões pré-malignas são cruciais para melhorar as taxas de sobrevivência. O controle de fatores de risco é vital na prevenção (Kumar *et al.*, 2018).

Em casos de suspeita de lesão maligna, é possível a atribuição de um cheque dentista para efeitos de estudos mais detalhados da lesão. No entanto, apesar da sua grande incidência, o cancro oral continua a não estar contemplado nos Programas de Rastreios

Oncológicos promovidos pelo Serviço Nacional de Saúde, como consta na Tabela II (*Infra vide*).

Tabela II: Rastreios oncológicos promovidos pelo Sistema Nacional de Saúde. Adaptado de *Sistema Nacional de Saúde, 2023*.

Rastreios oncológicos promovidos pelo SNS
<u>Cancro da mama</u> (Mamografia de 2 em 2 anos, dos 50 aos 69 anos de idade).
<u>Cancro colorretal</u> (Pesquisa de sangue oculto nas fezes, dos 50 aos 74 anos de idade).
<u>Cancro de colo do útero</u> (Citologia cervical dos 20 aos 30 anos até aos 60 anos de idade).

9. Objetivos

- Caracterizar socio-demograficamente a população relativamente aos cuidados de saúde oral/comportamentos em saúde oral;
- Caracterizar socio-demograficamente a população relativamente aos hábitos de consumo;
- Medir prevalência de cárie/Gengivite/Periodontite e se se relacionam com os cuidados de saúde oral/comportamentos em saúde oral ou com os hábitos de consumo;
- Determinar o impacto da qualidade de vida em relação aos cuidados de saúde oral/comportamentos em saúde oral;
- Determinar o impacto da qualidade de vida relativamente à cárie/IG/IP.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Aspetos Éticos

O respeito pela proteção da dignidade e integridade humanas são fulcrais na execução de projetos no âmbito das Ciências da Saúde, pelo que o comprometimento ético é um assunto de primeira ordem na realização dos mesmos.

Deste modo, realça-se que o presente trabalho recebeu o parecer positivo da Comissão da Egas Moniz (processo interno nº1347).

2. Metodologia de Revisão Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica foi realizada em diferentes estabelecimentos, nomeadamente, na Biblioteca do Instituto Universitário Egas Moniz, na Biblioteca Geral da Universidade de Coimbra e na Biblioteca das Ciências da Saúde da Universidade de Coimbra. A mesma também foi realizada através da base de dados *PubMed* e do Google Académico. Esta pesquisa foi realizada recorrendo às seguintes palavras-chave: qualidade de vida, saúde oral, migrantes e OHIP-14. Foram analisados artigos em inglês, português, espanhol e francês.

3. Estudo Empírico

Realizou-se um estudo transversal, onde foi aplicado um questionário com questões sociodemográficas e, também, relativas a comportamentos e perceção sobre higiene oral, *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14), com um tempo médio estimado de 5 minutos na sua aplicação. O preenchimento foi acompanhado pela medição do CPO, IP e o IG da amostra.

4. Amostra

A amostra final foi de 66 participantes com uma amostra de conveniência composta por 57 participantes com um grau de confiança de 95% com um desvio padrão de 1,96 e margem de risco igual a 5%. Todos os participantes assinaram o consentimento informado e foram empregues os critérios de exclusão e inclusão.

5. Local de estudo

O local de estudo foi a empresa *The Summer Berry* Portugal, SA, localizada no Alentejo, mais especificamente em Odemira. Os valores essenciais são defendidos e praticados por esta empresa, que incorpora a responsabilidade social e o respeito pelos direitos humanos como componentes essenciais da sua identidade e missão, tendo já realizado ações de sensibilização com seus trabalhadores, valorizando e mostrando-se disponível para colaborar em diversos estudos.

6. Fatores de Inclusão e Exclusão

Foram tidos como fatores de inclusão os trabalhadores imigrantes na presença ou ausência de algum tipo de dor derivada da cavidade oral e que aceitaram participar no vigente estudo, por intermédio do seu consentimento informado. Como fatores de exclusão, foram definidos participantes com idade inferior a 18 anos, participantes com idade superior a 65 anos, desdentados totais, indivíduos que sem domínio linguístico do português e/ou inglês, bem como indivíduos com incapacidade de responder ao questionário, por limitações de órgãos dos sentidos (visual e/ou auditiva).

Para a calibragem dos resultados, foram executadas duas fases: 1) Fase de observação e calibragem interpessoal, onde foram escolhidos 5 indivíduos para observação pelo examinador e por um observador mais experiente, considerado *Gold Standard*, sendo os resultados, posteriormente, comparados; 2) Fase de observação e calibragem intrapessoal, onde os mesmos 5 indivíduos, irão ser novamente observados pelo examinador e observador *Gold Standard* e os resultados comparados com aqueles obtidos na fase prévia, com valor de concordância de Kappa de 0,91.

Por fim, a análise estatística dos resultados foi efetuada através do *software* SPSS versão 29.0 com nível de significância de 5%.

7. Inquérito

Para a execução deste trabalho científico, procedeu-se a uma recolha de dados por inquérito, o qual se apresenta subdividido em quatro partes.

Num primeiro plano, procurou-se proceder à caracterização sociodemográfica da população em estudo, detalhadamente, por informações como a idade, o sexo, a escolaridade, o estado civil, tempo de residência em Portugal. Nesta mesma parte, compreendeu-se se as mulheres se encontravam em período gestacional, hábitos de vida e comportamentos de risco, bem como outras patologias (Doenças cardiovasculares, infecciosas, gastrointestinais, musculoesqueléticas, urogenitais, respiratórias, dermatológicas, etc). Estas inquirições complementares visaram maior afinco na compreensão da população em estudo, evitando enviesamento na interpretação de determinadas respostas.

Na segunda parte, efetuou-se a interpelação alusiva aos hábitos alcoólicos, tabágicos e de outras substâncias estupefacientes. Na terceira parte, incidiu-se no entendimento dos comportamentos em saúde oral, nomeadamente, pela perceção de quantas vezes escovam os dentes, se usam fio dentário e pasta dentífrica com flúor, quando foram a última vez ao dentista, qual foi o motivo da sua última consulta, se no último ano tiveram alguma consulta com um profissional de saúde, o motivo da última consulta ao dentista, se pensam existir algum problema com as suas gengivas e dentes, se já receberam alguma informação sobre cuidados de higiene oral (em caso afirmativo, a partir de que fonte), se consomem lanches açucarados e, para terminar, como classificam a sua saúde oral. Por fim, realizou-se o questionário OHIP-14.

III. RESULTADOS

Como é possível observar na Tabela III, amostra foi constituída por um total de 66 inquiridos, sendo a maioria do sexo masculino (84,8%), enquanto o sexo feminino representa 15,2%.

No que diz respeito à idade dos participantes, estes foram divididos em 2 faixas etárias, sendo a mais dominante a dos 18–34 anos (jovens), representada por 68,2%, seguindo-se da faixa etária dos 35–54 anos (adultos) correspondente a 31,8%.

Do total da amostra, 81,8% dos indivíduos encontra-se em Portugal há 0–5 anos, 51,5% frequentou até ao ensino básico, sendo que 48,5% tem o secundário/ensino superior e 66,7% são casados.

Relativamente às suas nacionalidades, a nacionalidade mais frequente é a nepalesa, descrita por 50%, seguida da nacionalidade dos intervenientes que integram este estudo provenientes da Índia, cuja percentagem é 30,31% e, por fim, a nacionalidade dos indivíduos oriundos do Bangladesh (9,09%), faltando a resposta de 7 participantes que não responderam à questão (10,60%).

Tabela III: Caracterização sociodemográfica.

	Frequência (n)	%
Faixa Etária		
18–34	45	68,2%
35–54	21	31,8%
Sexo		
Masculino	56	84,8%
Feminino	10	15,2%
Há quanto tempo vive em Portugal		
0–5	54	81,8%
6–10	12	18,2%
Escolaridade		
Ensino Básico	34	51,5%
Ensino Secundário/Superior	32	48,5%
Estado Civil		
Casado	44	66,7%
Solteiro	22	33,3%
Nacionalidade		
Nepalesa	33	50%
Indiana	20	30,31%
Bangladeshiana	6	9,09%
NA	7	10,60%

Quanto aos hábitos dos participantes (*Vide* Tabela IV), 34,8% são fumadores e 48,5% consomem bebidas alcoólicas diariamente.

Tabela IV: Caraterização dos hábitos.

	Frequência (n)	%
Fumador		
Sim	23	34,8%
Não	43	65,2%
Consumidor de substâncias estupefacientes		
Sim	0	0
Não	66	100%
Consumidor de bebidas alcoólicas diariamente		
Sim	32	48,5%
Não	34	51,5%

No que concerne ao comportamento em saúde oral dos participantes (*Vide* Tabela V), 54,8% referiram não escovar nunca os dentes/uma vez por dia. Dos 66 participantes, apenas 24 (36,4%) afirmaram usar o fio dentário, 60 (90,9%) mencionam utilizar uma pasta dentífrica com flúor e 48 (72,7%) não foram ao dentista no último ano. O principal motivo que levou os intervenientes a procurar o dentista foi por dor ou abscesso, correspondendo a 51,5%, seguindo-se de 17 indivíduos que nunca foram ao médico dentista, representados por 27,3%.

Relativamente ao acesso à informação, 69,7% dos inquiridos nunca recebeu orientações do seu profissional de saúde em relação aos cuidados que deve ter com a sua saúde oral, considerando que 45,5% nunca obteve nenhuma instrução para uma boa saúde oral quer por família, dentista, entre outros.

Em relação ao consumo de bebidas e lanches açucarados, 46 participantes (69,7%) garantiram consumi-los todos os dias/na maioria dos dias.

Tabela V: Hábitos relacionados com a saúde oral dos participantes.

	Frequência	%
Número de escovagens por dia		
Nenhuma/Uma vez	36	54,5%
Duas ou mais vezes	30	45,5%
Uso fio dentário		
Sim	24	36,4%
Não	42	63,6%
Uso pasta dentífrica com flúor		
Sim	60	90,9%
Não	6	9,1%
Última vez que visitou o dentista		
1–3 anos	29	43,9%
Mais de 3 anos ou Nunca	37	56,1%
Teve uma consulta com o seu profissional de saúde oral no último ano		
Sim	18	27,3%
Não	48	72,7%
Motivo da última consulta		
Rotina/Limpeza/Outros	14	21,2%
Dor ou Abscesso	34	51,5%
Nunca visitou o dentista	18	27,3%
Receção de informação do seu profissional de saúde sobre cuidados de saúde oral		
Sim	20	30,3%
Não	46	69,7%
Principal fonte de informação sobre cuidados de saúde oral		
Família, Dentista, Outros	36	54,5%
Ninguém	30	45,5%
Consumo de bebidas ou lanches açucarados		
Nunca/Ocasionalmente	20	30,3%
Todos os dias/Maioria dos dias	46	69,7%

Na tabela seguinte, é possível constatar a autopercepção da saúde oral dos participantes. Quase metade dos inquiridos caracterizou a sua saúde oral como regular, 47% assumiu ter problemas nos seus dentes, enquanto 80,3% considerou não ter problemas nas suas gengivas.

Tabela VI: Caracterização da autopercepção de saúde oral dos participantes.

	Frequência	%
Problemas com as gengivas		
Sim	13	19,7%
Não	53	80,3%
Problemas com os dentes		
Sim	31	47%
Não	35	53%
Autoavaliação da saúde oral		
Má/Muito má	12	18,2%
Regular	22	33,3%
Boa/Muito boa	32	48,5%

Após a análise das respostas obtidas através do questionário OHIP-14 (*Vide* Tabela VII), estas foram convertidas numa pontuação ou score, de maneira a ser possível avaliar o impacto que a saúde oral tem na qualidade de vida da amostra. A média dos valores é 7,30, tendo como valor mínimo 0 e como valor máximo 43, com o desvio padrão de 9,46.

As perguntas estão estruturadas para que os participantes classifiquem a frequência com que enfrentam cada problema usando cinco categorias de resposta. As categorias de resposta e as suas pontuações são: Quase sempre=4, Algumas Vezes=3, Poucas Vezes=2, Raramente=1 e Nunca=0. Quanto mais elevado for o resultado, maior é o impacto dos problemas relacionados com a saúde oral em detrimento da sua qualidade de vida, tornando-a mais fraca.

Tabela VII: Análise descritiva do Score do *OHIP-14*.

Score do impacto da saúde oral na qualidade de vida	
Média	7,30
Desvio Padrão	9,46
Mínimo	0
Máximo	43

Quanto à prevalência de cárie (*Vide* Tabela VIII), através do Índice de CPO da amostra global, os resultados revelam um valor médio de Índice de CPO de 8,5, com um desvio padrão de 4,4, indicando a variabilidade de dados em torno da média. O valor mínimo registado é de 0, ao passo que o valor máximo é 18.

Tabela VIII: Análise descritiva do CPO.

CPO	
Média	8,5
Desvio Padrão	4,4
Mínimo	0
Máximo	18

Analisando, de forma individual, os três componentes do CPO, foi possível observar, através da Tabela IX, que os dentes cariados (C) têm uma maior frequência (63), indicando que a cárie é o problema dentário mais comum nestes indivíduos analisados. Os dentes perdidos (P) possuem uma frequência mais baixa (5). Os dentes obturados (O) apresentam uma frequência de 20, sendo um número considerável.

Assim sendo, a cárie é a condição dentária mais prevalente, seguida pelas obturações, enquanto a perda de dentes é a menos frequente.

Tabela IX: Distribuição da frequência de dentes cariados, perdidos e obturados.

C	
Frequência (n)	63
P	
Frequência (n)	5
O	
Frequência (n)	20

Quanto à prevalência de periodontite e gengivite (*Vide* Tabela X), a tabela seguinte apresenta os dados estatísticos quanto ao Índice Placa (IP) e ao Índice Gengival (IG). Para o IP, a média é de 47,22%, com um desvio padrão de 26, um valor mínimo de 6,25% e um valor máximo de 100%. Relativamente ao IG, a média é de 24,43%, com um desvio padrão de 29,34, um valor mínimo de 0% e um valor máximo de 93,50%.

Tabela X: Análise descritiva do IP e IG.

IP	
Média	47,22%
Desvio Padrão	26
Mínimo	6,25%
Máximo	100%
IG	
Média	24,43%
Desvio Padrão	29,34
Mínimo	0
Máximo	93,50%

1. Caracterização sociodemográfica da população relativamente aos comportamentos em Saúde Oral

A tabela seguinte apresenta a distribuição do número de escovagens diárias de acordo com a faixa etária. No que concerne à faixa etária de 18–34 anos, 26 (57,8%) escovam os dentes nenhuma ou uma vez por dia, enquanto 19 (42,2%) escovam duas ou

mais vezes por dia. No caso da faixa etária de 35–54 anos, 11 (52,4%) escovam duas ou mais vezes por dia os dentes.

Tabela XI: Distribuição da amostra por faixa etária e número de escovagens/dia.

			Número de escovagens/dia		Total
			Nenhuma/Uma vez	Duas ou mais vezes	
Faixa Etária	18–34 anos	Frequência	26	19	45
		%	57,8%	42,2%	100%
	35–54 anos	Frequência	10	11	21
		%	47,6%	52,4%	100%

Relativamente à última visita ao dentista (*Vide* Tabela XII), há uma relação entre a faixa etária e a última visita ao dentista ($p=0,05$). Dos 45 participantes da amostra com a faixa etária de 18–34 anos, mais de metade (55,6%) foi ao dentista recentemente, enquanto dos 21 participantes dentro da faixa etária de 35–54 anos, apenas 19% foi ao dentista há 1–3 anos. Assim sendo, há uma maior percentagem de indivíduos que se encontram na faixa etária dos 35–54 anos que não vão ao dentista há mais de 3 anos ou nunca foram.

Tabela XII: Distribuição da amostra por faixa etária e última vez que visitou o dentista.

			Última vez que visitou o dentista		Total
			1–3 anos	Mais 3 anos ou nunca	
Faixa Etária	18–34 anos	Frequência	25	20	45
		%	55,6%	44,4%	100%
	35–54 anos	Frequência	4	17	21
		%	19%	81%	100%

Quanto à principal fonte de informação (*Vide* Tabela XIII), foi possível observar uma relação entre a faixa etária e a principal fonte de informação ($p=0,018$). Dos

indivíduos com idades compreendidas entre 35 e 54 anos, 66,7% não possuem nenhuma fonte de informação, enquanto que os indivíduos que têm entre 18 e 34 anos, 64,4% recebeu informações sobre saúde oral através da família, dentista ou outros.

Tabela XIII: Distribuição da amostra por faixa etária e principal fonte de informação.

			Principal fonte de informação		Total
			Família, Dentista, Outros	Ninguém	
Faixa Etária	18–34 anos	Frequência	29	16	45
		%	64,4%	35,6%	100%
	35–54 anos	Frequência	7	14	21
		%	33,3%	66,7%	100%

Relativamente ao número de escovagens por dia, foi possível constatar uma relação entre o sexo e o número de escovagens ($p=0,035$). Do sexo masculino, 34 (60,7%) escovam os dentes nenhuma ou uma vez por dia, enquanto 22 (39,3%) escovam os dentes duas ou mais vezes por dia. Por outro lado, do sexo feminino, 80% escova os dentes duas ou mais vezes por dia. Desta forma, a percentagem dos participantes do sexo feminino que lavam os dentes duas ou mais vezes por dia é maior.

Tabela XIV: Distribuição da amostra por sexo e número de escovagens/dia.

			Número de escovagens/dia		Total
			Nenhuma/Uma vez	Duas ou mais vezes	
Sexo	Masculino	Frequência	34	22	56
		%	60,7%	39,3%	100%
	Feminino	Frequência	2	8	10
		%	20%	80%	100%

Seguidamente, na Tabela XV, é apresentada a distribuição do tempo desde a última visita ao dentista em função do sexo. Para o sexo masculino, 39,3% visitaram o

dentista nos últimos 1 a 3 anos, enquanto 60,7% não visitam o dentista há mais de 3 anos ou nunca o fizeram. Contrariamente, as mulheres mostram que 70% visitaram o dentista no intervalo de 1–3 anos, sendo esta percentagem maior que a do sexo masculino, e apenas 30% não vai ao dentista há mais de 3 anos/nunca foi.

Tabela XV: Distribuição da amostra por sexo e última visita ao dentista.

			Última vez que visitou o dentista		Total
			1–3 anos	Mais 3 anos ou nunca	
Sexo	Masculino	Frequência	22	34	56
		%	39,3%	60,7%	100%
	Feminino	Frequência	7	3	10
		%	70%	30%	100%

No que diz respeito à última consulta ao médico dentista (*Vide* Tabela XVI), dos indivíduos que se encontram em Portugal há 0–5 anos, 53,7% não visitaram o dentista nos últimos 3 anos ou nunca foram ao dentista, enquanto que dos participantes que vivem em Portugal há 6–10 anos essa percentagem é de 66,7%.

Tabela XVI: Distribuição da amostra por há quanto tempo vive em Portugal e última visita ao dentista.

			Última vez que visitou o dentista		Total
			1–3 anos	Mais 3 anos ou nunca	
Há quanto tempo vive em Portugal	0–5	Frequência	25	29	54
		%	46,3%	53,7%	100%
	6–10	Frequência	4	8	12
		%	33,3%	66,7%	100%

A tabela seguinte retrata a percepção dos participantes em relação aos seus dentes relacionado com o tempo de permanência em Portugal. Como $p=0,031$, é possível afirmar que há uma relação entre o tempo de habitação em Portugal e a sua percepção dos problemas dos seus dentes. Assim sendo, dos intervenientes que se encontram há menos tempo em Portugal 40,7% considera que tem problemas nos seus dentes, por outro lado, dos indivíduos que estão há mais tempo em Portugal (6–10 anos) a percentagem é de 75%.

Tabela XVII: Distribuição da amostra por há quanto tempo vive em Portugal e problema com os dentes.

			Problemas com os dentes		Total
			Sim	Não	
Há quanto tempo vive em Portugal	0–5	Frequência	22	32	54
		%	40,7%	59,3%	100%
	6–10	Frequência	9	3	12
		%	75%	25%	100%

Referente ao número de escovagens diárias, dos participantes de nacionalidade nepalesa (*Vide* Tabela XVIII), 49,3% lava os dentes duas vezes ou mais por dia, dos participantes de nacionalidade indiana, 25% escova os dentes duas ou mais vezes por dia e, por fim, dos participantes provenientes do Bangladesh, 66,7% lava os dentes duas ou mais vezes por dia.

Tabela XVIII: Distribuição da amostra por há quanto tempo vive em Portugal e número de escovagens/dia.

			Número de escovagens/dia		Total
			Nenhuma/Uma vez	Duas ou mais vezes	
Nacionalidade	Nepal	Frequência	14	19	33
		%	40,7%	59,3%	100%
	Índia	Frequência	9	3	20
		%	75%	25%	100%
	Bangladesh	Frequência	2	4	6
		%	33,3%	66,7%	100%

2. Caracterização sociodemográfica da população relativamente aos hábitos de consumo

Quanto ao consumo de álcool (*Vide* Tabela XIX), dos participantes com idade compreendida entre 18 e 34 anos, 42,2% consomem álcool, em oposição, dos indivíduos dentro da faixa etária 35–54 anos, 61,9% consome álcool.

Tabela XIX: Distribuição da amostra por faixa etária e consumo de álcool.

			Consumo de álcool		Total
			Sim	Não	
Faixa Etária	18–34 anos	Frequência	19	26	45
		%	42,2%	57,8%	100%
	35–54 anos	Frequência	13	8	21
		%	61,9%	38,1%	100%

Ainda sobre o consumo de álcool, mas em relação ao tempo de permanência em Portugal (*Vide* Tabela XX), como $p=0,042$, é possível constatar que há uma relação entre o tempo de habitação em Portugal e o consumo de álcool. As pessoas que se encontram em Portugal entre 6–10 anos bebe mais álcool (75%) que as que se encontram em Portugal entre 0–5 anos (42,6%).

Tabela XX: Distribuição da amostra por há quanto tempo vive em Portugal e consumo de álcool.

			Consumo de álcool		Total
			Sim	Não	
Há quanto tempo vive em Portugal	0–5	Frequência	23	31	54
		%	42,6%	57,4%	100%
	6–10	Frequência	9	3	12
		%	75%	25%	100%

3. Prevalência de cárie/periodontite/gengivite e relação com comportamentos em saúde oral e hábitos de consumo

Em relação à prevalência de cárie, a tabela seguinte apresenta os valores do índice de CPO em relação ao número de escovagens/dia dos participantes. Contrariamente ao esperado, a média do índice de CPO é maior para os participantes que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia (9,0) quando comparado com aqueles que escovam os dentes nenhuma/uma vez por dia (7,9), indicando a necessidade de considerar outros fatores que podem estar a influenciar os resultados. Também, o grupo que lava os dentes duas ou mais vezes por dia possui um maior desvio padrão (4,7), sugerindo uma maior variabilidade de resultados.

Tabela XXI: Distribuição da amostra por número de escovagem/dia e prevalência da cárie dentária.

			CPO (Total)
Número de escovagens/dia	Nenhuma/Uma vez	Média	7,9
		Desvio Padrão	4,2
	Duas ou mais vezes	Média	9,0
		Desvio Padrão	4,7

Relativamente aos valores do índice de CPO em função do tempo desde a última consulta ao médico dentista, os dados da Tabela XXII demonstram que os inquiridos que visitaram o dentista há 1–3 anos têm uma média de CPO maior (9,1) e um desvio padrão maior (4,6) em comparação com aqueles que visitaram o dentista há mais de 3 anos ou nunca (8,0 e 4,4, respetivamente), possivelmente devido a diagnósticos mais completos e a gravidade dos problemas dentários que motivaram a visita ao dentista.

Tabela XXII: Distribuição da amostra por última vez que visitou o dentista e prevalência da cárie dentária.

			CPO (Total)
Última vez que visitou o dentista	1–3 anos	Média	9,1
		Desvio Padrão	4,6
	Mais de 3 anos ou nunca	Média	8,0
		Desvio Padrão	4,4

Quanto aos valores do índice de CPO em relação à percepção de problemas gengivais entre os indivíduos (*Vide* Tabela XXIII), controversamente, a média do índice de CPO é maior nos participantes que não relataram problemas com as suas gengivas (8,4) em comparação com aqueles que relataram problemas gengivais (7,7), possivelmente devido à falta de percepção dos problemas que têm ou à ausência de tratamento. Além disso, é possível observar um desvio padrão maior no grupo que relata não ter problemas nas suas gengivas, assim sendo, há uma maior variabilidade de respostas.

Tabela XXIII: Distribuição da amostra por problemas com as gengivas e prevalência da cárie dentária.

			CPO (Total)
Problemas com as gengivas	Sim	Média	7,7
		Desvio Padrão	3,2
	Não	Média	8,4
		Desvio Padrão	4,7

Em relação aos valores de índice de CPO relacionados com a percepção de problemas nos seus dentes (*Vide* Tabela XXIV), os participantes que relataram ter problemas têm uma maior média de CPO (9,1) relativamente aos que relataram não ter problemas relacionados com os seus dentes (8,0). Este é o valor esperado, considerando que a presença de problemas dentários geralmente está associada a uma pior saúde oral, refletida num índice de CPO mais alto, portanto uma maior média de CPO traduz-se numa maior quantidade de dentes cariados, perdidos e obturados.

Tabela XXIV: Distribuição da amostra por problemas com os dentes e prevalência da cárie dentária.

			CPO (Total)
Problemas com os dentes	Sim	Média	9,1
		Desvio Padrão	4,8
	Não	Média	8,0
		Desvio Padrão	4,2

No que se refere aos valores de CPO e o consumo de açúcar, é possível observar na Tabela XXV que os participantes que consomem açúcar com mais frequência têm uma média de CPO maior (8,8) em relação aos que consomem açúcar com menor frequência (7,3), sendo esta conclusão dentro do expectável, uma vez que o consumo regular de açúcar está associado ao desenvolvimento de cáries, resultando no aumento dos valores do índice de CPO, ou seja, dos dentes cariados, perdidos e obturados.

Tabela XXV: Distribuição da amostra por consumo de bebidas ou lanches açucares e prevalência da cárie dentária.

			CPO (Total)
Consumo de bebidas ou lanches açucarados	Nunca/Ocasionalmente	Média	7,3
		Desvio Padrão	5,3
	Todos os dias/Maioria dos dias	Média	8,8
		Desvio Padrão	4,2

A relação observada na Tabela XXVI entre a autoavaliação da saúde oral e o índice de CPO mostra que, independentemente da percepção subjetiva da saúde oral, os valores médios de CPO são relativamente próximos. Os participantes que avaliam a sua saúde oral como boa/muito boa apresentam uma média de CPO ligeiramente mais alta (8,6) comparado com os que avaliam a sua saúde oral como regular (8,5) ou má/muito má (8,1). Este resultado é imprevisível, atendendo que seria expectável que uma melhor autoavaliação da saúde oral correspondesse a uma menor prevalência de cárie, comprovando que a percepção da saúde oral pode não corresponder forçosamente à realidade.

Tabela XXVI: Distribuição da amostra por autoavaliação da saúde oral e prevalência da cárie dentária.

			CPO (Total)
Autoavaliação da saúde oral	Má/Muito má	Média	8,1
		Desvio Padrão	4,7
	Regular	Média	8,5
		Desvio Padrão	4,6
	Boa/Muito boa	Média	8,6
		Desvio Padrão	4,5

Em relação à prevalência de periodontite, a tabela seguinte apresenta os valores do índice de placa em função do consumo de tabaco. Comparando, é evidente que os fumadores, em média, têm um índice de placa mais alto (56,20%) do que os não fumadores (43,27%). Este diferencial evidencia que o hábito de consumo de tabaco está associado a uma higiene oral precária, levando a uma maior acumulação de placa, correspondendo ao já descrito.

Assim sendo, os fumadores apresentam uma média de IP mais alta, indicando uma pior higiene oral, enquanto os não fumadores têm uma média de IP mais baixo, no entanto, apresentam um maior desvio padrão, revelando que alguns participantes mantêm uma boa higiene oral e outros não.

Tabela XXVII: Distribuição da amostra por fumador e IP.

			IP (%)
Fumador	Sim	Média	56,20%
		Desvio Padrão	19,17
		Mínimo	25%
		Máximo	81,60%
	Não	Média	43,27%
		Desvio Padrão	27,91
		Mínimo	6,25%
		Máximo	100%

No que diz respeito à relação entre os valores de IP e o número de escovagens (*Vide* Tabela XXVIII), os participantes que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia têm uma média de índice de placa mais alta (53,89%) do que aqueles que escovam nenhuma ou uma vez por dia (42,46%), sendo este resultado contraditório, pois o esperado seria que uma maior frequência de escovagem estivesse associada a um menor índice de placa. Esta disparidade pode dever-se à técnica de escovagem, ao uso de produtos de higiene oral desadequados ou à presença de outros comportamentos de risco. Todavia, o grupo dos que lavam os dentes com maior frequência apresenta um maior desvio padrão, indicando que alguns indivíduos têm um índice de placa mais baixo, enquanto outros acumulam uma maior quantidade de placa, apesar da frequência de escovagem.

Tabela XXVIII: Distribuição da amostra por número de escovagens/dia e IP.

			IP (%)
Número de escovagens/dia	Nenhuma/Uma vez	Média	42,46%
		Desvio Padrão	23,57
		Mínimo	6,25%
		Máximo	88,70%
	Duas ou mais vezes	Média	53,89%
		Desvio Padrão	28,54
		Mínimo	10,70%
		Máximo	100%

Em relação aos valores de IP e a percepção de problemas com os seus dentes (*Vide* Tabela XXIX), os participantes que dizem ter problemas com os seus dentes têm uma média mais alta (51,85%) relativamente àqueles que relatam não ter problemas com os seus dentes (45,18%), indicando uma pior higiene oral. Este resultado está dentro da norma, considerando que a presença de problemas dentários pode estar articulada a uma pior higiene oral, e consequentemente, a uma maior acumulação de placa. Também, a maior variabilidade no índice de placa entre os que relatam ter problemas nos seus dentes reflete uma ampla gama de condições de higiene oral dentro deste grupo, destacando a necessidade de uma atenção diferenciada para os cuidados de saúde oral.

Tabela XXIX: Distribuição da amostra por número de escovagens/dia e IP.

			IP (%)
Problema com os seus dentes	Sim	Média	51,85%
		Desvio Padrão	29,60
		Mínimo	14,10%
		Máximo	100%
	Não	Média	45,18%
		Desvio Padrão	24,62
		Mínimo	6,25%
		Máximo	88,70%

No que diz respeito aos valores de IP em função do consumo de bebidas ou lanches açucarados (*Vide* Tabela XXX), os participantes que consomem este tipo de alimentos todos os dias ou na sua maioria têm uma média de IP mais alta (48,94%) em comparação com aqueles que consomem esses alimentos nunca ou ocasionalmente (44,18%), tendo um valor mínimo de IP no primeiro grupo de 6,25% e valor máximo de 100%. Ou seja, aqueles que consomem alimentos açucarados com maior frequência apresentam uma quantidade superior de placa com um desvio padrão maior, destacando a importância dos hábitos alimentares saudáveis para a manutenção da saúde oral. Estes resultados são consistentes com a expectativa de que um maior consumo de alimentos açucarados está diretamente associado a um índice de placa mais elevado.

Tabela XXX: Distribuição da amostra por consumo de bebidas ou lanches açucarados e IP.

			IP (%)
Consumo de bebidas ou lanches açucarados	Nunca/Ocasionalmente	Média	44,18%
		Desvio Padrão	22,88
		Mínimo	10,70%
		Máximo	84,30%
	Todos os dias/Maioria dos dias	Média	48,94%
		Desvio Padrão	27,95
		Mínimo	6,25%
		Máximo	100%

No que alude aos valores do índice de placa e a autoavaliação da sua saúde oral presentes na Tabela XXXI, os inquiridos que avaliam a sua saúde oral como má ou muito má têm uma média de IP mais alta (53,73%), seguida daqueles que a avaliam como regular (46,18%), e finalmente, daqueles que a avaliam como boa ou muito boa (44,84%). Assim sendo, uma autoavaliação da sua saúde oral mais negativa está associada a uma maior quantidade de placa.

Tabela XXXI: Distribuição da amostra por autoavaliação da saúde oral e IP.

			IP (%)
Autoavaliação da saúde oral	Má/Muito má	Média	53,73%
		Desvio Padrão	29,67
		Mínimo	21,00%
		Máximo	100%
	Regular	Média	46,18%
		Desvio Padrão	27,52
		Mínimo	10,70%
		Máximo	88,70%
	Boa/Muito boa	Média	44,84%
		Desvio Padrão	24,33
		Mínimo	6,25%
		Máximo	88,70%

Quanto à prevalência de gengivite, a tabela seguinte apresenta os dados do índice gengival em função do número de escovagens por dia. Os participantes que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia têm uma média de IG ligeiramente mais alta (25,69%) quando comparado com os que escovam nenhuma ou uma vez por dia (23,53%). No entanto, ambos os grupos apresentam um grande desvio padrão e a variabilidade é similar, o que sugere uma condição gengival diversificada, independentemente de quantas vezes escovam os dentes diariamente.

Tabela XXXII: Distribuição da amostra por número de escovagens/dia e IG.

			IG (%)
Número de escovagens/dia	Nenhuma/Uma vez	Média	23,53%
		Desvio Padrão	29,82
		Mínimo	0%
		Máximo	89,10%
	Duas ou mais vezes	Média	25,69%
		Desvio Padrão	29,66
		Mínimo	0%
		Máximo	93,50%

No que concerne os valores de IG em função da percepção dos inquiridos em relação a problemas com as suas gengivas (*Vide* Tabela XXXIII), os participantes que relataram ter problemas gengivais apresentam uma média de IG ligeiramente mais alta (26,01%) em analogia com aqueles que não relataram problemas (24,05%), evidenciando menos cuidados com a higiene oral, apesar de haver uma grande variabilidade de respostas, autonomamente da percepção dos seus problemas gengivais.

Tabela XXXIII: Distribuição da amostra por problema com as gengivas e IG.

			IG (%)
Problemas com as gengivas	Sim	Média	26,01%
		Desvio Padrão	31,00
		Mínimo	0%
		Máximo	78,10%
	Não	Média	24,05%
		Desvio Padrão	29,49
		Mínimo	0%
		Máximo	93,50%

Relativamente ao valor do índice gengival e o consumo de açúcar (*Vide* Tabela XXXIV), os indivíduos que consomem alimentos açucarados todos os dias ou na sua maioria apresentam uma média de IG mais alta (27,74%) quando assemelhado aos que

consomem açúcar nunca ou ocasionalmente (18,57%), destacando a importância de hábitos alimentares saudáveis para a manutenção da saúde oral.

Tabela XXXIV: Distribuição da amostra por consumo de bebidas ou lanches açucarados e IG.

			IG (%)
Consumo de bebidas ou lanches açucarados	Nunca/Ocasionalmente	Média	18,57%
		Desvio Padrão	24,29
		Mínimo	0%
		Máximo	89,10%
	Todos os dias/Maioria dos dias	Média	27,74%
		Desvio Padrão	31,88
		Mínimo	0%
		Máximo	93,50%

Por fim, relativamente aos valores de IG em função da autoavaliação da sua saúde oral que se encontram na Tabela XXXV, a média de IG é mais alta para aqueles que avaliaram a saúde oral como má/muito má (32,04%) e mais baixa para aqueles que avaliaram a saúde oral como boa/muito boa (19,15%), estando a avaliação regular entre estas duas (27,06%). Assim sendo, os participantes que consideram a sua saúde oral má/muito má apresentam uma maior inflamação gengival e os que consideraram a sua saúde oral como boa/muito boa apresentam uma menor inflamação gengival.

Tabela XXXV: Distribuição da amostra por autoavaliação da saúde oral e IG.

			IG (%)
Autoavaliação da saúde oral	Má/Muito má	Média	32,04%
		Desvio Padrão	38,03
		Mínimo	0%
		Máximo	93,50%
	Regular	Média	27,06%
		Desvio Padrão	32,99
		Mínimo	0%
		Máximo	87,50%
	Boa/Muito boa	Média	19,15%
		Desvio Padrão	22,53
		Mínimo	0%
		Máximo	88,70%

4. Impacto da qualidade de vida em relação aos cuidados de saúde oral

Como é possível observar na Tabela XXXVI, relativamente aos indivíduos que se encontram em Portugal há 0–5 anos, a média do OHIP-14 é de 7,36, indicando que, em média, esses participantes relatam um impacto moderado na sua qualidade de vida associada à saúde oral. O desvio padrão é de 9,83, mostrando uma grande variação nos *scores* de impacto. O valor máximo registado é de 43, indicando um impactante bastante significativo para alguns indivíduos. Para os inquiridos que vivem há mais tempo em Portugal (6–10 anos), a média do OHIP-14 é de 2,90, indicando um impacto menor na saúde oral em comparação com o grupo que vive há menos tempo no país. Aqueles que vivem em Portugal há 0–5 anos têm uma média de impacto na saúde oral (7,36) mais do que o dobro da média daqueles que vivem há 6 a 10 anos (2,90). A variabilidade dos *scores* é muito maior para o grupo de 0 a 5 anos (desvio padrão de 9,83) do que para o grupo de 6 a 10 anos (desvio padrão de 3,10). O impacto máximo na saúde oral é significativamente maior para aqueles que vivem há menos tempo em Portugal (43) comparado com aqueles que vivem há mais tempo (9). Estes dados sugerem que o impactante na saúde oral tende a diminuir nos indivíduos, sujeitos a este estudo, que

habitam há mais tempo em Portugal, pode-se concluir que, a cultura deste país influencia o comportamento das pessoas questionadas.

Tabela XXXVI: Distribuição da amostra por há quanto tempo vive em Portugal e *score* do OHIP-14.

			OHIP-14 (Total)
Há quanto tempo vive em Portugal	0–5 anos	Média	7,36
		Desvio Padrão	9,83
		Mínimo	0
		Máximo	43
	6–10 anos	Média	2,90
		Desvio Padrão	3,10
		Mínimo	0
		Máximo	9

Quanto ao uso do fio dentário em função das pontuações do OHIP-14 (*Vide* Tabela XXXVII), para os participantes que usam o fio dentário, a média do OHIP-14 é de 7,59, mostrando que esses indivíduos relatam um impacto moderado na sua qualidade de vida. Para os participantes que não usam o fio, a média de OHIP-14 é de 5,97, indicando um impacto ligeiramente menor em comparação com os que usam o fio diariamente. A variabilidade dos *scores* é maior para o grupo que não usa fio dentário (desvio padrão de 10,17) do que para o grupo que usa (desvio padrão de 6,45). O impacto máximo na saúde oral é muito maior para aqueles que não usam fio dentário (43) em comparação com aqueles que usam (19). Estes resultados sugerem que apesar do uso do fio dentário estar associado a uma média ligeiramente maior do impacto na qualidade de vida, o desvio padrão e o impacto máximo são menores, indicando que um controlo mais consistente dos problemas de saúde oral dos utilizadores de fio dentário possibilitam um aumento da sua qualidade de vida.

Tabela XXXVII: Distribuição da amostra por uso fio dentário e *score* do OHIP-14.

			OHIP-14 (Total)
Uso fio dentário	Sim	Média	7,59
		Desvio Padrão	6,45
		Mínimo	0
		Máximo	19
	Não	Média	5,97
		Desvio Padrão	10,17
		Mínimo	0
		Máximo	43

Observando a Tabela XXXVIII, para os participantes que tiveram uma consulta com o seu profissional de saúde oral no último ano, a média de OHIP-14 é de 6,90, concluindo-se que este impacto é moderado, mas não excessivo, apresentando um valor máximo de 19.

Para os participantes que não tiveram uma consulta no último ano, a média de OHIP-14 é de 6,39, indicando um impacto ligeiramente menor na qualidade de vida em comparação com o grupo anterior, que exhibe um valor máximo de 43, sugerindo um impacto bastante significativo para alguns indivíduos.

Em suma, o impacto na qualidade de vida é praticamente idêntico tanto para aqueles indivíduos que foram observados pelo médico dentista, como para os que não foram.

Estes dados sugerem que, embora as médias de impacto na qualidade de vida sejam semelhantes entre os dois grupos, a realização de uma consulta com o médico dentista influencia uma variabilidade menor e um impacto máximo mais baixo, constatando que os inquiridos que consultam o seu médico, com regularidade, têm acesso a um controlo mais eficiente dos seus problemas de saúde oral, assim como, na execução dos tratamentos numa fase mais precoce.

Tabela XXXVIII: Distribuição da amostra por teve uma consulta com o seu profissional de saúde no último ano e *score* do OHIP-14.

			OHIP-14 (Total)
Teve uma consulta com o seu profissional de saúde oral no último ano	Sim	Média	6,90
		Desvio Padrão	7,14
		Mínimo	0
		Máximo	19
	Não	Média	6,39
		Desvio Padrão	9,62
		Mínimo	0
		Máximo	43

Em relação ao motivo da última consulta em função do *score* do *OHIP-14* (Vide Tabela XXXIX), os inquiridos que consultaram o dentista por motivos de rotina/limpeza/outros têm uma média de impacto na qualidade de vida de 2,55 em que os valores variam de 0 a 9, evidenciando um impacto relativamente baixo.

Por outro lado, aqueles que visitaram o dentista devido a dor ou abscesso apresentam uma média de impacto muito maior (10,33), com um desvio padrão de 10,74, com valores entre 0 e 43, apontando, em alguns casos, um impacto muito alto na qualidade de vida.

Os participantes que nunca visitaram o dentista têm uma média de *score* do OHIP-14 de 3,67, com um desvio padrão de 6,97, com valores entre 0 e 28, propondo um impacto moderado na qualidade de vida.

Assim sendo, os indivíduos que foram a última vez ao dentista por motivos de rotina/limpeza/outros apresentam impactos na qualidade de vida menores, contrariamente aos que procuraram o dentista por dor/abscesso que possuem um impacto maior. Os participantes que nunca foram ao dentista mostram um impacto moderado.

Tabela XXXIX: Distribuição da amostra por motivo da última consulta e *score* do OHIP-14.

			OHIP-14 (Total)
Motivo da última consulta	Rotina/Limpeza/Outros	Média	2,55
		Desvio Padrão	3,45
		Mínimo	0
		Máximo	9
	Dor ou Abscesso	Média	10,33
		Desvio Padrão	10,74
		Mínimo	0
		Máximo	43
	Nunca visitou o dentista	Média	3,65
		Desvio Padrão	6,97
		Mínimo	0
		Máximo	28

Quanto à percepção dos indivíduos em relação aos problemas dos seus dentes (*Vide* Tabela XL), aqueles que relataram ter problemas nos mesmos apresentam uma média de 8,62, enquanto os que descreveram não ter problemas com os seus dentes têm uma média de 5,06.

Observa-se que os participantes que afirmaram ter problemas com os dentes têm um impacto médio na qualidade de vida (8,62) comparativamente com os que dizem não ter problemas (5,06). Estes dados sugerem que a percepção de problemas dentários pode estar associada a um maior impacto na qualidade de vida.

Tabela XL: Distribuição da amostra por problema com os seus dentes e *score* do OHIP-14.

			OHIP-14 (Total)
Problema com os seus dentes	Sim	Média	8,62
		Desvio Padrão	9,32
		Mínimo	0
		Máximo	43
	Não	Média	5,06
		Desvio Padrão	8,79
		Mínimo	0
		Máximo	34

Quanto ao consumo de açúcar (*Vide* Tabela XLI), os participantes que consomem açúcar todos os dias ou na sua maioria apresentam uma média superior (7,38) em relação ao grupo que consome açúcar nunca ou ocasionalmente (4,33), o que indica que o consumo frequente de bebidas e lanches açucarados está associado a impacto maioritariamente negativo da saúde oral na qualidade de vida.

Tabela XLI: Distribuição da amostra por consumo de bebidas ou lanches açucarados e *score* do OHIP-14.

			OHIP-14 (Total)
Consumo de bebidas ou lanches açucarados	Nunca/Ocasionalmente	Média	4,33
		Desvio Padrão	5,08
		Mínimo	0
		Máximo	18
	Todos os dias/Maioria dos dias	Média	7,38
		Desvio Padrão	10,21
		Mínimo	0
		Máximo	43

Relativamente à autoavaliação dos participantes quanto à sua saúde oral (*Vide* Tabela XLII), aqueles que a consideram regular exibem o maior impacto da saúde oral na qualidade de vida (média de 10,33), mostrando também a maior variabilidade de *scores* (desvio padrão de 10,74). Os participantes que avaliam a sua saúde oral como má ou

muito má têm o menor impacto com uma média de 2,55 e aqueles que autoavaliam a sua saúde oral como boa/muito boa têm um impacto moderado com uma média de 3,65.

Portanto, ao contrário do esperado, aqueles que consideram a sua saúde oral regular relatam um maior impacto na sua qualidade de vida comparando com os que a autoavaliam como má/muito má, sugerindo uma percepção discrepante entre a autoavaliação e o impacto real na qualidade de vida.

Tabela XLII: Distribuição da amostra por autoavaliação da saúde oral e *score* do OHIP-14.

			OHIP-14 (Total)
Autoavaliação da saúde oral	Má/Muito má	Média	2,55
		Desvio Padrão	3,45
		Mínimo	0
		Máximo	9
	Regular	Média	10,33
		Desvio Padrão	10,74
		Mínimo	0
		Máximo	43
	Boa/Muito boa	Média	3,65
		Desvio Padrão	6,97
		Mínimo	0
		Máximo	28

5. Impacto da qualidade de vida em relação ao CPO, IG, IP

A tabela seguinte apresenta os resultados da análise de correlação de *Spearman* entre o OHIP-14 e o CPO, IP e IG. Quanto à correlação entre o OHIP-14 e o CPO, esta é bastante forte, com um coeficiente de 0,838, indicando uma relação positiva, ou seja, à medida que um valor aumenta, o outro também tende a aumentar. No caso da correlação entre o OHIP-14 e o IP, esta é também positiva, mas moderada, com um coeficiente de 0,582. No que alude à correlação entre o OHIP-14 e o IG, esta é muito fraca, com um coeficiente de *Spearman* de 0,022, constatando que praticamente não há uma relação linear significativa entre estas duas variáveis.

Tabela XLIII: Tabela da Correlação de *Spearman* entre o score do OHIP-14 e o CPO, IP e IG.

		OHIP (Total)
Correlação de Spearman Sig (2 extremidades)	CPO	0,838
	IP	0,582
	IG	0,022

IV. DISCUSSÃO

O aumento da diversidade populacional nos países europeus, especialmente em Portugal, desafia os sistemas de saúde a adaptar-se a um contexto demográfico em constante mudança. Este trabalho abordou a interseção entre a diversidade populacional, migração e a saúde oral, especificamente um estudo numa população migrante de uma empresa no Alentejo, Portugal. Os resultados obtidos da amostra de 66 participantes, predominantemente masculinos e jovens migrantes de nacionalidades principalmente nepalesa e indiana, revelam aspetos relevantes sobre a saúde oral, qualidade de vida, e acesso aos serviços de saúde. Esta análise é crucial para perceber como as políticas e serviços de saúde podem ser melhorados para a sua adaptação às necessidades dessas comunidades.

Os resultados evidenciaram percentagens, ainda que não maioritárias, altamente elevadas em relação ao consumo de álcool e tabaco, sendo que estes estão associados a impactos negativos na saúde oral, nomeadamente no risco de doenças periodontais, cárie dentária, cancro oral, entre outros (Goel *et al.*, 2017; Guan *et al.*, 2022). Os dados mostram claramente que os fumadores têm uma média de IP mais alta comparada aos não fumadores. Tal como mencionado, o tabagismo é um fator de risco significativo para a doença periodontal devido à sua influência na resposta imunológica e no ambiente oral, facilitando a acumulação de placa bacteriana, além disso, o tabaco prejudica a cicatrização dos tecidos, contribuindo para a severidade da periodontite (Goel *et al.*, 2017). Acharya *et al.* (2021) encontraram no seu estudo dados que indicam que o tabagismo está associado ao aumento de patologias pré-malignas e malignas e destacam a necessidade de estudos adicionais para explorar essas relações.

Observa-se uma relação significativa entre o tempo de permanência em Portugal e o consumo de álcool, com um valor de $p=0,042$, em que os indivíduos que vivem neste país há 6 e 10 anos consomem mais álcool (75%) que os que residem há menos de 6 anos (42,6%). Sendo Portugal um país com elevado índice de consumo de álcool, é perceptível o aumento do consumo alcoólico por parte dos que veem esta nação como uma oportunidade de migração, já que a vivência da cultura local, impulsiona a integração no meio local. A par disto, a exposição prolongada ao ambiente cultural português, onde o consumo de álcool faz parte de muitas interações sociais, como refeições e celebrações,

pode favorecer o aumento do consumo de bebidas alcoólicas. A promoção de uma cultura de consumo baixo a moderado entre os migrantes é fundamental, sendo possível por intermédio de Programas de Consciencialização e de Educação Social, que explanem os riscos associados ao consumo excessivo de álcool e promovam comportamentos mais saudáveis (Lagarto, 2021).

A predominância de jovens do sexo masculino (84,8%) na amostra é consistente com os padrões migratórios globais, onde os jovens adultos procuram melhores oportunidades no exterior (Esteves *et al.*, 2011). A maioria dos inquiridos está em Portugal há relativamente pouco tempo (0–5 anos), correspondente a 81,8%, o que pode influenciar o seu acesso aos serviços de saúde oral. Foi possível também caracterizar os maus hábitos de saúde oral através dos dados recolhidos e analisados, a baixa frequência de visitas ao dentista, em que a faixa etária dos 35 aos 54 vai significativamente menos ao dentista ($p=0,05$), e a higiene oral inadequada, como demonstrado pela grande percentagem de inquiridos que não usa o fio dentário e escova os dentes de forma irregular, são preocupantes, mas não surpreendentes. Tais comportamentos podem ser atribuídos às barreiras culturais, socioeconómicas e linguísticas que impedem esses migrantes de ter acesso aos cuidados de saúde oral adequados. Estudos anteriores sugerem que migrantes jovens enfrentam barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde devido a essas limitações e desconhecimento dos sistemas de saúde locais (World Migration Report 2020, 2019). Esta situação é exacerbada pela falta de políticas de saúde adaptadas às necessidades dessa população, conforme descrito por Jongen *et al.* (2017), que apontam para a necessidade de uma maior competência cultural e linguística entre profissionais de saúde.

A prevalência significativa de cárie dentária é obtida através do índice de CPO, mais especificamente, na vertente de dentes cariados (C) em que 63 das 66 pessoas inquiridas, apresentam cáries dentárias, sendo esta a vertente maioritária, indicando também a necessidade de uma prevenção primária. Esta reflete tendências observadas em estudos internacionais que identificam a cárie dentária como uma das doenças crónicas mais comuns entre as populações desfavorecidas, nomeadamente em populações migrantes e com menos capacidades financeiras (Velázquez-Cayón *et al.*, 2023). Esta prevalência é frequentemente atribuída a barreiras no acesso aos cuidados de saúde oral adequados e a uma falta de conhecimento sobre as práticas de higiene oral (Sälzer *et al.*, 2020).

A prevalência relativamente alta de gengivite e periodontite, avaliada através dos índices de placa e gengival, é uma forma fundamental para avaliar a saúde oral de uma população, pois fornecem informações sobre a higiene oral através da acumulação de placa e a inflamação das gengivas. Zhang *et al.* (2021) apontam a gengivite como uma das doenças orais mais comuns, e, conseqüentemente, a periodontite.

O índice de CPO verificou-se mais elevado nas pessoas que escovam os dentes duas vezes por dia em relação às pessoas que escovam os dentes uma vez por dia, tal pode parecer contraintuitivo inicialmente. No entanto, este resultado pode ser explicado por uma série de fatores subjacentes que não estão diretamente ligados à frequência de escovação. Tadin & Badrov (2023) sugerem que a qualidade da higiene oral, incluindo a técnica de escovagem e o uso de outros produtos de higiene como o fio dentário pode ter um impacto mais significativo na saúde oral do que a frequência de escovagem isoladamente. Portanto, é importante considerar a qualidade e a abrangência dos cuidados de higiene oral além da mera contagem do número de escovagens, realçando a necessidade de programas educativos focados em técnicas de higiene oral eficazes (Weik *et al.*, 2023).

O mesmo se verifica em relação aos índices de placa e gengival, os dados indicam que, curiosamente, os participantes que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia apresentam um IP e um IG mais elevado, sendo uma conclusão contraditória, pois o expectável seria uma menor acumulação de placa e inflamação gengival com o aumento da frequência de escovagem. A explicação utilizada para o índice de CPO também pode ser aplicada para o IP e IG, uma vez que a eficácia e técnica de escovagem têm de ser consideradas, destacando a importância de não apenas aumentar a frequência de escovagem, mas também de assegurar que a qualidade da escovagem é mantida (Tadin & Badrov, 2023).

A relação encontrada entre a percepção de problemas nos dentes e um maior índice de CPO nos inquiridos reflete que têm uma percepção adequada. Isto pode ser explicado pela maior consciência que esses indivíduos têm da sua condição de saúde oral, frequentemente devido à presença de sintomas como dor ou desconforto, o que pode levar a uma autoavaliação mais precisa da sua saúde oral. Contudo, existem estudos que destacam a importância de intervenções preventivas e educacionais, evidenciando programas que promovam não só o tratamento, mas também a prevenção. Quando

implementados de forma eficaz, podem diminuir significativamente a prevalência de doenças orais e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (Thomson & Broder, 2018).

Os resultados obtidos sobre a relação entre o consumo de açúcar, a autoavaliação da saúde oral e a prevalência de cárie, refletida pelo índice de CPO revelam nuances interessantes. Estes dados são fundamentais para perceber não apenas a manifestação clínica das cáries dentárias, mas também a percepção individual da saúde oral em comparação com os indicadores clínicos objetivos.

Os participantes que consomem açúcar com mais frequência apresentam uma média de CPO relativamente maior. Esta observação é consistente com a literatura atual que aponta o consumo de açúcar como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de cáries dentárias (Malin *et al.*, 2024). De acordo com Jurakova *et al.* (2023), a frequência e quantidade de ingestão de açúcar estão diretamente relacionadas com a incidência de cárie, onde os açúcares fermentáveis são metabolizados por bactérias na placa que se encontra na cavidade oral, produzindo ácido como subproduto, o qual subsequentemente desmineraliza o esmalte do dente.

O consumo frequente de açúcar mostrou estar também associado a um aumento do IP e IG. Dietas ricas em açúcares fermentáveis promovem um ambiente oral propício ao desenvolvimento de placa bacteriana e inflamação gengival. A fermentação de açúcares por bactérias orais resulta na produção de ácidos que provocam não apenas desmineralização do esmalte, como também irritam os tecidos gengivais, contribuindo para a gengivite e potencialmente progredindo para uma periodontite se a gengivite não for tratada atempadamente. Estes resultados enfatizam a importância de limitar a ingestão de açúcar como parte de um programa abrangente de saúde oral (Jurakova *et al.*, 2023).

Concernente aos dados da relação entre a autoavaliação da saúde oral e os índices de CPO são paradoxais. Os participantes com uma autoavaliação positiva da sua saúde oral têm índices de CPO comparáveis ou até maiores do que aqueles com uma autoavaliação negativa. Estes resultados contradizem o entendimento convencional de que uma percepção melhor da sua saúde oral deveria correlacionar-se com melhores condições dentárias. Uma possível explicação pode ser encontrada na literatura sobre a discrepância entre a percepção e a condição real de saúde oral, como discutido por Monteiro (2018), que identifica que os indivíduos muitas vezes subestimam a sua suscetibilidade a problemas dentários e apresentam pouca preocupação com os mesmos, o que pode levar a uma menor procura por tratamentos preventivos ou interventivos.

Salvador & Toassi (2021) argumenta que a percepção da saúde oral é multifacetada e pode ser influenciada por diversos aspectos, entre estes fatores psicológicos, limitações socioculturais, funcionalidade oral, não necessariamente refletindo o estado real do exame clínico objetivo.

Em relação ao IP e ao IG, observa-se que os participantes que classificam a sua saúde oral como má ou muito má apresentam maiores médias de IP e IG, sugerindo uma correlação entre a percepção negativa da sua saúde oral e a presença de placa/inflamação gengival. Singh (2023) indica que a autoavaliação da saúde oral frequentemente reflete a realidade clínica, especialmente quando os indivíduos têm sintomas como dor, desconforto, entre outros, e a medida em que esses sintomas afetam a sua qualidade de vida. No entanto, neste conjunto de dados, mesmo aqueles que apresentam percepções positivas em relação à sua saúde oral, mostram índices de IP e IG relativamente altos. Isto pode ocorrer devido à falta de conhecimento do que constitui uma saúde oral ideal ou, tal como foi explanado, a percepção de saúde oral depende de vários componentes (Salvador & Toassi, 2021).

Destacando uma vez mais a necessidade de políticas de saúde pública que abordem não apenas a educação sobre a importância da redução do consumo de açúcar, mas também estratégias para melhorar a consciencialização sobre a saúde oral (Vernazza *et al.*, 2021).

Relativamente à percepção de problemas com os seus dentes e o índice de placa, os resultados indicam que os indivíduos que relatam problemas associados aos seus dentes tendem a apresentar um IP mais elevado, sugerindo que esses problemas estão associados a uma maior acumulação de placa. Estudos referem que a percepção de problemas dentários pode levar a alterações comportamentais na higiene oral, onde os indivíduos podem adotar técnicas de escovagem mais agressivas ou ineficazes, tentando compensar a sensação de desconforto ou sujidade, o que paradoxalmente pode contribuir para uma maior retenção de placa e inflamação gengival (Chaudhary & Jani, 2023).

Quanto à percepção de problemas com as suas gengivas e o índice gengival, os inquiridos que relatam problemas com as suas gengivas apresentam um IG mais elevado. A percepção de sintomas gengivais, como sangramento, dor ou inchaço geralmente correspondem a sinais clínicos de inflamação que são facilmente percetíveis pelos indivíduos (Bamashmous *et al.*, 2021).

A análise do questionário OHIP-14 revela uma correlação relativamente alta entre a saúde oral e a qualidade de vida dos participantes. Este questionário, que avalia o impacto da saúde oral na vida diária, mostra uma média de 7,30 numa escala que vai de 0 a 43, com um desvio padrão de 9,46, indicando uma grande variabilidade na experiência do impacto que a saúde oral tem na sua qualidade de vida. Estudos documentam a relevância da saúde oral na qualidade de vida, afirmando que problemas dentários frequentes podem levar a um impacto negativo na vida quotidiana (Thomson & Broder, 2018).

Realça-se que os imigrantes residentes em Portugal há menos de 5 anos reportam um impacto maior na qualidade de vida relacionado com os que já vivem em Portugal há mais tempo. A possível explicação é a maior incidência de problemas da cavidade oral ou um acesso mais limitado aos cuidados de saúde (World Migration Report 2020, 2019).

Além disso, a relação entre o uso do fio dentário e o *score* do OHIP-14 reforça a importância da higiene oral na percepção da qualidade de vida. Os que não usam o fio dentário relatam uma pontuação média de impacto de 5,97, contrastando com 7,59 dos que usam fio dentário, propondo que o uso regular do fio dentário pode estar associado a menos problemas dentários e, por conseguinte, a um impacto menor na qualidade de vida. A literatura refere que o fio dentário é um componente basilar na prevenção de doenças periodontais, que por sua vez influencia a qualidade de vida dos indivíduos (Srivastava, 2024).

Os resultados obtidos através do OHIP-14 transparecem fatores importantes do impacto da saúde oral na qualidade de vida, revelando diferenças relativamente ao motivo da consulta. Os participantes que foram ao dentista por rotina ou limpeza reportam um impacto mínimo na qualidade de vida, com uma média de *score* do OHIP-14 de 2,55, o que reflete um estado de saúde oral geralmente bom e uma manutenção preventiva. Em consonância com os estudos efetuados, a eficácia das visitas regulares ao médico (6 em 6 meses) é essencial para a prevenção de condições graves e melhoria da qualidade de vida (Hajek *et al.*, 2022).

Por outro lado, os indivíduos que procuraram tratamento médico-dentário devido a dor ou abscessos apresentam uma média do *score* do OHIP-14 de 10,33, indicando um impacto acentuado na qualidade de vida. Estudos vinculam que a dor na cavidade oral e problemas dentários agudos levam a reduções significativas na qualidade de vida e ao aumento de stress e ansiedade (Haug & Marthinussen, 2019).

Contudo, aqueles que nunca visitaram o dentista apresentam um *score* médio no OHIP-14 de 3,67, sugerindo um baixo impacto, que pode ser atribuído a uma possível negligência de problemas dentários menos grave e, que ainda não evoluíram para situações mais complexas. Yactayo-Albuquerque *et al.* (2021) apoia a ideia de que a falta de visitas regulares ao dentista pode levar a um reconhecimento tardio de problemas dentários, potencialmente exacerbando o impacto na qualidade de vida, ao longo do tempo.

Para além disso, a análise do impacto dos problemas percebidos pelos indivíduos revela que os que relataram problemas nos seus dentes têm um *score* médio do OHIP-14 de 8,62. A percepção de problemas dentários está intrinsecamente ligada a um maior impacto negativo na qualidade de vida, corroborando pesquisas que destacam a forte relação entre a percepção da saúde oral e o bem-estar geral (Paulson *et al.*, 2024).

Os resultados evidenciam que a saúde oral dos migrantes está diretamente relacionada com o impacto negativo da saúde oral na qualidade de vida dos participantes, como indicado pelo forte coeficiente de correlação de *Spearman* entre o OHIP-14 e o CPO (0,838), ou seja, quanto maior é o *score* do OHIP-14, maior é o índice de CPO. Este facto é corroborado pela literatura existente, que associa o aumento dos problemas dentários com um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos. Isso destaca as condições deterioradas da saúde oral, refletidos em valores altos de CPO, estando diretamente ligadas à percepção negativa da qualidade de vida, possivelmente devido ao desconforto, dor e impacto estético que esses problemas podem causar (Matsuyama *et al.*, 2019).

Estes dados sublinham a complexidade das interações entre a saúde oral e a qualidade de vida.

A relação entre a prevalência de doenças orais e a inadequação dos cuidados de saúde oral é bem documentada na literatura. Estudos demonstram que é essencial que os profissionais de saúde oral eduquem os seus pacientes sobre as técnicas adequadas de escovagem. Salientam também que a educação em saúde oral e intervenções preventivas podem reduzir significativamente a incidência de cárie e doença periodontal. A implementação de programas de saúde oral adaptados às necessidades culturais e linguísticas das populações migrantes pode melhorar significativamente o acesso aos cuidados de saúde oral, e consequentemente, a sua qualidade de vida (Dahlan *et al.*, 2019).

1. Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que são importantes para serem evitadas em estudos futuros. Nomeadamente, a amostra reduzida, o que compromete a representatividade, a generalização dos resultados e possível viés de seleção devido à amostra não probabilística.

A barreira linguística foi o maior obstáculo, assim sendo, há a possibilidade das respostas terem sido mal interpretadas, o que dificultou a compreensão adequada das questões colocadas.

V. CONCLUSÃO

Este estudo destacou a complexa interseção entre migração e saúde oral em Portugal, particularmente no contexto de uma população migrante que trabalha no Alentejo. Os dados revelam padrões significativos de comportamento e saúde oral que estão intimamente ligados ao tempo de permanência no país e às práticas culturais adotadas. Observou-se que os migrantes que residem há mais tempo em Portugal tendem a adotar comportamentos, como o aumento do consumo de álcool, que podem impactar negativamente a sua saúde oral. Além disso, os resultados indicam uma alta prevalência de problemas dentários, como cáries ($C=8,5$), gengivite ($IG=24,43\%$) e periodontite ($IP=47,22\%$), associada a comportamentos de saúde inadequados e barreiras no acesso aos cuidados de saúde, exacerbadas por fatores culturais e socioeconómicos.

Estes resultados sugerem que a saúde oral dos migrantes impacta a sua qualidade de vida e é influenciada não apenas pela frequência de escovagem ou pelo uso de fio dentário, mas também pela qualidade dessas práticas e pelo contexto social e cultural em que vivem. A discrepância entre a autoavaliação da saúde oral e o estado clínico real sublinha a necessidade de programas de consciencialização, que vão além da importância da higiene oral, mas também de consciencialização cultural e a perceção de saúde, abordando os riscos associados ao consumo excessivo de álcool e tabaco. Estes programas devem ser implementados para promover uma cultura de consumo mais saudável e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida dessas populações vulneráveis.

É imperativo que as políticas de saúde pública sejam adaptadas para responder às necessidades específicas dos migrantes, incorporando intervenções que promovam comportamentos de saúde mais saudáveis, aumentem a competência cultural dos profissionais de saúde e melhorem o acesso aos serviços de saúde oral.

Em suma, a saúde oral dos migrantes em Portugal reflete uma combinação de desafios sociais, culturais e económicos que impactam a sua qualidade de vida e exigem uma abordagem integrada e adaptada para garantir que esses indivíduos tenham acesso a cuidados de saúde equitativos e eficazes. Os resultados deste estudo sublinham a importância de uma abordagem holística para a promoção da saúde, que considere não apenas os determinantes de saúde individuais, mas também as condições estruturais e culturais que moldam a experiência de saúde dos migrantes em Portugal, melhorando, consequentemente, a sua qualidade de vida.

Não obstante, enfatiza-se a importância de estudos futuros que visem monitorizar hábitos de saúde oral ao longo do tempo, após rastreio/diagnóstico de saúde oral, acompanhados de sessões de capacitação e literacia em saúde.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Acharya, S., Singh, S., & Bhatia, S. K. (2021). Association between Smokeless Tobacco and risk of malignant and premalignant conditions of oral cavity: A systematic review of Indian literature. *Journal of oral and maxillofacial pathology*, 25(2), 371. <https://doi.org/10.4103/0973-029X.325258>
- Afonso, A. P. C. (2014). *Qualidade de Vida relacionada com a saúde Oral: Adaptação Linguística e Cultural do OHIP-14*.
- Bamashmous, S., Kotsakis, G. A., Kerns, K. A., Leroux, B. G., Zenobia, C., Chen, D., Trivedi, H. M., McLean, J. S., & Darveau, R. P. (2021). Human variation in gingival inflammation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 118(27), e2012578118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2012578118>
- Banava, S., Fattah, M., Kharrazifard, M. J., Safaie, T., Askarzadeh, S. H., & Yazdi, M. S., Fazlyab (2012). Clinical comparison of dental caries by DMFT and ICDAS. *The Journal of Islamic Dental Association of Iran*, 24(3), 146–151
- Barata, C., Veiga, N., Mendes, C., Araújo, F., Ribeiro, O., & Coelho, I. (2013). Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 54(1), 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2012.12.001>
- Bodryzlova, Y., & Moullec, G. (2023). Definitions of positive health: A systematic scoping review. *Global Health Promotion*, 30(3), 6-14. <https://doi.org/10.1177/17579759221139802>
- Campos, L. & Caneiro, A. (2010). *Qualidade no PNS 2011-2016*. Alto-comissário da Saúde. Roteiro de Intervenção para Governação em Saúde

- Chaffee, B. W., Rodrigues, P. H., Kramer, P. F., Vítolo, M. R., & Feldens, C. A. (2017). Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community dentistry and oral epidemiology*, 45(3), 216–224. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12279>
- Chaudhary, B., & Jani, K. (2023). Oral health behavior: Structure equation modeling approach. *IP Annals of Prosthodontics and Restorative Dentistry*, 9(2), 79–83. <https://doi.org/10.18231/j.aprd.2023.016>
- Chimbinha, Í. G. M., Ferreira, B. N. C., Miranda, G. P., & Guedes, R. S. (2023). Oral-health-related quality of life in adolescents: umbrella review. *BMC public health*, 23(1), 1603. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16241-2>
- Corrêa, M. S. (2017). *Direito Internacional da Migração: Apontamentos epistemológicos* (Master's thesis).
- Cruz, G. D., Chen, Y., Salazar, C. R., & Le Geros, R. Z. (2009). The association of immigration and acculturation attributes with oral health among immigrants in New York City. *American journal of public health*, 99 Suppl 2(Suppl 2), S474–S480. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.149799>
- Cury, J. A., & Tenuta, L. M. (2009). Enamel remineralization: controlling the caries disease or treating early caries lesions? *Brazilian oral research*, 23 Suppl 1, 23–30. <https://doi.org/10.1590/s1806-83242009000500005>
- Dahlan, R., Ghazal, E., Saltaji, H., Salami, B., & Amin, M. (2019). Impact of social support on oral health among immigrants and ethnic minorities: A systematic review. *PloS one*, 14(6), e0218678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218678>
- Darby, M.L (2012). *Mosby's Comprehensive Review of Dental Hygiene*. (7th ed.). Elsevier.

- Despacho n.º 5201/2021 de 24 de maio. *Diário da República n.º 100, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho nº686/2014 de 15 de janeiro. *Diário da República n.º10, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Do, L. G., & Spencer, A. (2007). Oral health-related quality of life of children by dental caries and fluorosis experience. *Journal of public health dentistry*, 67(3), 132–139. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2007.00036.x>
- Elani, H. W., Harper, S., Thomson, W. M., Espinoza, I. L., Mejia, G. C., Ju, X., Jamieson, L. M., Kawachi, I., & Kaufman, J. S. (2017). Social inequalities in tooth loss: A multinational comparison. *Community dentistry and oral epidemiology*, 45(3), 266–274. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12285>
- Esteves, Alina et al., (2017) Condições de vida e inserção laboral dos imigrantes em Portugal: efeitos da crise de 2007-2008. Observatório das Migrações, ACM. IP, 2017.
- Featherstone J. D. (2004). The continuum of dental caries--evidence for a dynamic disease process. *Journal of dental research*, 83 Spec No C, C39–C42. <https://doi.org/10.1177/154405910408301s08>
- Ferreira, C., Loureiro, C. & Araújo, V. (2004). Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 445-452.
- Feu, D. (2011). Por que o ortodontista deve conhecer a qualidade de vida de seu paciente? *The Dental Press Journal of Orthodontics*, 16(1), 13-16.
- Fiorillo L. (2019). Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(10), 676. <https://doi.org/10.3390/medicina55100676>
- Gerritsen, A. E., Allen, P. F., Witter, D. J., Bronkhorst, E. M., & Creugers, N. H. (2010). Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-

- analysis. *Health and quality of life outcomes* (8), 126. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-126>
- Gill, P., Stewart, K., Chetcuti, D., & Chestnutt, I. G. (2011). Children's understanding of and motivations for toothbrushing: a qualitative study. *International journal of dental hygiene*, 9(1), 79–86. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2010.00442.x>
- Goel, K., Gorkhali, R. S., Pradhan, S., & Gupta, S. (2017). Impact of Smoking and Smoking Cessation on Periodontal Health: A Review. *Journal of Nepalese Society of Periodontology and Oral Implantology*, 1(2), 65–71. <https://doi.org/10.3126/jnspoi.v1i2.23552>
- Góis, Pedro; Marques, José Carlos (2011). “A evolução do sistema migratório lusófono. Uma análise a partir da imigração e emigração portuguesa”, *Revista Internacional em Língua Portuguesa*, 24, 213-231.
- Góis, Pedro; Marques, José Carlos (2018). “Retrato de um Portugal migrante: a evolução da emigração, da imigração e do seu estudo nos últimos 40 anos”, e-cadernos CES. <https://doi.org/10.4000/eces.3307>
- Guan, J., Zhang, D., & Wang, C. (2022). Identifying periodontitis risk factors through a retrospective analysis of 80 cases. *Pakistan journal of medical sciences*, 38(1), 293–296. <https://doi.org/10.12669/pjms.38.1.5205>
- Hajek, A., König, H. H., Buczak-Stec, E., Rose, L. M., Kretzler, B., Spinler, K., Schiffner, U., Aarabi, G., & Walther, C. (2022). Regular childhood dental visits, health-related factors and quality of life in later life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 99, 104585. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104585>
- Hargreaves, S., Friedland, J. S., Gothard, P., Saxena, S., Millington, H., Eliahoo, J., & et al. (2006). Impact on and use of health services by international migrants: Questionnaire survey of inner-city London A&E attenders. *BMC Health Services Research*, 6, 153. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-153>

- Haug SR, Marthinussen MC (2019). Acute Dental Pain and Salivary Biomarkers for Stress and Inflammation in Patients with Pulpal or Periapical Inflammation. *J Oral Facial Pain Headache*. (2):227–233. <https://doi.org/10.11607/ofph.2007>
- Jamieson, L., Peres, M. A., Guarnizo-Herreño, C. C., & Bastos, J. L. (2021). Racism and oral health inequities; An overview. *EClinicalMedicine*, 34, 100827. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100827>
- Jongen, C. S., McCalman, J., & Bainbridge, R. G. (2017). The Implementation and Evaluation of Health Promotion Services and Programs to Improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review. *Frontiers in Public Health*. (5),24. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00024>
- Jurakova, V., Farková, V., Kucera, J., Katerina Dadakova, Zapletalova, M., Katerina Paskova, Reminek, R., Glatz, Z., Lydie Izakovicova Holla, Ruzicka, F., Lochman, J., & Petra Borilova Linhartova. (2023). Gene expression and metabolic activity of *Streptococcus mutans* during exposure to dietary carbohydrates glucose, sucrose, lactose, and xylitol. *Molecular Oral Microbiology*, 38(5), 424–441. <https://doi.org/10.1111/omi.12428>
- Kearns, C. E., Glantz, S. A., & Schmidt, L. A. (2015). Sugar industry influence on the scientific agenda of the National Institute of Dental Research's 1971 National Caries Program: a historical analysis of internal documents. *PLoS medicine*, 12(3), e1001798. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001798>
- Kearns, C. E., & Watt, R. G. (2019). Transnational corporations and oral health: examples from the sugar industry. *Community dental health*, 36(2), 157–162. https://doi.org/10.1922/CDH_SpecialIssueKearns06
- Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet. Global health*, 4(12), e895–e896. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0)

- Kramer, P. F., Feldens, C. A., Ferreira, S. H., Bervian, J., Rodrigues, P. H., & Peres, M. A. (2013). Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community dentistry and oral epidemiology*, 41(4), 327–335. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12035>
- Kumar, V., Abbas, A. K., Aster, J. C., & Perkins, J. A. (2018). Robbins Basic Pathology (10th ed.). Elsevier.
- Lagarto, M. (2021). As faces (in)visíveis do Alcoolismo: o papel do serviço social no diagnóstico e na prevenção nos serviços de apoio e acompanhamento social [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra.
<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/95338/4/AsFaces%28In%29Vis%C3%ADveisdoAlcoolismo%2CMariaIn%C3%AAsLagarto%282020%2904.03.2021.pdf>
- Lagerweij, M. D., & van Loveren, C. (2015). Declining Caries Trends: Are We Satisfied?. *Current oral health reports*, 2(4), 212–217. <https://doi.org/10.1007/s40496-015-0064-9>
- Liccardo, D., Cannavo, A., Spagnuolo, G., Ferrara, N., Cittadini, A., Rengo, C., & Rengo, G. (2019). Periodontal Disease: A Risk Factor for Diabetes and Cardiovascular Disease. *International journal of molecular sciences*, 20(6), 1414. <https://doi.org/10.3390/ijms20061414>
- Lima, J. (2007). Cárie dentária: um novo conceito. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 12 (6), 119-130
- Lisbôa, I. C., & Abegg, C. (2006). Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15(4). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742006000400004>

- Liu, Z., McGrath, C. & Hagg, U. (2009). The Impact of Malocclusion/Orthodontic Treatment Need on the Quality of Life. *The Angle Orthodontist*, 79(3), 585-591. <https://doi.org/10.2319/042108-224.1>
- Locker, D., Jokovic, A., & Tompson, B. (2005). Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. *The Cleft palate-craniofacial journal: official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 42(3), 260–266. <https://doi.org/10.1597/03-077.1>
- Malin, A. J., Wang, Z., Khan, D., & McKune, S. L. (2024). The potential systemic role of diet in dental caries development and arrest: A narrative review. *Nutrients*, 16(10), 1463. <https://doi.org/10.3390/nu16101463>
- Massoni, A. C. D. L. T. (2010). Saúde Bucal Infantil: Conhecimento e Interesse de Pais e Responsáveis. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 10(2), 257–264. <https://doi.org/10.4034/1519.0501.2010.0102.0019>
- Matsuyama, Y., Jürges, H., & Listl, S. (2019). The Causal Effect of Education on Tooth Loss: Evidence From United Kingdom Schooling Reforms. *American journal of epidemiology*, 188(1), 87–95. <https://doi.org/10.1093/aje/kwy205>
- Monteiro, C. (2018). Acesso a cuidados de saúde oral [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36058/1/ulfmd08733_tm_Catarina_Monteiro.pdf
- National Health Workforce Accounts Data Portal (2020). *Notes*. Acedido em 03 de fevereiro de 2024, em <https://apps.who.int/nhwaportal/files/notes.pdf>.
- Okoye, L., & Ekwueme, O. (2011). Prevalence of dental caries in a nigerian rural community: a preliminary local survey. *Annals of medical and health sciences research*, 1(2), 187–195.

OLIVEIRA, Catarina Reis de *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2021*. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 6)

OLIVEIRA, Catarina Reis de *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2023*. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 8)

Ordem dos Médicos Dentistas (2023). *Acesso a cuidados de saúde oral no Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em 01 de fevereiro de 2024, em <https://www.ond.pt/content/uploads/2023/12/de-relatorio-saude-oral-2-0.pdf>.

Ordem dos Médicos Dentistas (2023). *Os Números da Ordem*. Acedido em 01 de fevereiro de 2024, em <https://www.ond.pt/content/uploads/2023/12/numeros-ordem-2023-pt.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (2015). *Sugars intake for adults and children*. Genebra. Acedido em 08 de fevereiro de 2024, em <https://www.who.int/news/item/04-03-2015-who-calls-on-countries-to-reduce-sugars-intake-among-adults-and-children>

Organização Mundial de Saúde (2020). *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Genebra. Acedido em 05 de fevereiro de 2024, em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2022). *Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030*. Genebra. Acedido em 05 de fevereiro de 2024, em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>.

Patel, R. (2012). *The State of Oral Health in Europe*. Acedido em http://www.wfpha.org/tl_files/doc/about/OHWG/BOHEP.pdf

- Paulson, D. R., Chanthavisouk, P., John, M. T., Feuerstahler, L., Chen, X., & Ingleswar, A. (2024). Linking patient-reported oral and general health-related quality of life. *PeerJ*. <https://doi.org/10.7717/peerj.17440>
- Pitts, N. B., Zero, D. T., Marsh, P. D., Ekstrand, K., Weintraub, J. A., Ramos-Gomez, F., Tagami, J., Twetman, S., Tsakos, G., & Ismail, A. (2017). Dental caries. *Nature reviews. Disease primers*, 3, 17030. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.30>
- Reiniger, A. P. P., Maier, J., Wikesjö, U. M. E., Moreira, C. H. C., & Kantorski, K. Z. (2021). Correlation between dental plaque accumulation and gingival health in periodontal maintenance patients using short or extended personal oral hygiene intervals. *Journal of clinical periodontology*, 48(6), 834–842. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13448>
- Rodakowska, E., Mierzynska, K., Bagńska, J. & Jamiolkowski, J. (2014). Quality of Life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Bialystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*, 14(1), 106-114. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-106>
- Salvador, S. M., & Toassi, R. F. C. (2021). Oral health self-perception: physical, social and cultural expressions of a body in interaction with the world. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(1). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310122>
- Sälzer, S., Graetz, C., Dörfer, C. E., Slot, D. E., & Van der Weijden, F. A. (2020). Contemporary practices for mechanical oral hygiene to prevent periodontal disease. *Periodontology 2000*, 84(1), 35–44. <https://doi.org/10.1111/prd.12332>
- 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. B., Perel, P., Pieske, B., Shapira, L., Shechter, M., Tonetti, M., Vlachopoulos, C., ... Wimmer, G. (2020). Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. *Journal of clinical periodontology*, 47(3), 268–288. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13189>

- Sato, Y., Tsuboya, T., Watt, R. G., Aida, J., & Osaka, K. (2018). Temporary employment and tooth loss: a cross-sectional study from the J-SHINE study. *BMC oral health*, 18(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0488-4>
- Selwitz, R. H., Ismail, A. I., & Pitts, N. B. (2007). Dental caries. *Lancet (London, England)*, 369(9555), 51–59. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60031-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60031-2)
- Serafim, F. M. M. P. (2007). *Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas* (Doctoral dissertation).
- Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community dentistry and oral epidemiology*, 28(6), 399–406. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2000.028006399.x>
- Silva, I. D., & Katherine, K. M. (2014). Caries and food diet. *Revista UNINGÁ Review*, 19(3), 44-50.
- Singh, D. M. (2023). Self-reported Oral Health using WHO's Oral Health Assessment Questionnaire. *International Dental Journal*, 73, S52. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2023.07.716>
- Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). Oral Health-related Quality of Life. *Journal of Dental Research*, 90(11), 1264–1270. <https://doi.org/10.1177/0022034511399918>
- Slade, G. (1997). Derivation and validation of a short form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284-290.
- Spanemberg, J. C., Cardoso, J. A., Slob, E. M. G. B., & López-López, J. (2019). Quality of life related to oral health and its impact in adults. *Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery*, 120(3), 234–239. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2019.02.004>

- Srivastava, R. (2024). Quality of life after periodontal therapy. *IP International Journal of Periodontology and Implantology*, 9(1), 21–24. <https://doi.org/10.18231/j.ijpi.2024.006>
- Su, N., van Wijk, A., & Visscher, C. M. (2021). Psychosocial oral health-related quality of life impact: A systematic review. *Journal of oral rehabilitation*, 48(3), 282–292. <https://doi.org/10.1111/joor.13064>
- Tadin, A., & Badrov, M. (2023). Oral Health Knowledge, Self-Assessed Oral Health Behavior, and Oral Hygiene Practices among the Adult General Population in Croatia. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(1), 88. <https://doi.org/10.3390/healthcare12010088>
- Thomson, W. M., & Broder, H. L. (2018). Oral-Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. *Pediatric clinics of North America*, 65(5), 1073–1084. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.015>
- Tiwari, T., Jamieson, L., Broughton, J., Lawrence, H. P., Batliner, T. S., Arantes, R., & Albino, J. (2018). Reducing Indigenous Oral Health Inequalities: A Review from 5 Nations. *Journal of dental research*, 97(8), 869–877. <https://doi.org/10.1177/0022034518763605>
- Velázquez-Cayón, R. T., Contreras-Madrid, A. I., Parra-Rojas, S., & Pérez-Jorge, D. (2022). Oral Health and Pathologies in Migrants and Vulnerable Population and Their Social Impact: The Good Practices of the Intervention Model of a University Dental Clinic. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 353. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010353>
- Vernazza, C. R., Birch, S., & Pitts, N. B. (2021). Reorienting Oral Health Services to Prevention: Economic Perspectives. *Journal of dental research*, 100(6), 576–582. <https://doi.org/10.1177/0022034520986794>
- Wandera, M., Kayondo, J., Engebretsen, I. M., Okullo, I., & Astrøm, A. N. (2009). Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health

- status: a study of 6- to 36-month-olds in Uganda. *International journal of paediatric dentistry*, 19(4), 251–262. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2009.00969.x>
- Watt, R. G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L. M. D., Venturelli, R., Listl, S., Weyant, R. J., Mathur, M. R., Guarnizo-Herreño, C. C., Celeste, R. K., Peres, M. A., Kearns, C., & Benzian, H. (2019). Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet (London, England)*, 394(10194), 261–272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31133-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X)
- Watt, R. G., & Sheiham, A. (2012). Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community dentistry and oral epidemiology*, 40(4), 289–296. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00680.x>
- Wei, Q., Yang, G., Lue, Z., Dou, J., Zang, L., Li, Y., Du, J., Gu, W., & Mu, Y. (2020). Clinical aspects of autoimmune hypothalamitis, a variant of autoimmune hypophysitis: Experience from one center. *The Journal of international medical research*, 48(3), 300060519887832. <https://doi.org/10.1177/0300060519887832>
- Weik, U., Shankar-Subramanian, S., Sämann, T., Wöstmann, B., Margraf-Stiksrud, J., & Deinzer, R. (2023). "You should brush your teeth better": a randomized controlled trial comparing best-possible versus as-usual toothbrushing. *BMC oral health*, 23(1), 456. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03127-3>
- Wong, F. M. F., Ng, Y. T. Y., & Leung, W. K. (2019). Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents-A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4132. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214132>
- World migration report 2020* (com McAuliffe, M., James, & Khadria, B.). (2019). International Organization for Migration.

- Xu, J., Shi, H., Luo, J., Yao, H., Wang, P., Li, Z., & Wei, J. (2022). Advanced materials for enamel remineralization. *Frontiers in bioengineering and biotechnology*, 10, 985881. <https://doi.org/10.3389/fbioe.2022.985881>
- Yactayo-Alburquerque, M. T., Alen-Méndez, M. L., Azañedo, D., Comandé, D., & Hernández-Vásquez, A. (2021). Impact of oral diseases on oral health-related quality of life: A systematic review of studies conducted in Latin America and the Caribbean. *PloS one*, 16(6), e0252578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252578>
- Zhang, J., Sun, M., Zhao, Y., Geng, G., & Hu, Y. (2021). Identification of Gingivitis-Related Genes Across Human Tissues Based on the Summary Mendelian Randomization. *Frontiers in cell and developmental biology*, 8, 624766. <https://doi.org/10.3389/fcell.2020.624766>

VII. ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento informado



Consentimento Informado

Código | IMP:EM,PE,17_03

Monte de Caparica, 20 de outubro de 2023

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final, do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Ana Cristina Manso, solicita-se autorização para a participação no estudo: "Saúde Oral e qualidade de vida numa população migrante" com o objetivo de analisar a percepção de uma população migrante relativamente à sua saúde oral e, consequentemente, como esta influencia a sua qualidade de vida, avaliando também a carie dentária e gengivite na população em estudo, que consiste na seguinte participação: resposta a um questionário com tempo total de resposta aproximadamente de 5 minutos com questões socio-demográficas e sobre o impacto da saúde oral na sua qualidade de vida e medição do índice de placa, carie dentária e gengivite.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como a importância e percepção do estado da saúde oral e, consequentemente, o acesso aos cuidados da mesma, contribuindo também para o progresso do conhecimento nesta área.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

Anexo 2 – Autorização para a utilização do OHIP-14



Inês Gouveia

Autorização para a utilização do questionário OHIP-14

andrea afonso
Para: Inês Gouveia

22 de outubro de 2023 às 21:53

Boa noite,

Felicito-a pela escolha e pertinência do seu estudo.

Enquanto autora principal do estudo de validação, autorizo a utilização do instrumento de avaliação.

Estou ao vosso dispor, caso necessitem.

Votos de boas investigações.

Com os melhores cumprimentos,
Andreia Castro Afonso

Anexo 3 – Autorização da fábrica para efetuar o estudo

Exmo. Senhor Daniel Portelo,

Eu, Inês Maria Costa Gouveia, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa instituição, para a realização da recolha de dados para fins de investigação no âmbito da minha tese de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, com o estudo intitulado "Saúde Oral e qualidade de vida numa população migrante", orientada pela Professora Doutora Cristina Manso, do Instituto Universitário Egas Moniz, da Egas Moniz School of Health and Science.

Irei desenvolver um estudo que procura investigar a perceção dos trabalhadores da empresa *Summerberry* relativamente à sua saúde oral e, consequentemente, como esta influência a sua qualidade de vida e, ao mesmo tempo, avaliar a carie dentária e gengivite na população em estudo. Para tal, irei utilizar o questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14), para medir a qualidade de vida e aplicarei índices de observação oral para Carie dentária e gengivite.

Assim, gostaria de solicitar formalmente a sua autorização para a utilização da empresa *Summerberry* como local de recolha de dados sobre a população imigrante, aplicando o questionário em cima mencionado. Os dados recolhidos são confidenciais e, em nenhum momento, os participantes serão identificados. A informação será recolhida e armazenada numa base de dados com acesso restrito tendo de ser assinado o consentimento informado, livre e esclarecido. O estudo será submetido à comissão de ética da Egas Moniz e só após a sua aprovação daremos início ao mesmo.

Agradeço a disponibilidade e a atenção.
Com os melhores cumprimentos,
Inês Gouveia



Monte da Caparica,
Data: 4 de Dezembro de 2023

Eu, Daniel Portelo, na qualidade de representante da empresa *The Summer Berry Portugal, SA* autorizo a realização do presente estudo,

Assinatura: 

Representante da empresa *The Summer Berry Portugal, SA*

Anexo 4 – Aprovação da Comissão de Ética da Egas Moniz



Comissão de Ética EGAS MONIZ

Plataforma: PT-439/23
Processo Interno nº1347

Ex.ma Senhora
Inês Maria Costa Gouveia

Monte de Caparica, 25 de janeiro de 2024.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado "**Saúde Oral e qualidade de vida numa população migrante**", foi aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Profª Doutora Cidália de Castro