



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**A INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS DE HIGIENE ORAL NA
QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO GERIÁTRICA DA
CLÍNICA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ – ESTUDO PILOTO**

Trabalho submetido por
Kateryna Rudysh
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2021



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**A INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS DE HIGIENE ORAL NA
QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO GERIÁTRICA DA
CLÍNICA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ – ESTUDO PILOTO**

Trabalho submetido por

Kateryna Rudysh

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

Prof. Doutor Luís Proença

e coorientado por

Mestre Inês Caetano Santos

setembro de 2021

“Escolhe um trabalho de que gostes e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida”

(Confúcio)

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento ao meu orientador, Prof. Doutor Luís Proença, por toda a ajuda fornecida ao longo da realização do estudo, pelo conhecimento partilhado, disponibilidade e rapidez na elaboração da análise estatística.

O meu especial agradecimento e carinho à Mestre Inês Caetano Santos, que como coorientadora guiou-me ao longo desta aventura. Pela sua compreensão, incentivo, apoio, disponibilidade, envolvimento, partilha de conhecimento e simpatia.

Ao Prof. Doutor José João Mendes, que sempre incentivou e encaminhou-me durante a investigação.

Aos meus Pais, pela oportunidade, confiança e pelo exemplo de pessoas que são, à irmã, avós e amigos pelo apoio incondicional e por acreditarem em mim.

Aos colegas de box, com os quais tive o prazer de trabalhar e aprender. Um especial obrigado à box 38, à Sofia e à Beatriz com quem tanto aprendi e pelo apoio e amizade .

A todos os Professores, Colegas e Funcionários com quem me cruzei, nesta jornada de 5 anos, pelos ensinamentos, pelo espírito académico e carinho.

A todos os participantes do estudo que no seu anonimato permitiram a sua realização. Pela partilha do seu tempo, conhecimento e história de vida.

RESUMO

Objetivo: Avaliar os hábitos de higiene oral, a qualidade de vida e a relação da qualidade de vida com dados sociodemográficos e os hábitos de higiene oral da população geriátrica.

Materiais e Métodos: Durante 7 meses, recolheu-se uma amostra aleatória de 150 participantes com 65 ou mais anos, não institucionalizados, utentes da Clínica Dentária Egas Moniz. Aplicou-se um questionário, recolhendo dados sociodemográficos e informação sobre hábitos de higiene oral e qualidade de vida através do *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI). Consideraram-se “bons hábitos de higiene oral” lavar os dentes duas ou mais vezes por dia, sendo uma delas à noite e usar dispositivo interdentário e/ou colutório. Recorreu-se a metodologias de análise estatística descritiva e inferencial dos dados, sendo estabelecido um nível de significância de 5%.

Resultados: Na amostra estudada, 37,3% dos indivíduos apresentaram valores elevados de índice GOHAI. O sexo masculino evidenciou valores significativamente mais elevados de GOHAI ($p=0,042$) e, especificamente, no domínio físico ($p=0,032$). Participantes que vivem sozinhos obtiveram valores de GOHAI no domínio da dor/desconforto significativamente mais reduzidos ($p=0,025$). O uso de dispositivo interdentário e não sentir necessidade em usar prótese também se identificaram com valores de GOHAI significativamente mais elevados. A maior parte dos indivíduos (65,3%) apresenta boa higiene oral, especialmente os do sexo feminino ($p=0,016$) e os que possuem elevado nível de instrução ($p=0,006$). Não se verificou uma associação significativa entre a higiene oral e classificação pelos valores de GOHAI.

Conclusão: Indivíduos do sexo masculino, que vivem acompanhados, higienizam a cavidade oral, usam dispositivo interdentário e não sentem necessidade em usar prótese apresentaram melhores indicadores de qualidade de vida. A maioria dos participantes apresentou bons hábitos de higiene oral. Verificou-se que o sexo e o nível de instrução têm uma associação significativa com os hábitos de higiene oral.

Palavras-chave: idosos, GOHAI, população geriátrica, saúde oral

ABSTRACT

Objectives: Evaluate oral hygiene habits, quality of life and the relationship between quality of life and sociodemographic characteristics and oral hygiene habits in the elderly.

Methods: An aleatory sample of 150 participants, was obtained, for 7 months, with age 65 years or more, non-institutionalized and patients of Clínica Dentária Egas Moniz. It was applied a questionnaire about sociodemographic data, oral cleaning habits and oral health-related quality of life (OHRQoL) was obtained through Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). It was considered having “good oral hygiene habits”, brushing twice or more a day and one of it must be at night, and using interdental cleaning aids (ICA) or mouthrinses. Descriptive and inferential statistical analyze methodologies was used with a significance level of 5%.

Results: In the studied sample, 37.3% had a high value of GOHAI. The male interviewers had more tendency to have higher GOHAI self-perception ($p=0,042$), and especially in the physical domain ($p=0,032$). Participants that lived alone mostly had the pain/discomfort domain lower ($p=0,025$). The use of ICA and don't having the need to use a prosthesis had higher GOHAI values. In the sample, 65.3% of the population had good oral hygiene habits, especially women ($p=0,016$) and participants with a higher educational level ($p=0,006$). No association between good oral hygiene habits and GOHAI was found.

Conclusion: Male, not living alone, who cleaned their oral cavity, used floss and didn't have a need to use dental prosthesis had better GOHAI values. Overall, the participants exhibit good oral hygiene habits. OHRQoL was not found to be related to oral hygiene habits but, was observed that gender and education have a significant relationship with good oral hygiene.

Keywords: Elderly, GOHAI, geriatric population, oral health

ÍNDICE GERAL

1	Introdução.....	15
1.1	População Geriátrica no Mundo.....	15
1.2	População Geriátrica em Portugal	15
1.3	Envelhecimento	18
1.4	Caracterização do Idoso	19
1.4.1	Saúde do idoso	19
1.4.2	Saúde oral no idoso	21
1.4.2.1	Alterações da estrutura dentária	22
1.4.2.2	Cárie dentária	22
1.4.2.3	Perda dentária e edentulismo.....	23
1.4.2.4	Doença periodontal	25
1.4.2.5	Xerostomia e hipossalialia	25
1.4.2.6	Lesões na mucosa oral	27
1.4.2.7	Lesões na mucosa associadas ao uso de prótese	27
1.4.2.8	Lesões pré-malignas e malignas.....	28
1.5	Higiene Oral.....	28
1.5.1	Higiene oral no idoso	28
1.5.2	Saúde oral e Higiene Oral – Impacto na Qualidade de Vida	30
1.6	Qualidade de Vida.....	30
1.6.1	Índices de avaliação da Qualidade de Vida.....	31
1.7	Estudos na População Geriátrica Portuguesa	33
1.8	Questionário.....	34
2	Objetivo.....	37
2.1	Hipóteses de Estudo	37
2.1.1	Hipótese Nula (H0):	37
2.1.2	Hipótese Alternativa (H1):	38
3	Materiais e Métodos	39
3.1	Amostra.....	39

3.2	Critérios de Inclusão	39
3.3	Critérios de Exclusão	40
3.4	Comissão de Ética	40
3.5	Variáveis Estudadas.....	41
3.6	Tratamento Estatístico.....	41
4	Resultados	43
4.1	Caracterização da Amostra.....	43
4.1.1	Idade	43
4.1.2	Género	43
4.1.3	Área de residência e estado civil e se vive sozinho.....	44
4.1.4	Situação profissional e fonte de rendimento	45
4.1.5	Nível de instrução	46
4.2	Análise Descritiva dos Dados de Saúde Oral.....	47
4.3	Análise Descritiva dos Dados de Qualidade de Vida Relacionados com a Saúde Oral (GOHAI).....	52
4.4	Análise Estatística dos Dados de Qualidade de Vida Relacionados com a Saúde Oral (GOHAI).....	54
4.4.1	Distribuição dos valores do GOHAI segundo as faixas etárias	54
4.4.2	Distribuição dos valores do GOHAI segundo o género.....	56
4.4.3	Distribuição dos valores do GOHAI segundo zona de residência	57
4.4.4	Distribuição dos valores do GOHAI segundo o estado civil	59
4.4.5	Distribuição dos valores do GOHAI segundo o nível de instrução	61
4.4.6	Distribuição dos valores do GOHAI segundo a vivência do inquirido (sozinho/acompanhado)	63
4.4.7	Distribuição dos valores do GOHAI segundo os hábitos de higienização da cavidade oral.....	64
4.4.8	Distribuição dos valores do GOHAI segundo o uso de agentes complementares de higienização.....	67
4.4.9	Distribuição dos valores do GOHAI segundo a necessidade do uso de prótese	70
4.4.10	Higiene oral e dados sociodemográficos.....	72

4.4.11	Higiene oral e GOHAI	76
5	Discussão	77
6	Conclusões.....	83
7	Relevância Clínica	85
8	Perspetivas Futuras.....	87
9	Bibliografia	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Cenário de projeção da população portuguesa, segundo a hipótese de evolução central, 2018 e 2080. Adaptado de INE (2020a).....	17
Tabela 2- Anos de vida aos 65 anos por sexo, Anual- PORDATA. Adaptado de PORDATA (2021)	17
Tabela 3- Anos de vida saudável aos 65 anos por sexo, Anual- INE. Adaptado de INE (2020a)	17
Tabela 4 - Associação entre patologias a nível da saúde geral com patologias na cavidade oral. Adaptado de Kandelman, D., Petersen, P. E., & Ueda, H. (2008).....	20
Tabela 5- Percentagem ponderada da incidência de lesões orais na população portuguesa com idades compreendidas entre os 65-74 anos. Adaptado de DGS (2015)	27
Tabela 6- População geriátrica que frequentou a Clínica Dentária Egas Moniz entre dezembro de 2020 e junho de 2021.....	39
Tabela 7- Distribuição da amostra segundo a idade e as faixas etárias 65-74 anos e 75+ anos	43
Tabela 8- Distribuição da amostra segundo o género	43
Tabela 9- Distribuição da amostra segundo a situação profissional	45
Tabela 10- Distribuição da amostra segundo a fonte de rendimento	46
Tabela 11- Distribuição da amostra segundo a frequência da lavagem dos dentes e ou prótese	48
Tabela 12- Distribuição das frequências segundo a altura do dia em que se realiza a higienização.....	48
Tabela 13- Distribuição das frequências segundo o dispositivo interdentário.....	51
Tabela 14- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI (total), e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto)	53
Tabela 15- Valores de média, mediana, valor mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo as faixas etárias (anos).....	55

Tabela 16- Valores de média, mediana, valor mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto), segundo o género (M/F)	57
Tabela 17 - Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo a zona de residência.....	58
Tabela 18- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto), segundo o estado civil.....	60
Tabela 19 - Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto), segundo o nível de instrução	62
Tabela 20- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo a vivência do inquirido (sozinho/acompanhado)	64
Tabela 21- Valores registados relativamente ao GOHAI, e respetivos domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) de acordo com a higienização da cavidade oral e ou prótese	65
Tabela 22- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo o uso ou não de dispositivo interdentário	68
Tabela 23- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo o uso ou não de colutório.....	69
Tabela 24- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo a necessidade de uso de prótese	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmide etária da população portuguesa. Adaptado de INE (2020a).....	16
Figura 2 - Envelhecimento, cárie, periodontite e perda dentária. Adaptado de Lamster (2016).....	23
Figura 3- Distribuição da amostra segundo a zona de residência	44
Figura 4- Distribuição da amostra segundo o estado civil	44
Figura 5- Distribuição da amostra segundo a vivência sozinho ou acompanhado.....	45
Figura 6- Distribuição da amostra segundo o nível de instrução	47
Figura 7- Distribuição da amostra segundo a higienização dos dentes e ou prótese	48
Figura 8- Distribuição da amostra segundo o tipo de escova utilizada.....	49
Figura 9- Distribuição da amostra segundo o uso de colutório.....	50
Figura 10- Distribuição da amostra segundo o uso de dispositivo interdentário	50
Figura 11- Distribuição da amostra segundo a necessidade do uso de prótese.....	51
Figura 12- Distribuição da amostra segundo o hábito de dormir com a prótese.....	52
Figura 13- Distribuição da amostra segundo os valores do GOHAI.....	53
Figura 14- Distribuição das classes do GOHAI segundo as faixas etárias 65-74 e 75+.....	55
Figura 15- Distribuição das classes do GOHAI segundo o género.....	56
Figura 16- Distribuição das classes do GOHAI segundo a zona de residência	58
Figura 17- Distribuição das classes do GOHAI segundo o estado civil	59
Figura 18- Distribuição das classes do GOHAI segundo o nível de instrução	61
Figura 19- Distribuição das classes do GOHAI segundo vive sozinho ou acompanhado	63
Figura 20- Distribuição das classes do GOHAI segundo a lavagem dos dentes e ou prótese	65
Figura 21- Distribuição das classes do GOHAI segundo o uso de dispositivo interdentário	67
Figura 22- Distribuição das classes do GOHAI segundo o uso de colutório.....	69

Figura 23- Distribuição das classes do GOHAI segundo a necessidade do uso de prótese	70
Figura 24- Distribuição da classificação da Higiene Oral por faixa etária	73
Figura 25- Distribuição da classificação da Higiene Oral em função do sexo dos inquiridos.....	74
Figura 26- Distribuição da classificação da Higiene Oral em função da zona de residência	74
Figura 27- Distribuição da classificação da Higiene Oral segundo a vivência habitacional dos indivíduos (sozinhos ou como coabitantes).....	75
Figura 28- Distribuição da classificação da Higiene Oral segundo o nível de instrução.	75
Figura 29- Distribuição da classificação da Higiene Oral segundo as classes do GOHAI.	76

LISTA DE SIGLAS

CDEM – Clínica Dentária Egas Moniz

CPOD – Dentes Definitivos Cariados, Perdidos ou Obturados

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ENPDO – Estudo Nacional de Prevalência de Doença Orais

FDI – Federação Dentária Internacional

GOHAI – *Geriatric Oral Health Assessment Index*

IG – Índice Gengival

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSF – Inquérito Nacional de Saúde Física

IP – Índice Periodontal

OHIP – *Oral Health Impact Profile*

OHRQoL – *Oral Health-Related Quality of Life*

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial da Saúde

QdV – Qualidade de Vida

QdVRSO – *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral*

SARS-CoV-2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2

STEPS – *STEPStwise for Surveillance*

1 INTRODUÇÃO

1.1 POPULAÇÃO GERIÁTRICA NO MUNDO

A população mundial tem vindo a envelhecer como consequência do desenvolvimento e evolução científica, tecnológica, social e económica, nomeadamente na melhoria a nível da fertilidade, redução da mortalidade, desenvolvimento social e económico, planeamento familiar, maior acesso à educação, melhoria das condições de vida, maior acesso aos cuidados médicos, assim como a melhoria dos mesmos. O envelhecimento da população está mais acentuado em países de elevado rendimento, mas tem aumentado também nos que estão em desenvolvimento. Em 2015, o Japão tinha a população com idades mais avançadas no mundo - 33% da população com mais de 60 anos - sendo seguido pela Alemanha (28%) e Finlândia (27%) (Andrade, 2013; Antunes, 2013; Kanasi et al., 2016; United Nations, 2015; OMS, 2021).

Estudos epidemiológicos da população mundial estimam que 13,5% da população tenha mais de 60 anos e esta tende a aumentar atingindo um valor de 22% até 2050. Este crescimento tem um impacto em diversos domínios, nomeadamente no social e económico. Devido a este aumento, há uma expectativa mais alta no que concerne ao bem-estar, saúde, produtividade e qualidade de vida dos mais velhos. Assim, tem existido uma procura para proporcionar um envelhecimento digno e com Qualidade de Vida (QdV) (Andrade, 2013; Kanasi et al., 2016; OMS, 2021)

Observando os acontecimentos a nível mundial mais recentes, a situação pandémica causada pelo SARS-CoV-2, evidenciou a vulnerabilidade da população idosa, pelo aumento de vítimas mortais causadas pelo vírus assim como por outras patologias, que não tiveram a atenção necessária neste período (Ahammed et al., 2021; Daoust, 2020).

1.2 POPULAÇÃO GERIÁTRICA EM PORTUGAL

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2017), indivíduos que tenham 65 anos ou mais, em Portugal são considerados idosos. Em comparação com outras faixas etárias,

a população geriátrica portuguesa teve um aumento mais acentuado devido à melhoria das condições de vida. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020b), a população idosa residente em Portugal, tenderá a aumentar de 2,2 milhões para 3,0 milhões, entre 2018 e 2080. O crescimento da população idosa, juntamente com o decréscimo da população jovem (Figura 1), pode resultar no aumento do índice de envelhecimento em Portugal, que irá praticamente duplicar até 2080. Estima-se que os 159 idosos por cada 100 jovens, que se observam atualmente, passem então a ser 300 idosos por cada 100 jovens (INE, 2020b).

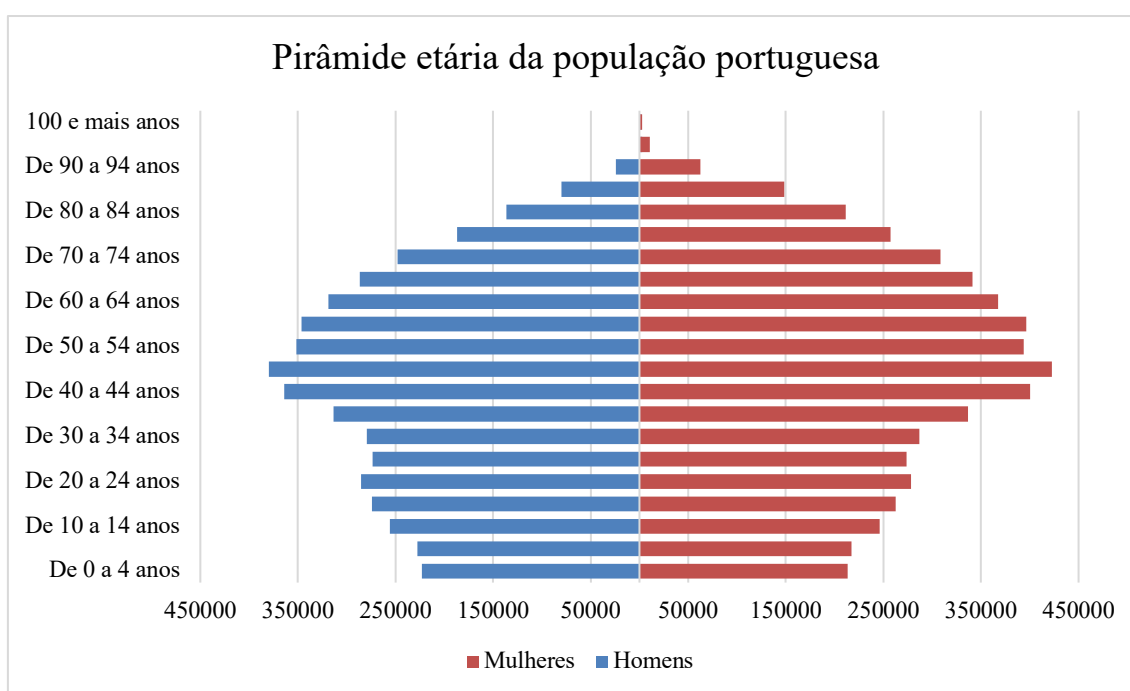


Figura 1- Pirâmide etária da população portuguesa. Adaptado de INE (2020a)

O aumento da população idosa, do índice de envelhecimento e do índice de longevidade, este último que se traduz numa maior esperança de vida (Tabela 1), permitem dar maior visibilidade às patologias características da idade geriátrica. Esta realidade requer a reorganização das estruturas sociais, de cuidados de saúde progressivamente melhores, de modo a elevar a QdV desta população. Com o aumento da longevidade do ser humano (Tabela 2), espera-se que aumente o número de anos de vida com saúde e QdV (

Tabela 3) (INE, 2020a, 2020b; PORDATA, 2021).

Tabela 1- Cenário de projeção da população portuguesa, segundo a hipótese de evolução central, 2018 e 2080. Adaptado de INE (2020a)

	2016-2018		2080	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Esperança de vida à nascença	77,8 anos	83,4 anos	87,9 anos	93,3 anos

Tabela 2- Anos de vida aos 65 anos por sexo, Anual- PORDATA. Adaptado de PORDATA (2021)

		2015	2016	2017	2018	2019
Anos de vida aos 65 anos	Homens	17,4	17,6	17,6	17,7	17,8
	Mulheres	20,7	20,8	20,9	21,0	21,1

Tabela 3- Anos de vida saudável aos 65 anos por sexo, Anual- INE. Adaptado de INE (2020a)

		2015	2016	2017	2018	2019
Anos de vida saudável aos 65 anos	Homens	7,0	7,7	7,9	7,8	7,9
	Mulheres	5,4	6,4	6,7	6,9	6,9

1.3 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo natural, progressivo, irreversível, individual, que afeta todos os seres vivos e que tem o seu término na morte. Este poderá ser visto como um processo biológico, patológico, socioeconómico ou psicossocial. Existem diversas teorias do envelhecimento sendo que há dois grupos major na sua divisão - as teorias biológicas e as teorias psicossociais. Nas teorias biológicas engloba-se a teoria imunitária, genética, dos radicais livres, do erro de síntese proteica, neuro-endócrina e do desgaste. Relativamente às teorias que se enquadram no grupo das psicossociais, englobam-se a teoria da desinserção, da atividade e da continuidade. Nenhuma das teorias acima referidas explica o envelhecimento, mas sim, a conjugação e combinação de diversas teorias que resulta no envelhecimento do indivíduo, sendo esta combinação variável de indivíduo para indivíduo. É importante destacar que nem sempre há concordância entre a idade cronológica e a biológica (Mota et al., 2004).

O envelhecimento é resultado de melhorias a nível dos cuidados médicos e sociais, mas, em contrapartida, acarreta novas doenças características desta população, uma vez que, esta torna-se mais vulnerável e propícia a desenvolvê-las (Andrade, 2013).

No *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2015, há dois conceitos importantes no que concerne à saúde e funcionamento na idade geriátrica: a capacidade intrínseca, associada às capacidades mentais e físicas do indivíduo, e a capacidade funcional, que resulta da junção da capacidade intrínseca com os fatores extrínsecos – ambientais – favoráveis. Segundo a OMS (2015), o Envelhecimento Saudável é “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade que permite o bem-estar em idade avançada.”. Todos devemos caminhar para um envelhecimento saudável e ativo. Por envelhecimento ativo e saudável entende-se ainda a combinação da melhoria das condições de acesso à saúde, segurança e participação na sociedade de modo a tornar a QdV da população que está a envelhecer melhor (DGS, 2017).

O processo de envelhecimento é único, pois varia de indivíduo para indivíduo e pode ser acelerado ou retardado por diversos fatores nomeadamente sociais, biológicos e psíquicos. A população, que está a envelhecer, cada vez mais se depara com as morbidades e comorbidades (Andrade, 2013; Kanasi et al., 2016).

De forma geral, com o envelhecer, a autopercepção do indivíduo idoso tende a ser menos exigente que a do profissional de saúde, levando à ausência/diminuição da necessidade sentida (Masood et al., 2017; Pires, 2009).

1.4 CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO

1.4.1 SAÚDE DO IDOSO

A saúde é difícil de definir e igualmente complicada de avaliar. Como foi referido anteriormente, com o avançar da idade, e com o progredir do processo biológico - o envelhecimento - há uma panóplia de alterações degenerativas. A perda de integridade fisiológica, devido ao degradar funcional do organismo, leva ao aparecimento de patologias como a doença cardiovascular, diabetes *mellitus*, cancro, doenças neurológicas ou artrite (Albeny & Santos, 2018; Fattori et al., 2019; Guevara-Canales et al., 2018; Lopez-Otin et al., 2013 *as cited in* Kanasi et al., 2016).

Segundo Kandelman et al. (2008), como é possível observar na Tabela 4, a saúde geral do indivíduo tem impacto na saúde oral, sendo estas interdependentes. Há repercussões dos problemas da cavidade oral na saúde geral, como por exemplo, a doença periodontal ter impacto ao nível da diabetes *mellitus*, artrite reumatoide, doença cardiovascular (arteriosclerose), cancro, nomeadamente da cabeça e pescoço, doenças respiratórias como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Alzheimer e outras patologias do foro cognitivo (Genco & Sanz, 2020; Hussain et al., 2020; Kandelman et al., 2008; Petersen et al., 2005).

Tabela 4 - Associação entre patologias a nível da saúde geral com patologias na cavidade oral. Adaptado de Kandelman, D., Petersen, P. E., & Ueda, H. (2008)

Saúde Geral	Saúde Oral
Doenças do foro mental, incluindo demência e Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado nível de cáries • Perda dentária • Doença periodontal/ higiene oral afetada ou negligenciada • Experiência de dor • Dificuldades a mastigar • Funcionamento das próteses deficiente
Perda da acuidade visual	<ul style="list-style-type: none"> • Cárie dentária • Hemorragia gengival • Reduzida capacidade de manter a saúde oral
Xerostomia associada a doenças sistémicas, radiação na zona da cabeça e pescoço, polimedicação ou consumo regular de medicação	<ul style="list-style-type: none"> • Cárie dentária/ radicular • Candidíase • Mastigação, deglutição e fala afetadas
Nutrição desadequada (estando afetada a resposta imunitária)	<ul style="list-style-type: none"> • Doença periodontal • Perda dentária • Fraca higiene oral • Função mastigatória e deglutição • Paladar • Boca seca • Dor na cavidade oral • Cancro oral
Perda de peso	<ul style="list-style-type: none"> • Edentulismo
Doenças respiratórias Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) Pneumonia por aspiração	<ul style="list-style-type: none"> • Fraca higiene oral • Doença periodontal • Dificuldade em deglutir
Doença cardiovascular: Doença arterial coronária Acidente vascular cerebral (AVC)	<ul style="list-style-type: none"> • Perda dentária • Doença periodontal severa (perda óssea, bolsas profundas)
Diabetes <i>mellitus</i> (tipo 1, tipo 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Doença periodontal severa
Cancro Oral	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde e higiene oral em condições precárias

Apesar da população geriátrica ser a que mais necessita e usufrui dos cuidados de saúde, tal não se aplica no que concerne à saúde oral pois os idosos frequentemente só procuram cuidados profissionais em caso de algum problema ou algia. Os cuidados de saúde oral são maioritariamente utilizados com intuito curativo e reparador, em vez do carácter preventivo (Maille et al., 2017).

1.4.2 SAÚDE ORAL NO IDOSO

Conforme a Federação Dentária Internacional (FDI, 2016) definiu, no *FDI Annual World Dental Congress*, em 2016, a saúde oral “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.” A OMS define como “um estado livre de dores crónicas na boca e no rosto, de cancro oral e de garganta, de infeções e feridas orais, de doença periodontal, de cárie dentária, de perda dentária e outras doenças e distúrbios que limitam a capacidade de um indivíduo morder, mastigar, sorrir, falar e bem-estar psicossocial” (OMS, 2003).

A saúde oral tem impacto a nível da capacidade mastigatória, na fonética, paladar e estética, pelo que pode afetar a QdV. Segundo alguns estudos epidemiológicos, há uma grande heterogeneidade no que concerne à saúde oral em diferentes países (Petersen et al., 2010).

A saúde tem um grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos e, apesar de a saúde da cavidade oral estar englobada no conceito, frequentemente, é vista como um domínio à parte. Tratamentos a nível da cavidade oral tendem a melhorar os índices de saúde e longevidade dos pacientes (Cho et al., 2018; Watanabe et al., 2020).

Devido as alterações fisiológicas que acontecem com o envelhecer, o idoso apresenta características propícias ao desenvolvimento de doenças, nomeadamente na cavidade oral como a cárie dentária, periodontite, dor orofacial, lesões benignas na cavidade oral, cancro oral, alterações do paladar, edentulismo e ainda diminuição da produção salivar e capacidade mastigatória. A saúde oral na população geriátrica, segundo alguns estudos, é precária. A falta de independência, polimedicação, dificuldades económicas em aceder aos cuidados, medo dos tratamentos, são fatores que propiciam à

deficiente saúde oral no idoso. Idealmente, deveriam ser mantidos em boca, os dentes são por maior período de tempo possível, uma tendência que tem vindo a ganhar destaque devido a um maior e melhor acesso aos cuidados de saúde oral, melhoria dos hábitos de higiene oral e fluoretação das águas (Andrade, 2013; Ástvaldsdóttir et al., 2018; Kanasi et al., 2016; Loureiro, 2018; Ngo et al., 2018; Shao et al., 2018).

1.4.2.1 Alterações da estrutura dentária

Em todo o organismo ocorrem alterações inerentes ao envelhecimento na cavidade oral, e as estruturas dentárias não são exceção. Ao longo da vida, podem existir movimentações a nível de estruturas dentárias, como a mesialização; abrasão, processo que ocorre por ação mecânica - como a escovação vigorosa; atrição, que é evidenciada pelo bordo incisal mais plano causado pela mastigação, podendo também ser causada pelo bruxismo (excêntrico); a erosão, originada pela dissolução da estrutura dentária devido à exposição de substâncias ácidas, como é o exemplo do refluxo gastro-esofágico, provocado pela perda de tónus dos esfíncteres. Também ao longo da vida, há uma constante deposição de dentina, pelo que os pacientes idosos têm em maior quantidade. Esta deposição de dentina, de forma fisiológica e também a que é formada de modo reparador e reativo, leva a um escurecimento do dente e a uma diminuição da câmara pulpar e canais (Petersen et al., 2005; Razak et al., 2014; Santos & Souza, 2018).

1.4.2.2 Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença multifatorial, mediada pelos ácidos produzidos pelo biofilme aquando da presença de açúcares (substrato) que resultam na desmineralização da estrutura dentária. Há um maior processo de desmineralização aquando de uma exposição mais prolongada ao substrato (Figuro et al., 2017; Pitts et al., 2017).

Aproximadamente 100% da população idosa já teve ou tem lesões de cárie. Os fatores de risco de desenvolvimento da cárie dentária poderão ser a polimedicação, que pode causar xerostomia como efeito colateral, a incapacidade de ter os hábitos de higiene

oral adequados, a redução da função mastigatória, as alterações na composição da saliva, ou a exposição radicular por recessão gengival (Gil-Montoya, 2019).

Foi verificada uma associação entre a doença periodontal e a cárie. Com o avançar da idade e o evoluir da doença periodontal, que por sua vez leva à exposição radicular, a raiz (cimento) tem uma composição diferente da coroa do dente (esmalte), e por isso, tende a ser mais suscetível ao aparecimento de cárie – a cárie radicular (Figura 2). Na população idosa, a cárie mais frequentemente encontrada é a cárie radicular (Lamster, 2016; Usuga-Vacca et al., 2021; Yu et al., 2021).

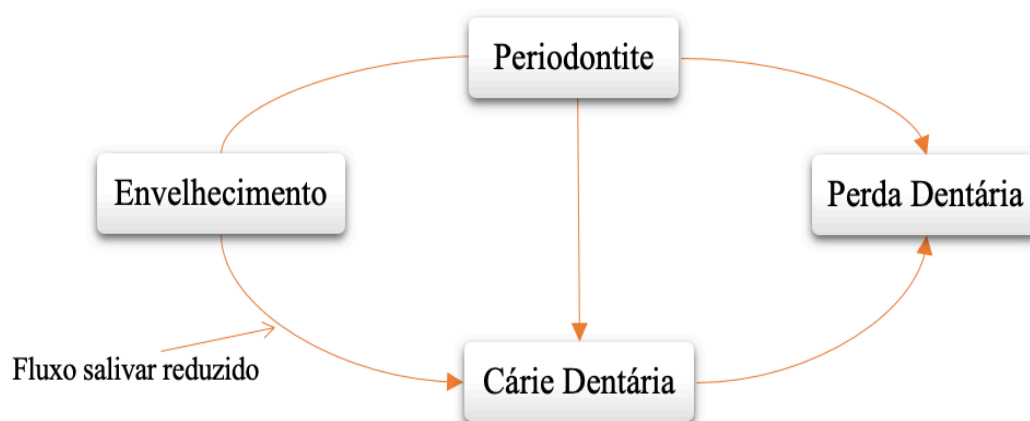


Figura 2 - Envelhecimento, cárie, periodontite e perda dentária. Adaptado de Lamster (2016)

1.4.2.3 Perda dentária e edentulismo

A perda dentária não é uma das consequências naturais do envelhecimento. Frequentemente, é o resultado cumulativo de falhas ao nível dos cuidados de saúde oral ao longo da vida. A taxa de pessoas desdentadas tem diminuído com o passar dos anos, mas o aumento da esperança média de vida propicia a que a proporção, com o avançar da idade, aumente. Segundo o estudo de Chung et al. (2011), o número de dentes perdidos está associado com o avançar da idade (Gil-Montoya et al., 2015; Lamster et al., 2016).

A cárie dentária e a doença periodontal são das principais causas da perda de peças dentárias. Segundo Hussain et al. (2020), os pacientes com artrite reumatoide e com periodontite tiveram um maior número de dentes perdidos. Em Portugal, no estudo de Melo et al. (2017), mulheres, com baixo nível socioeconómico e com mais de 65 anos têm maior risco de perda dentária. No *Barómetro de Saúde Oral* (OMD, 2019), apenas 31% da população portuguesa tem todos os dentes, o que significa que praticamente 70% tem falta de dentes naturais e no *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís 6, 12, 18, 35-44, 65-74 anos* (III ENPDO), na faixa etária dos 65-74 anos, observou-se o maior valor de dentes perdidos, avaliado pelo Índice CPOD (Côrte-Real et al., 2011; DGS, 2019; Haworth et al., 2018; OMD, 2019).

Para além dos causadores de perda dentária anteriormente referidos, a elevada percentagem de indivíduos edêntulos em Portugal é também consequência de os acessos aos cuidados de saúde oral básicos ter sido escasso, há algumas décadas e os tratamentos realizados eram mais invasivos, o consumo de tabaco e também devido à institucionalização durante um longo período de tempo (Côrte-Real et al., 2011; Ferreira et al., 2008; Ikebe et al., 2012; Petersen & Yamamoto, 2005).

A perda de peças dentárias, segundo Gaewkhiew et al. (2019), tem impacto no ganho de peso e obesidade, mas também na perda de peso. No caso de as zonas edêntulas não serem reabilitadas, a falta de peças dentárias leva a uma alteração da dieta, dado que a função mastigatória pode ficar comprometida. Segundo alguns estudos, pacientes portadores de próteses totais tendem a adotar uma dieta menos saudável, quando comparados com pessoas com dentição natural (Gil-Montoya et al., 2015; Jauhiainen et al., 2017; Su et al., 2020).

Segundo alguns estudos, idosos com espaços edêntulos tendem a possuir uma autoestima mais baixa que, por sua vez, pode levar a uma diminuição na participação na vida social e, conseqüentemente, ao isolamento. A ausência de peças dentárias tem um grande impacto em diversos domínios da vida do indivíduo, pelo que influencia negativamente a QdV (Gerritsen et al., 2010; Masood et al., 2017).

1.4.2.4 Doença periodontal

A doença periodontal é considerada uma doença inflamatória, crónica, de origem microbiológica. Esta patologia é a maior causa de perdas dentárias na população adulta, pelo que a presença desta é diretamente proporcional à perda dentária (Arabaci & Demir, 2013; Chung et al., 2011; Figuero et al., 2017; Gil-Montoya et al., 2015; Hussain et al., 2020; Lamster et al., 2016).

Quando existe uma acumulação de placa bacteriana ao nível da margem gengival e abaixo desta, pode ser induzida a destruição do periodonto como uma resposta exacerbada do sistema imunitário, o que pode levar ao desenvolvimento desta patologia crónica (Figuero et al., 2017).

A idade, o nível de instrução, o tabagismo e a diabetes *mellitus* foram identificados como potenciais fatores predisponentes à periodontite. Para além dos fatores supramencionados, o baixo nível socioeconómico, longos períodos de institucionalização e a baixa procura de serviços médicos também estão associados a propensão para esta patologia (Botelho et al., 2019; Marquezin et al., 2020).

A perda de estruturas dentárias, diminuição da capacidade mastigatória, halitose, alterações a nível gustativo, subnutrição são algumas das consequências em pacientes com doença periodontal (Côrte-Real et al., 2011).

Segundo diversos estudos, esta doença está interligada a patologias sistémicas. A diabetes *mellitus*, artrite reumatoide, doença cardiovascular (arteriosclerose), cancro, nomeadamente da cabeça e pescoço, doenças respiratórias, como a DPOC, Alzheimer e outras patologias do foro cognitivo são afetadas e afetam a doença periodontal também. Esta associação realça a importância de, no idoso, esta patologia ser controlada (Genco & Sanz, 2020; Hussain et al., 2020; Petersen et al., 2005).

1.4.2.5 Xerostomia e hipossalialia

A saliva protege a cavidade oral, pois tem um efeito tampão, remineralizador e antibacteriano. O efeito tampão da saliva é assegurado pela presença na sua constituição de bicarbonato, fosfato, o que evita bruscas alterações a nível do pH salivar, que

normalmente é próximo do neutro. O esmalte é composto por sais de hidroxiapatite, que têm o seu pH crítico de 5,5, significando que, com valores inferiores ao referido, tende a desmineralizar. Alterações na quantidade e qualidade da saliva levam a problemas a nível da cavidade oral, nomeadamente, cárie dentária, candidíase, halitose, impedimento da retenção de próteses removíveis, dificuldades a nível da deglutição e paladar, mastigação ou sensação de ardor (Barbe et al., 2018).

Na população geriátrica, é observada com alguma frequência a sensação de boca seca (xerostomia) ou a diminuição do fluxo salivar (Côrte-Real et al., 2011).

A xerostomia é caracterizada pela sensação de boca seca que, por sua vez, está muitas vezes associada à diminuição da lubrificação e desidratação da mucosa oral. Visto tratar-se de uma sintomatologia, é um dado subjetivo fornecido pelo paciente. Frequentemente, é um dos sintomas da hipofunção das glândulas salivares, apesar de poder estar ou não associado a esta patologia. A terapêutica com fármacos, tais como os antidepressivos, anti-hipertensores, anti-histamínicos, diuréticos, anticolinérgicos, sedativos e antipsicóticos poderá contribuir para o aparecimento de xerostomia. Para esta situação pode ainda contribuir a radioterapia da cabeça e pescoço, o Síndrome de Sjörgren, o tabagismo e doenças com envolvimento sistémico ou metabólico. O tratamento deste problema é complexo e consiste na hidratação da cavidade oral e algumas vezes pode passar pela revisão da medicação tomada pelo paciente (Figueira, 2019).

A hipossalialia está associada à diminuição do fluxo salivar causada pela hipofunção das glândulas salivares. Esta diminuição pode ser medida, sendo assim um dado objetivo. As possíveis causas da hipofunção das glândulas podem ser a lesão das mesmas, modificações a nível da central neural responsável pela secreção salivar ou a perda de metabolitos ou água. (Figueira, 2019).

Estas condições podem estar vinculadas a uma panóplia de causas como idade, polimedicação, estado de saúde geral do indivíduo e o género, neste caso, o feminino. A informação do paciente sobre medidas de alívio de dor, prevenção de patologias - como a cárie, candidíase e periodontite – e ainda medidas profiláticas, são a abordagem que deve ser adotada por profissionais da área de saúde e saúde oral. Alguns estudos verificaram que pacientes com a perceção de xerostomia tendem a ter pior qualidade de vida (Botelho et al., 2020; Figueira, 2019; Lu et al., 2020).

1.4.2.6 Lesões na mucosa oral

Geralmente, os estudos que incidem na temática das lesões a nível da mucosa oral tendem a abordar as seguintes tipologias: pré-malignas e as malignas. Podendo também englobar a gengivite, a linha alba, a estomatite protética, a língua geográfica, a língua fissurada, úlceras traumáticas, mucocelos, hemangiomas, pigmentação a nível da mucosa, queilite angular, entre outros (Kansky et al., 2018).

A percentagem ponderada das lesões orais na população portuguesa com idades compreendidas entre os 65-74 anos, segundo o *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44, 65-74 anos* (DGS, 2015), encontra-se discriminada na Tabela 5.

Tabela 5- Percentagem ponderada da incidência de lesões orais na população portuguesa com idades compreendidas entre os 65-74 anos. Adaptado de DGS (2015)

	Lesão oral	Eritroplasia	Leucoplasia	Líquen Plano	Ulceração	Outra/ Não tem certeza
Incidência (%)	14,1	0,7	1,2	1,4	6,5	5,5

1.4.2.7 Lesões na mucosa associadas ao uso de prótese

Nos idosos com reabilitações orais protéticas, no caso de não seguirem as recomendações de uso e a se a higiene oral for menos cuidadosa, é comum o aparecimento de sinais e sintomas associados à estomatite protética. Por estomatite protética entende-se uma inflamação da mucosa oral que suporta a prótese, de origem multifatorial, que normalmente está associada à presença do fungo *Candida Albicans*. Próteses desadaptadas podem ainda provocar o aparecimento de queilite angular, ulcerações

traumáticas ou hiperplasia fibro-epitelial dos tecidos (Albeny & Santos, 2018; Côrte-Real et al., 2011; Masood et al., 2017; Neves, 2015).

1.4.2.8 Lesões pré-malignas e malignas

O cancro é uma neoformação descontrolada de células num dado local. O cancro pode ser considerado benigno ou maligno, sendo que este último é caracterizado pela metastização. Esta patologia na cavidade oral (cancro oral) pode aparecer nos tecidos nasofaríngeos, lábios e na cavidade oral, como a língua ou mucosa jugal (Gil-Montoya et al., 2015).

O cancro oral encontra-se na oitava posição mundialmente em termos de frequência. Geralmente, as lesões cancerígenas são observadas em idosos, indivíduos com baixos níveis de instrução e socioeconómicos. De modo a despistar qualquer tipo de alteração patológica, os pacientes, especialmente os de risco – sexo masculino, com 40 ou mais anos de idade, fumadores e consumidores de álcool - deverão realizar consultas de rotina de modo a serem sujeitos a um exame objetivo da cavidade oral. No que concerne à sobrevivência, esta é proporcional ao estadio em que se encontra o cancro da cavidade oral no momento do diagnóstico (Côrte-Real et al., 2011; DGS, 2017; Gil-Montoya et al., 2015).

1.5 HIGIENE ORAL

1.5.1 HIGIENE ORAL NO IDOSO

A higiene oral tem como finalidade a remoção ou diminuição da placa bacteriana que é formada na cavidade oral (Lamster et al., 2016).

Com o aumento da predisposição para o aparecimento de patologias, nomeadamente na cavidade oral, acresce a necessidade de os cuidados e hábitos de higiene oral serem cada vez maiores e melhores. Esta melhoria normalmente não acontece, pois, o idoso tem cada vez mais dificuldades, tanto a nível motor, por perda da

destreza manual ou diminuição da acuidade visual, como psicológico, por desmotivação, não sentir necessidade e tender a descuidar. Segundo Chung et al. (2011), pacientes que lavem os dentes uma ou mais vezes tendem a ter menos dentes perdidos.

A remoção de placa bacteriana, segundo alguns estudos, é eficiente tanto na forma mecânica como química. Por remoção mecânica, entende-se o uso de escova dentária manual ou elétrica, fio dentário, escovilhão, escova unitufo e, por química, o uso de colutórios, como os que contêm flúor ou clorohexidina na sua composição, uma vez que esta última possui propriedades antibacterianas (Figuro et al., 2017).

A presença de flúor aquando a remineralização do esmalte é de grande importância. Os fluoretos durante a remineralização incorporam-se na estrutura do esmalte, havendo substituição de uma parte dos cristais de hidroxiapatite presentes no esmalte por cristais de fluorapatite. Os cristais de fluorapatite têm um pH crítico de 4,5 o que torna a superfície dentária menos suscetível à desmineralização e, conseqüentemente, à cárie dentária. A administração de compostos fluoretados pode ser realizada na forma sistémica, como a fluoretação das águas de abastecimento público, ou tópica. A administração tópica pode ser realizada através de vernizes de flúor, pastas dentífricas ou colutórios (DGS, 2019).

Em Portugal Continental, a água de abastecimento público não é fluoretada artificialmente, e os valores da concentração de flúor são relativamente baixos, entre 0,1 e 0,7 ppm (DGS, 2005).

Segundo a Direção Geral da Saúde (2005) e o *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral* (DGS, 2019), é recomendado lavar os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo que uma tem de ser à noite, antes de dormir com dentífrico fluoretado – com 1000-1500 ppm de flúor.

A prevenção permite inativar as lesões de cárie não cavitadas. Quando os bons hábitos de higiene oral são aliados aos cuidados de saúde oral por um profissional, há evidência de redução de patologias orais, nomeadamente cáries radiculares (Ekstrand et al., 2013; Figuro et al., 2017).

1.5.2 SAÚDE ORAL E HIGIENE ORAL – IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Uma correta higiene oral está vinculada a uma melhor saúde oral. Como referido anteriormente, a saúde oral tem um grande impacto na QdV dos indivíduos, constatando-se que o sistema estomatognático não é passível de ser abordado separadamente dos restantes sistemas do organismo humano (Lindén et al., 2020; Cho et al., 2018; Lamster et al., 2016).

Segundo Kumar e Rai (2018), a autoperceção da qualidade da saúde oral por parte dos pacientes, na sua maioria, não coincide com as verdadeiras necessidades de tratamento a nível da cavidade oral. Alterações da dieta provocadas por alterações a nível do sistema estomatognático e devido às patologias sistémicas como a diabetes *mellitus*, têm um impacto negativo na QdV (Iinuma et al., 2017; Marquezin et al., 2020).

A prevalência de lesões de cárie, doença periodontal, perda dentária na população geriátrica indica que, num panorama geral, a saúde oral desta faixa etária é precária. Os flagelos anteriormente referidos causam problemas a nível da mastigação, agravam patologias sistémicas existentes, prejudicam a Qualidade de Vida Relacionada com Saúde Oral (QdVRSO), que afeta diretamente o bem-estar e a QdV (Gil-Montoya et al., 2015).

1.6 QUALIDADE DE VIDA

A autoperceção da QdV, por ser influenciada pela perceção individual do estado de saúde e pessoal, é considerada multifatorial e subjetiva. Segundo a OMS, por Qualidade de Vida entende-se “a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto cultural e de sistema de valores com os quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995 *as cited in* Pires, 2009).

A população idosa, recorrentemente apresenta patologias na cavidade oral, nomeadamente, xerostomia, limitações a nível da mastigação, perda de peças dentárias, o que influencia pela negativa a QdV. Para além destes fatores relacionados com a cavidade oral, o estado civil, os rendimentos e ainda a saúde geral também têm influência. A baixa autoestima e redução na participação da vida social, podem ser causadas por uma

pobre saúde oral, o que por sua vez tem também impacto na QdV (Gil-Montoya et al., 2015; Locker & Allen, 2007)

1.6.1 ÍNDICES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Existem vários índices aplicados em forma de questionário e utilizados como instrumentos para a avaliação da autopercepção dos pacientes em relação à qualidade de vida e à sua saúde oral, tal como o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP), *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14). Este tipo de instrumentos é de grande valor, uma vez que permitem compreender as lacunas existentes, orientar e planear de forma mais consciente os planos de saúde pública e as decisões médicas (Locker & Allen, 2007; Carvalho et al., 2013).

O OHIP, inicialmente, possuía 49 questões, pelo que era um questionário exaustivo e demorado que aborda o desconforto, a disfunção e a incapacidade causados por problemas na cavidade oral. De modo a contornar a questão da extensão, foi elaborada uma versão mais reduzida/simplificada o OHIP-14 que, como o nome indica, é composta por 14 questões (Ikebe et al., 2012).

O GOHAI, foi desenhado especificamente para ser aplicado na população idosa. Desde a sua criação, já foi traduzido e validado para diversos países nomeadamente Portugal, Espanha, França, Alemanha, Japão, Países Baixos, Líbano, entre outros (Aguirre-Bustamante et al., 2020; Carvalho et al., 2013; El Osta et al., 2012; Niesten et al., 2016; Tubert-Jeannin et al., 2003).

Este índice contempla três dimensões: a dimensão física, referente à capacidade de mastigação, deglutição e fonação; a dimensão psicossocial, caracterizada pela consciência, preocupação com a saúde oral; e a dimensão da dor/desconforto, notada pela necessidade ou não de ser tomada medicação (El Osta et al., 2012).

A dimensão física é representada pelas questões 1, 2, 4 e 5, que questionam se houve diminuição da quantidade de alimentos ou se mudou-se o tipo de alimentação por causa dos dentes; se houve problemas na mastigação de alimentos; se alterou-se o modo de falar por causa dos problemas na cavidade oral e se se sentiu algum desconforto ao comer algum alimento. As questões 6, 7 e 11 são referentes à dimensão psicossocial,

perguntam se o indivíduo deixou de encontrar-se com outras pessoas por causa da sua boca, se sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca e se evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca. As questões 3, 8, 9, 10 e 12, questionam se teve dor ou desconforto ao engolir alimentos, se teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da boca, se teve algum problema na boca que o deixou preocupado; se chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na boca e se sentiu os dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos, correspondem à dimensão da dor ou desconforto.

Na validação e tradução deste índice para português, Carvalho et al. (2013) utilizaram uma versão simplificada com três opções de resposta em relação à utilizada por Atchison e Dolan (1990) que tinha seis. As respostas ficaram divididas em três categorias, “sempre”, “algumas vezes” e “nunca”, tendo uma conotação de 1, 2 e 3 pontos, respetivamente. O resultado final do índice varia entre 12 e 36, sendo que, quanto mais alto o valor, melhor a autoperceção da QdV. O valor final da autoperceção do GOHAI é classificado em: “alta” (34 a 36 pontos), “moderada” (30 a 33 pontos) e “baixa” (<30 pontos).

A autoperceção também pode ser avaliada por cada domínio separadamente. O domínio relativo à dimensão física, poderá ter no mínimo 4 pontos e no máximo 12, enquanto o psicossocial no mínimo 3 e no máximo 9. A vertente da dor e desconforto poderá ser avaliada, tendo no mínimo 5 pontos e no máximo 15.

Tanto o OHIP-14 como o GOHAI são os índices mais utilizados na população geriátrica devido a sua fácil aplicabilidade. Segundo Allen et al. (2001), o GOHAI permite avaliar de forma mais fidedigna a informação sobre a eficiência mastigatória e dor, quando comparado ao OHIP-14, que permite obter mais informação sobre os impactos a nível psicossocial (El Osta et al., 2012).

Segundo Ikebe et al. (2012) o GOHAI é um índice mais sensível que o OHIP-14, uma vez que os valores obtidos neste estudo do GOHAI relativamente ao OHIP-14, na mesma população, foram mais elevados e menos enviesados. Segundo Allen et al. (2001), o GOHAI é um índice mais sensível às limitações a nível funcional, dor e desconforto, que são as que são mais frequentes nas patologias orais. Em contrapartida, o OHIP-14, deteta mais a vertente comportamental e psicológica, que apesar de ser bastante considerável, é mais rara.

Apesar de ambos os índices serem usados frequentemente e apresentarem resultados bastante semelhantes, o OHIP-14 ao apresentar maior número de classificação zero e menor sensibilidade, torna o GOHAI mais adequado para a realização de estudos epidemiológicos na população geriátrica (Allen et al., 2001; Ikebe et al., 2012).

A QdV dos idosos afetados por doenças orais pode ser posta em causa, uma vez que estas podem acarretar problemas estéticos, fonéticos, influenciar significativamente as suas relações interpessoais e influenciar negativamente a sua alimentação (Antunes, 2013; Marquezin et al., 2020; Ribeiro et al., 2012).

Assim, estes índices são de extrema importância uma vez que possibilitam a verificação de lacunas em termos de saúde oral e permitem a quantificação de dados epidemiológicos para que possam ser utilizados em estudos, que visem o planeamento da prestação de serviços de saúde oral, campanhas de prevenção e de educação para a saúde (Melo et al., 2017; Ribeiro et al., 2012; Santos et al., 2019; Shokry et al., 2018).

1.7 ESTUDOS NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA PORTUGUESA

Para planear os programas de saúde, de modo a melhorar as condições de saúde, é necessário saber os problemas da população-alvo. Estes problemas podem ser detetados através de dados obtidos de estudos epidemiológicos. É importante implementar programas de educação de Saúde Oral na população idosa visto que, apesar de esta população apresentar, de uma forma geral, níveis elevados de doenças orais, a procura dos cuidados médico-dentários é baixa, principalmente na população com menores recursos socioeconómicos, sendo a procura feita apenas em situações de emergência, como a dor (Antunes, 2013; Gregório et al., 2017; Ribeiro et al., 2012; Shokouhi et al., 2019).

Em Portugal, foram realizados poucos estudos que caracterizem a população geriátrica (Melo et al., 2017; Ribeiro et al., 2012).

A faixa etária dos 65-74 anos foi avaliada pela primeira vez no *III ENPDO* (2015), relativamente ao estado de saúde, conhecimentos e comportamentos promovedores da saúde. Realizou-se, também o *Inquérito Nacional de Saúde Física (INSF) - 2013/2016*, que estudou a população portuguesa com idades compreendidas entre os 25 anos e os 74,

não institucionalizados, residentes em Portugal há mais de 12 meses. Para além do exame clínico, os pacientes responderam a um questionário referente a dados socioeconómicos e hábitos de higiene oral (Santos et al., 2019).

O *Epidemiology of Chronic Diseases Cohort Study* (EpiDoC) foi um estudo epidemiológico realizado na população portuguesa que caracteriza os fatores que influenciam a saúde, as doenças crónicas e o seu impacto na prestação de cuidados de saúde. Neste estudo participaram indivíduos com mais de 18 anos, representativos da população portuguesa, não institucionalizados ou a residir em instituições privadas em Portugal, inclusive ilhas. Até ao momento foram realizadas três fases: a primeira, entre 2011 e 2013; a segunda entre 2013 e 2015 e a terceira entre 2015 e 2016. Na terceira fase, foram incluídas perguntas sobre hábitos de higiene oral. Dos 10.661 participantes do EpiDoC 1 e dos 5.653 do EpiDoC 3, 922 foram pacientes com 65 anos ou mais (Dias et al., 2018; Rodrigues et al., 2018).

1.8 QUESTIONÁRIO

De modo a incentivar a realização de estudos incidentes na área da saúde oral, a OMS criou em 2013, o manual “*Oral Health Surveys Basic Methods*”. Neste manual encontram-se protótipos de questionários e *guidelines* sobre como devem ser realizados os exames clínicos orais, de modo a que a informação obtida em diferentes estudos e em diferentes países seja sistematizada e passível de ser comparada. A OMS recomenda a realização de estudos a cada cinco ou seis anos, na mesma população, de modo a comparar e observar os efeitos dos programas de saúde. A finalidade da realização deste tipo de estudos é permitir o conhecimento das condições da população, verificar quais são os problemas e, com base nestes dados, traçar políticas de promoção de saúde, programas de prevenção, rastreio e controlo de doenças. Não obstante, permitem também avaliar a eficácia e impacto das medidas anteriormente referidas de modo a proporcionar uma melhor QdV (OMS, 2013).

Também é recomendado pela OMS o planeamento dos estudos de autoavaliação através do *OMS STEPSwise for Surveillance (STEPS)*. Inicialmente, deve proceder-se à recolha de informação sobre a cuidados de saúde oral, o estado da cavidade oral, hábitos

alimentares, dados sociodemográficos, qualidade de vida da população alvo, através de questionários. Seguidamente, deve realizar-se a recolha de dados clínicos. Após os dois passos anteriormente referidos, podem ser realizadas análises bioquímicas, apesar de este procedimento, não ser recomendado pela OMS aquando de estudos realizados em países com recursos limitados (OMS, 2013).

No que concerne ao estudo da população com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, este permite estudar o aparecimento de doenças ao longo da vida. As informações obtidas, para além de terem importância pela exposição das fragilidades desta população, de modo a guiar as intervenções necessárias a realizar, acresce a informação de onde devem incidir os programas de saúde oral, de modo a prevenir o aparecimento de patologia ao longo da vida de toda a população. Destaca-se a importância do estudo tanto na população institucionalizada, assim como na que não está. A OMS elaborou um questionário direcionado à população adulta sobre saúde oral que pode ser aplicado à população geriátrica (OMS, 2013).

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi averiguar a existência de uma relação entre os hábitos de higiene oral, da população idosa, e a qualidade de vida.

Foram definidos como objetivos específicos:

- Avaliar a qualidade de vida da população geriátrica, que frequenta a Clínica Dentária Egas Moniz;
- Avaliar os hábitos de higiene oral da população geriátrica, que frequenta a Clínica Dentária Egas Moniz;
- Avaliar a relação entre os dados sociodemográficos e a qualidade de vida da população geriátrica;
- Avaliar a relação entre os dados sociodemográficos e os hábitos de higiene oral;
- Avaliar o impacto dos hábitos de higiene oral na qualidade de vida da população geriátrica.

2.1 HIPÓTESES DE ESTUDO

Foram definidas como Hipóteses de Estudo:

2.1.1 HIPÓTESE NULA (H₀):

1. Não há relação entre os dados sociodemográficos e a qualidade de vida da população geriátrica;
2. Não há impacto dos hábitos de higiene oral na qualidade de vida da população geriátrica.

2.1.2 HIPÓTESE ALTERNATIVA (H1):

1. Há relação entre os dados sociodemográficos e a qualidade de vida da população geriátrica;
2. Há impacto dos hábitos de higiene oral na qualidade de vida da população geriátrica.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo piloto tratou-se de uma investigação primária, com desenho de estudo epidemiológico / correlacional, numa amostra obtida aleatoriamente.

3.1 AMOSTRA

A Clínica Dentária Egas Moniz (CDEM), entre o mês de dezembro de 2020 e junho de 2021 foi frequentada por 694 indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos.

O grupo de estudo, uma amostra de 150 participantes, obtida aleatoriamente durante o referido período (7 meses), representa 22% da população geriátrica que frequentou a instituição naquele espaço temporal (Tabela 6).

Tabela 6- População geriátrica que frequentou a Clínica Dentária Egas Moniz entre dezembro de 2020 e junho de 2021.

População geriátrica que frequentou a Clínica Dentária Egas Moniz

Feminino	Masculino	Total
380	314	694
55%	45%	100%

A amostra obedecia aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser paciente da Clínica Dentária Egas Moniz;
- Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- Ser literado (saber ler e escrever);

- Saber falar e compreender a língua portuguesa;
- Não estar institucionalizado;
- Ter capacidade para cumprir o protocolo de estudo (incapacidade: cegueira, surdez ou demência).

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

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

3.4 COMISSÃO DE ÉTICA

Esta investigação foi submetida à aprovação da Comissão de Ética da Egas Moniz – Cooperativa de Ensino Superior, CRL (Anexo 1). Foi solicitado à Direção Clínica da CDEM a possibilidade do uso das instalações da clínica para a realização dos questionários (Anexo 2).

Antes de proceder ao preenchimento do questionário foi entregue um consentimento informado a todos os participantes e foi dada a possibilidade de o paciente realizar as questões que considerasse pertinentes para a sua participação no estudo. No consentimento informado, como é possível observar no Anexo 3, foi indicado que a participação era voluntária e sem qualquer tipo de despesa para o paciente, seria garantido o anonimato e os objetivos e procedimentos foram explicitamente descritos.

A cada participante foi atribuído um número de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade. Somente os investigadores tiveram acesso à base de dados.

3.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS

Foi realizado um questionário (Anexo 4) composto por três grupos de perguntas. No primeiro grupo, as doze questões eram referentes aos dados sociodemográficos: idade, género, estado civil, se vive sozinho, nível de instrução, situação profissional e tiveram como fundamento as questões, validadas, utilizadas pelo estudo EpiDoC e a escala de *Graffar* modificada. A escala *Graffar* modificada é um índice que permite determinar em que classe socioeconómica o inquirido se encontra. Aborda a questão da profissão, o nível de instrução, a fonte de rendimento, o conforto do alojamento, o local de residência, sendo que cada tema tem cinco opções de resposta, que por sua vez é classificada de 1 a 5 (Guilherme, 2009). As questões realizadas no estudo EpiDoC, vão ao encontro às propostas pela OMS e encontram-se adaptadas à população portuguesa.

Nove perguntas relativas aos hábitos de higiene baseadas nas questões validadas pela OMS e pelo estudo EpiDoC, compuseram o segundo grupo, nomeadamente, se o inquirido costuma lavar os dentes e/ou próteses, em que altura escova os dentes, que tipo de escova e dentífrico utiliza, se usa algum tipo de dispositivo interdentário e se bochecha com algum colutório.

O terceiro grupo, relativo à QdVRSO, foi composto por doze questões do Índice GOHAI, na versão portuguesa validada. As respostas poderiam ser “sempre”, “algumas vezes” e “nunca”, que tiveram uma conotação de 1, 2 e 3 valores, respetivamente.

Considerou-se que os inquiridos tinham boa higiene oral quando lavassem os dentes duas ou mais vezes por dia, sendo que uma dessas vezes era à noite antes de dormir (DGS, 2019; Melo et al., 2017; OMS, 2013, 2021; Santos et al., 2019) e usassem fio dentário e ou colutório (DGS, 2019).

3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a recolha, os dados foram introduzidos numa base de dados informatizada. A informação foi processada e analisada pelo programa informático IBM SPSS Statistics, versão 26.

Recorreu-se a metodologias de análise estatística descritiva para descrever as variáveis estudadas nomeadamente a sua frequência e distribuição em formato de percentagem ainda medidas de tendência central e dispersão como a média, desvio padrão, mediana, valores máximo e mínimo.

Para avaliar a associação entre variáveis qualitativas recorreu-se ao teste do Qui-quadrado. Recorreu-se aos testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparação das variáveis escalares (*scores* dos questionários).

Foi estabelecido um nível de significância de 5%, nas metodologias de análise estatística inferencial.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

4.1.1 IDADE

A amostra estudada foi de 150 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e 92 anos, sendo a idade média de 73,9 ($\pm 0,5$) anos e a mediana 73,0 anos. Mais de metade da amostra (58,7%) encontrava-se na faixa etária de 65-74 anos (Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição da amostra segundo a idade e as faixas etárias 65-74 anos e 75+ anos

	Idade	65-74 anos	75+ anos
Frequência	150	88	62
Percentagem	100	58,7	41,3

4.1.2 GÉNERO

Da amostra estudada 52% dos elementos pertenciam ao sexo feminino (78) e 48% ao sexo masculino (72) (Tabela 8).

Tabela 8- Distribuição da amostra segundo o género

		Frequência	Percentagem
Sexo	Feminino	78	52
	Masculino	72	48

4.1.3 ÁREA DE RESIDÊNCIA E ESTADO CIVIL E SE VIVE SOZINHO

A maioria dos inquiridos vivia na zona urbana (54,7%) e apenas 7% na rural (Figura 3). Dos 150 participantes, 62% estava casado, em proporções semelhantes estavam divorciados e viúvos (17% e 16%, respetivamente) e 5% eram solteiros (Figura 4). Mais de metade da amostra estudada (64%) vivia acompanhada (Figura 5).

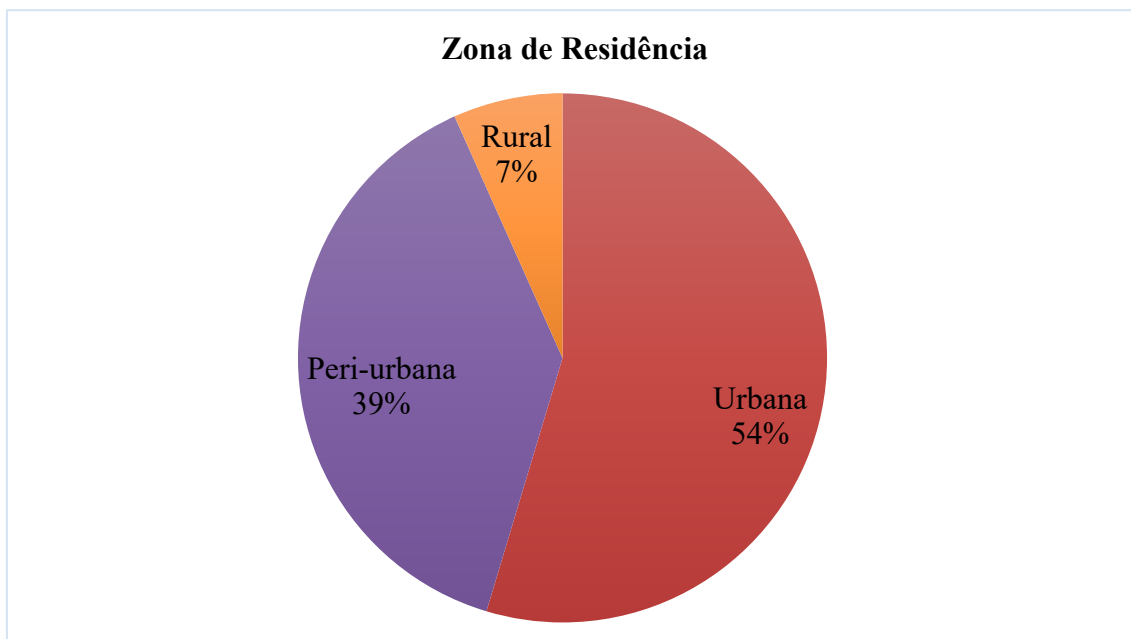


Figura 3- Distribuição da amostra segundo a zona de residência

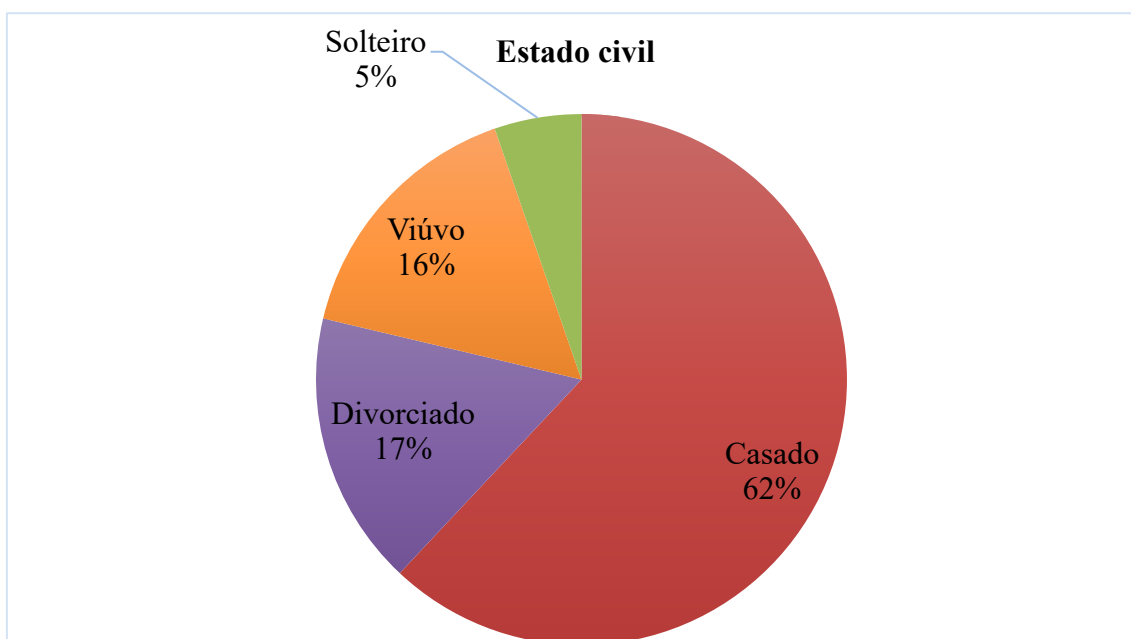


Figura 4- Distribuição da amostra segundo o estado civil



Figura 5- Distribuição da amostra segundo a vivência sozinho ou acompanhado

4.1.4 SITUAÇÃO PROFISSIONAL E FONTE DE RENDIMENTO

Predominantemente, os participantes eram pessoas reformadas (92,7%) (Tabela 9) e que viviam de um rendimento mensal (94,7%) como a reforma ou o salário (Tabela 10).

Tabela 9- Distribuição da amostra segundo a situação profissional

	Frequência	Porcentagem
Trabalhador ativo	2	1,3
Incapacidade laboral temporária	1	0,7
Doméstico/a	4	2,7

Desempregado/a	4	2,7
Reformado/a	139	92,7
Total	150	100

Tabela 10- Distribuição da amostra segundo a fonte de rendimento

	Frequência	Percentagem
Fortuna herdada/adquirida	1	0,7
Lucro de empresas/honorários	2	1,3
Renumeração mensal	142	94,7
Renumeração à tarefa	2	1,3
Sustento por beneficência	3	2,0
Total	150	100

4.1.5 NÍVEL DE INSTRUÇÃO

Apenas 10,0% acederam ao ensino superior, enquanto a maioria (53,3%) não estudou ou teve acesso até seis anos de escolaridade (Figura 6).

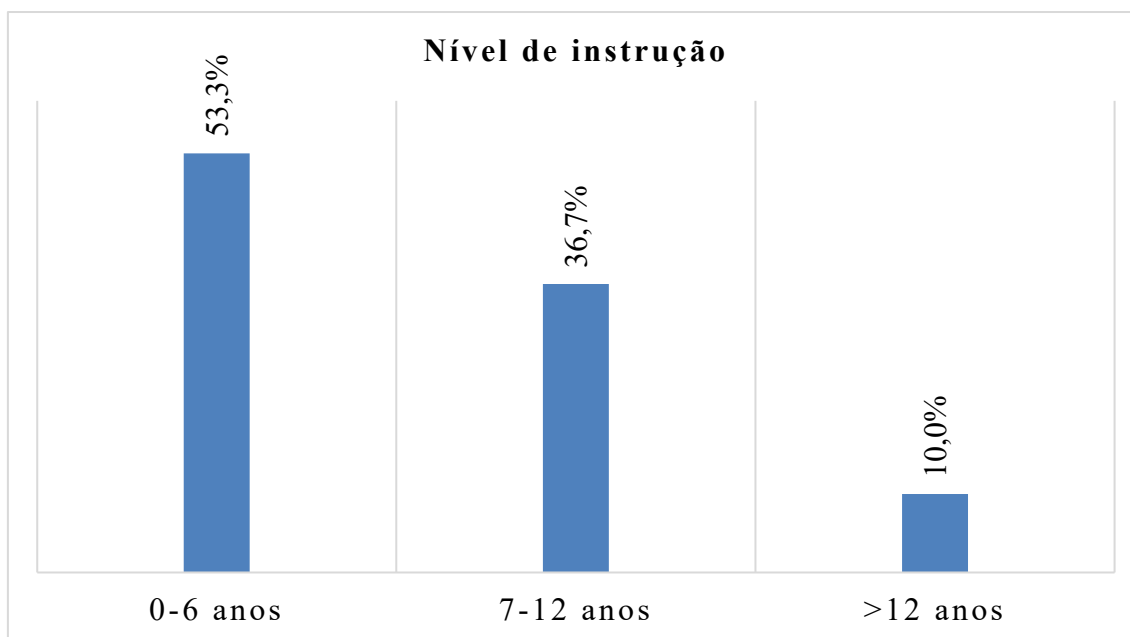


Figura 6- Distribuição da amostra segundo o nível de instrução

4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS DE SAÚDE ORAL

Apenas uma minoria (2,7%) referiu que não lava os dentes e/ou próteses, 57,3% lavava os dentes e a(s) prótese(s), 30,7% lavavam apenas os dentes (Figura 7). Dos 150 participantes, 78,0% referiu que lavava os dentes duas ou mais vezes por dia (Tabela 11). Da amostra estudada, 64 elementos (42,7%) lavava os dentes de manhã, tarde e noite (Tabela 12). Ainda na Tabela 12, observa-se que 77,3% dos pacientes realizavam a higienização duas ou mais vezes por dia e uma delas era à noite.

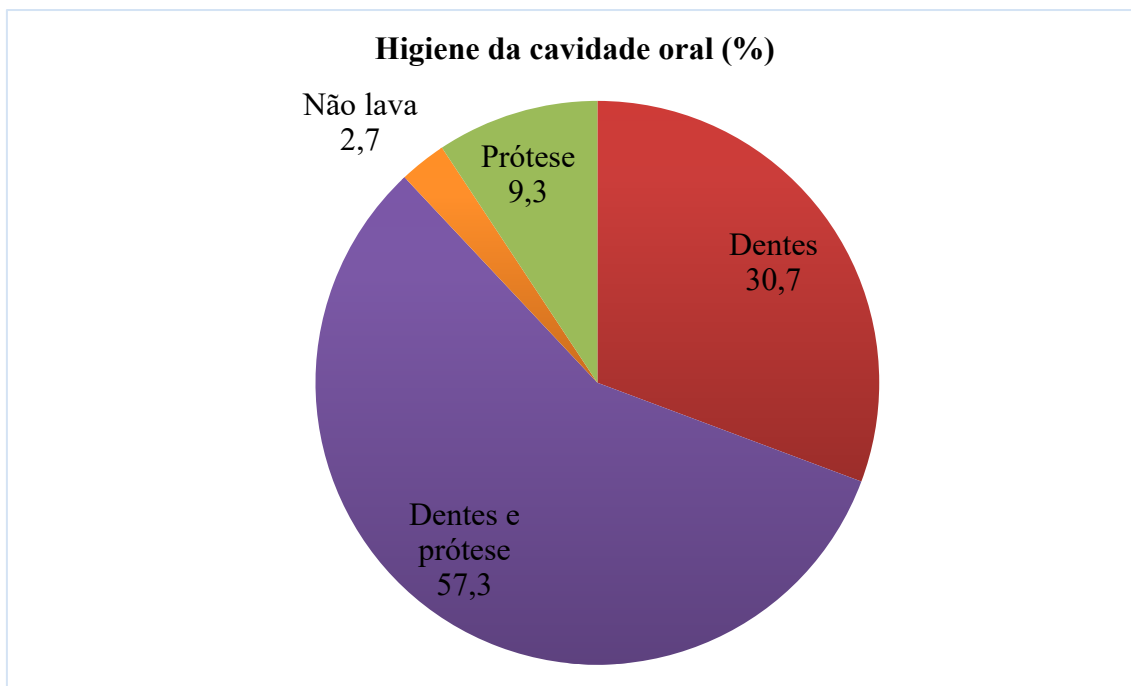


Figura 7- Distribuição da amostra segundo a higienização dos dentes e ou prótese

Tabela 11- Distribuição da amostra segundo a frequência da lavagem dos dentes e ou prótese

	Frequência	Percentagem
2 vezes ou mais por dia	117	78,0
1 vez por dia	29	19,3
Nunca	4	2,7
Total	150	100

Tabela 12- Distribuição das frequências segundo a altura do dia em que se realiza a higienização

	Frequência	Percentagem
Manhã	11	7,3
Noite	18	12,0
Manhã e tarde	1	0,7

Manhã e noite	44	29,3
Tarde e noite	8	5,3
Manhã, tarde e noite	64	42,7
Nunca	4	2,7
Total	150	100

Na amostra estudada, existia uma preferência notória pelo uso de escova manual (86,6% – Figura 8) e pelo uso de colutório (57,3% – Figura 9). No entanto, o uso de dispositivo dentário era usado apenas por quase metade dos inquiridos (48,0% – Figura 10; Tabela 13), sendo que apenas 22,0% usava fio dentário (Tabela 13).

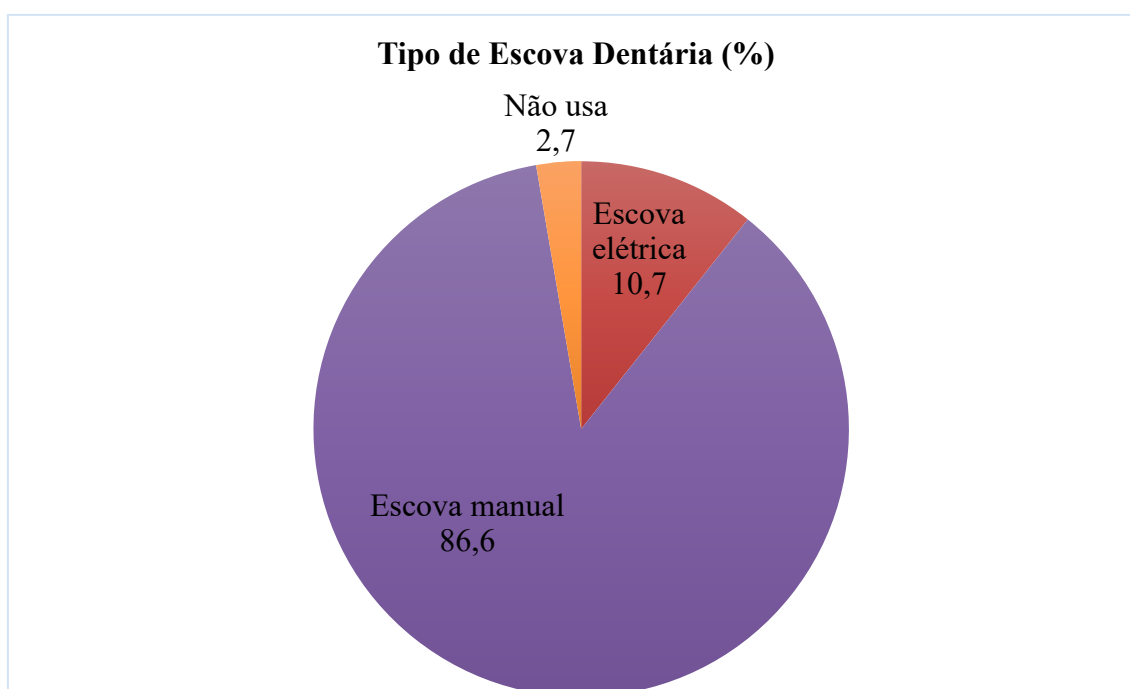


Figura 8- Distribuição da amostra segundo o tipo de escova utilizada

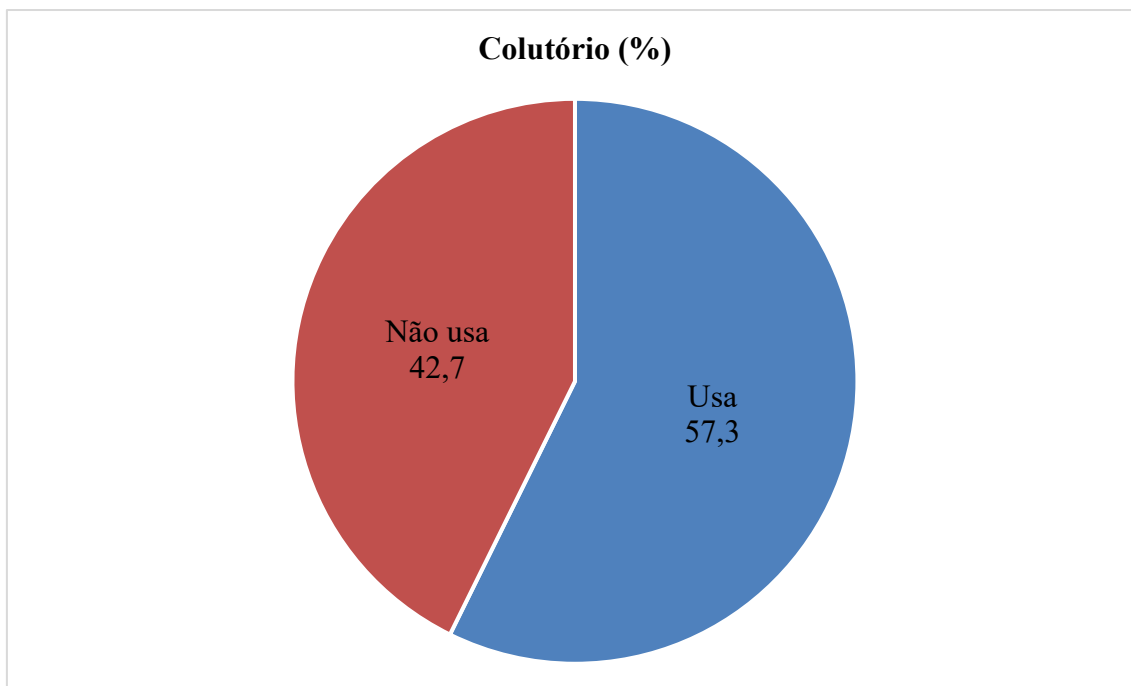


Figura 9- Distribuição da amostra segundo o uso de colutório

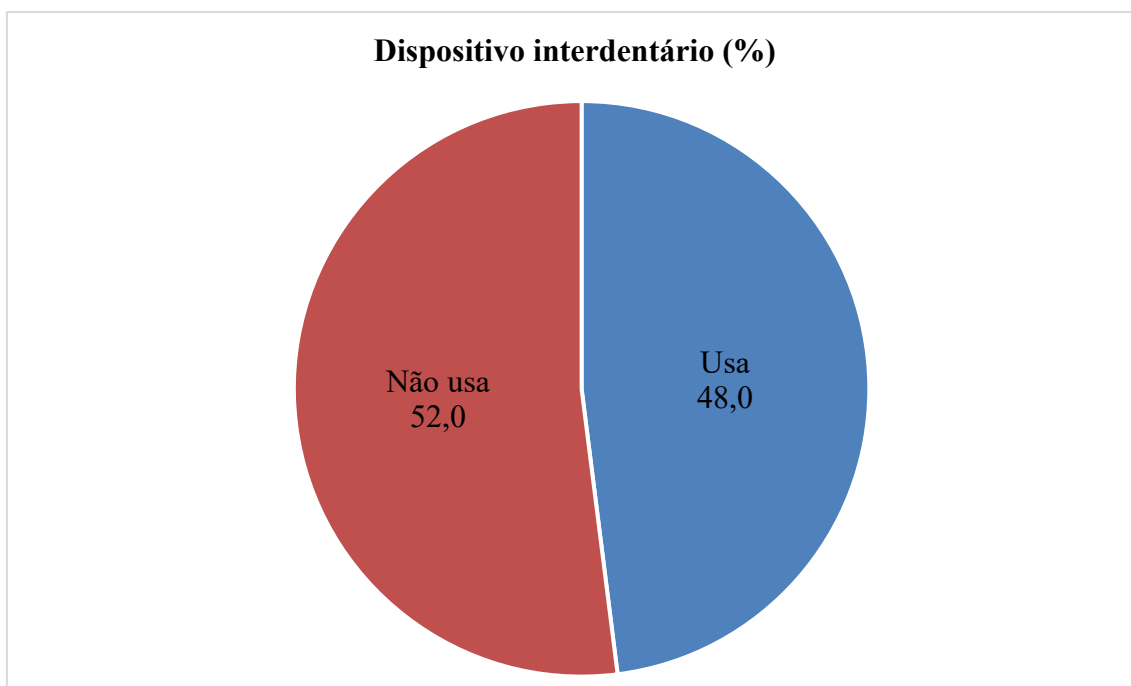


Figura 10- Distribuição da amostra segundo o uso de dispositivo interdentário

Tabela 13- Distribuição das frequências segundo o dispositivo interdentário

	Frequência	Porcentagem
Não utiliza	78	52,0
Fio dentário	33	22,0
Escovilhão	22	14,7
Palito	3	2,0
Outro	4	2,7
Dois ou mais	10	6,7
Total	150	100

O uso de prótese também teve destaque na população estudada uma vez que 70,7% utilizava, 15,3% não usava, mas considerava precisar e apenas 14,0%, não utilizava e não sentia necessidade (Figura 11).

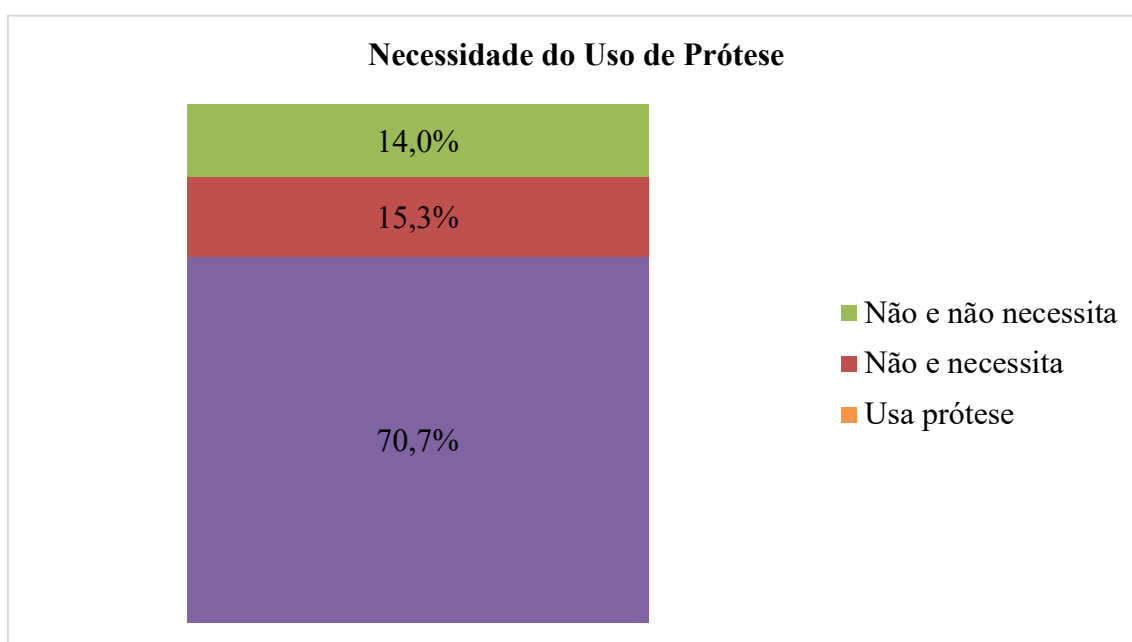


Figura 11- Distribuição da amostra segundo a necessidade do uso de prótese

Dos participantes que usavam prótese, a grande maioria não tinha o hábito de dormir com ela (74,5%), 35,8% deixava num copo com água, 28,3% num copo com líquido de limpeza ou ainda em ambiente seco (10,4%) (Figura 12).

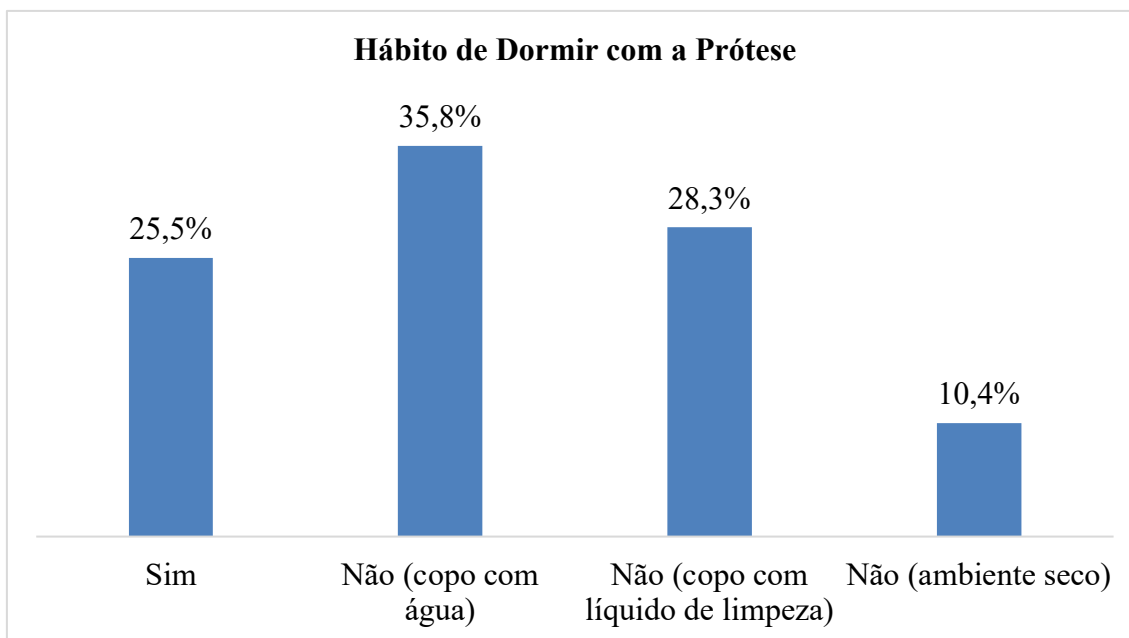


Figura 12- Distribuição da amostra segundo o hábito de dormir com a prótese

4.3 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADOS COM A SAÚDE ORAL (GOHAI)

Como é possível observar na Figura 13 a distribuição dos valores do GOHAI foi praticamente uniforme entre as variáveis alta, moderada e baixa.

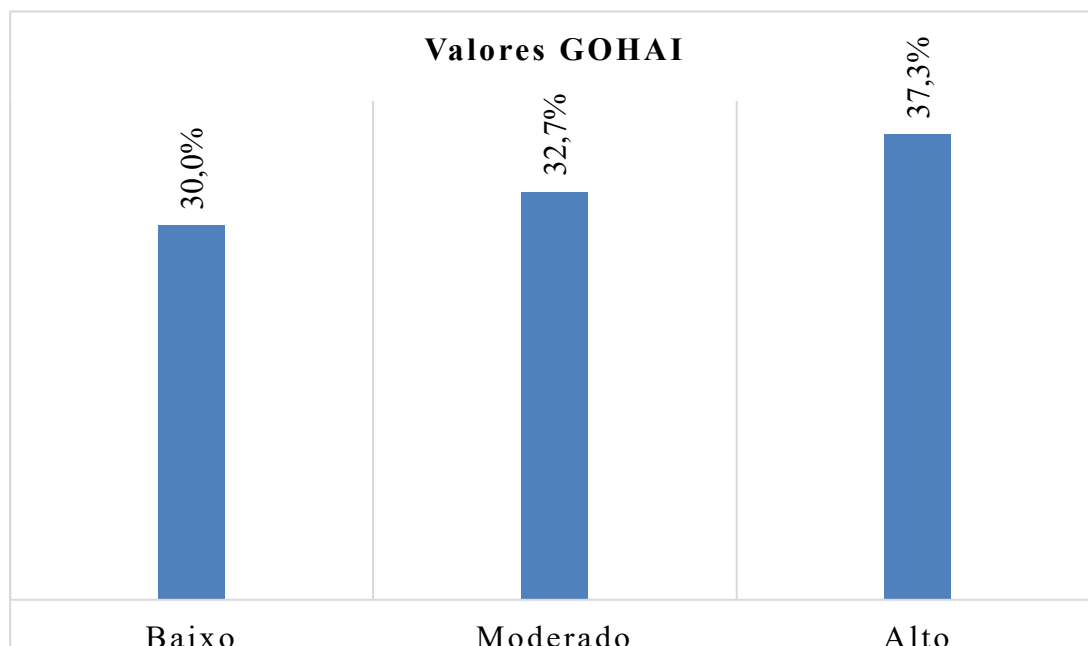


Figura 13- Distribuição da amostra segundo os valores do GOHAI

A média do GOHAI (*score* total) foi de 30,9 ($\pm 0,4$), o valor mínimo registado foi de 16 e o máximo 36. No que diz respeito aos domínios do GOHAI, a média do domínio físico foi de 9,5 ($\pm 0,2$), o valor mínimo registado foi de 4 e o máximo 12. A média do domínio psicossocial foi de 13,4 ($\pm 0,1$), o valor mínimo registado foi de 5 e o máximo 15. A média do domínio dor/desconforto foi de 8,0 ($\pm 0,1$), o valor mínimo registado foi de 3 e o máximo 9 (Tabela 14).

Tabela 14- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI (total), e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto)

	Média ($\pm DP$)	Mediana ($\pm AIQ$)	Mínimo	Máximo
GOHAI (Total)	30,9 $\pm 0,4$	32,0 $\pm 5,0$	16	36

GOHAI (Físico)	9,5 ±0,2	10,0 ±4,0	4	12
GOHAI (Psicossocial)	13,4 ±0,1	14,0 ±2,0	5	15
GOHAI (Dor/Desconforto)	8,0 ±0,1	8,0 ±2,0	3	9

Nota. DP – Desvio Padrão; AIQ – Amplitude Inter-Quartil

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADOS COM A SAÚDE ORAL (GOHAI)

4.4.1 DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO GOHAI SEGUNDO AS FAIXAS ETÁRIAS

A distribuição das classes do GOHAI relativamente às faixas etárias 65-74, e 75+ não foi díspar, apesar de se ter observado uma autoperceção mais elevada a nível dos inquiridos mais jovens, embora a diferença não seja estatisticamente significativa ($p=0,869$) (Figura 14).

Não foram observadas diferenças significativas nos valores do GOHAI (total) nem em nenhum dos seus domínios (Figura 14).

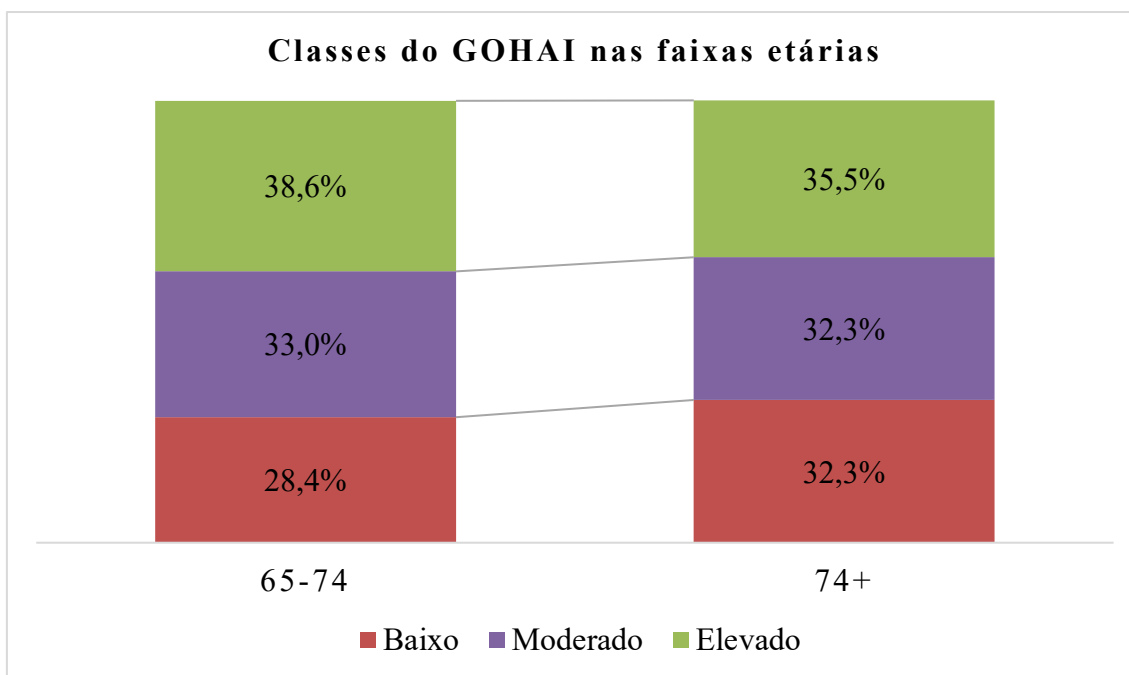


Figura 14- Distribuição das classes do GOHAI segundo as faixas etárias 65-74 e 75+

Tabela 15- Valores de média, mediana, valor mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo as faixas etárias (anos)

		Média (±DP)	Mediana (±AIQ)	Mínimo	Máximo	<i>p</i>
GOHAI (Total)	65-74	30,9±0,5	32,5±5,0	16	36	0,730
	75+	31,0±0,5	32,0±5,0	16	36	
GOHAI (Físico)	65-74	9,7±0,3	11,0±4,0	4	12	0,155
	75+	9,3±0,3	950±4,0	4	12	
GOHAI (Psicossocial)	65-74	13,3±0,2	14,0±2,0	5	15	0,541
	75+	13,6±0,2	14,0±2,0	8	15	

GOHAI (Dor/Desconforto)	65-74	8,9±0,1	8,0±2,0	3	9	0,385
	75+	8,1±0,1	8,0±2,0	4	9	

Nota. DP – Desvio Padrão; AIQ – Amplitude Inter-Quartil

4.4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO GOHAI SEGUNDO O GÉNERO

Neste grupo, o sexo masculino tinha a autoperceção de qualidade de vida “elevada” enquanto no feminino predominou a avaliação “moderada” e “baixa” (Figura 15). No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,113$).

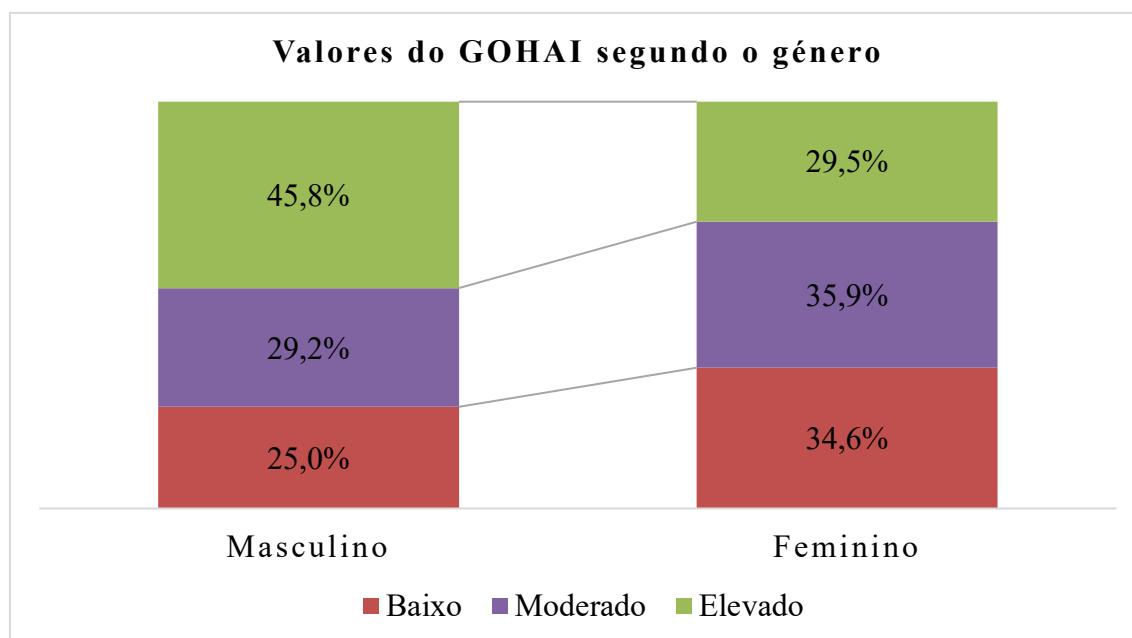


Figura 15- Distribuição das classes do GOHAI segundo o género

Como é possível observar nos dados da Tabela 16, houve diferenças nos valores do GOHAI e em todas os seus domínios, sendo os valores observados no sexo feminino mais baixos. Existiram diferenças significativas a nível dos valores do GOHAI no que diz respeito ao valor total ($p=0,042$), e ao domínio físico ($p=0,032$) (Tabela 16).

Tabela 16- Valores de média, mediana, valor mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto), segundo o género (M/F)

		Média (±DP)	Mediana (±AIQ)	Mínimo	Máximo	p
GOHAI (Total)	M	31,6±0,5	33,0±6,0	16	36	0,042
	F	30,3±0,5	31,0±6,0	16	36	
GOHAI (Físico)	M	9,9±0,3	11,0±3,0	4	12	0,032
	F	9,2±0,3	10,0±3,0	4	12	
GOHAI (Psicossocial)	M	13,7±0,2	14,0±2,0	8	15	0,081
	F	13,2±0,2	13,0±2,0	5	15	
GOHAI (Dor/Desconforto)	M	8,0±0,1	9,0±2,0	4	9	0,567
	F	7,9±0,1	9,0±2,0	4	9	

Nota. DP – Desvio Padrão; AIQ – Amplitude Inter-Quartil

4.4.3 DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO GOHAI SEGUNDO ZONA DE RESIDÊNCIA

Os inquiridos residentes em áreas urbanas tendiam a ter uma autoperceção da qualidade de vida “elevada” e “moderada” mais frequentemente. Simultaneamente, os que residiam na zona rural tendiam a apresentar também a autoperceção mais elevada que os da zona periurbana (36,2%) (Figura 16), apesar da distribuição dos valores ser semelhante. Estas diferenças não evidenciaram ser estatisticamente significativas ($p=0,749$).

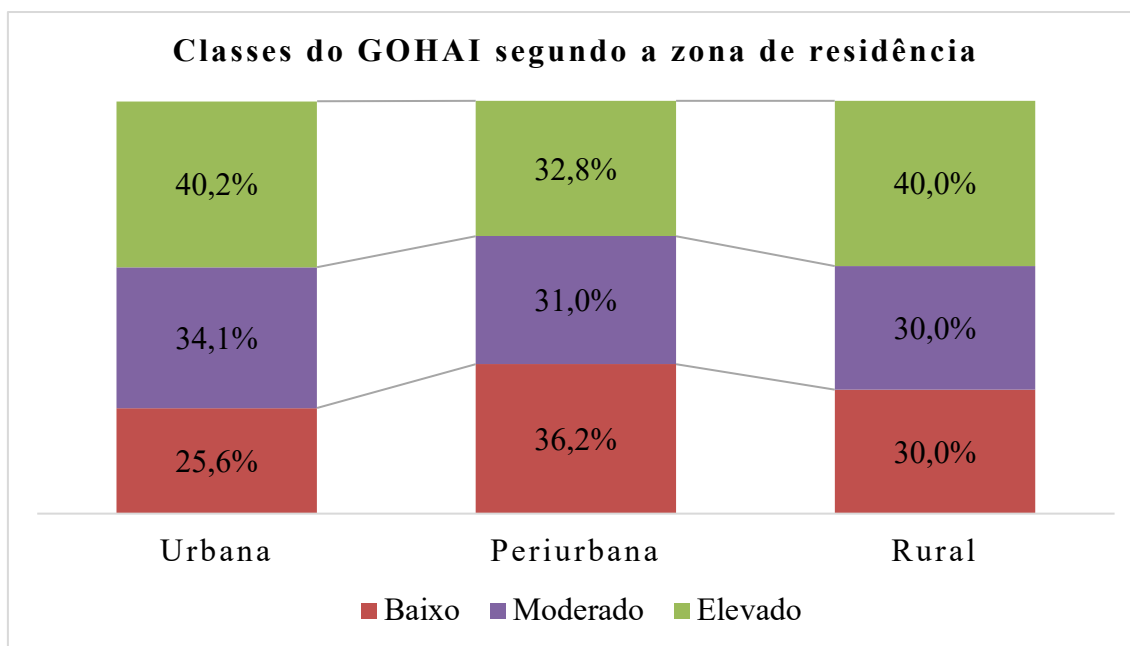


Figura 16- Distribuição das classes do GOHAI segundo a zona de residência

Não foram observadas diferenças significativas nos valores de GOHAI nem em nenhum dos seus domínios (Tabela 17).

Tabela 17 - Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo a zona de residência

		Média (±DP)	Mediana (±AIQ)	Mínimo	Máximo	<i>p</i>
GOHAI (Total)	Urbana	31,4±0,5	33,0±5,0	16	36	0,393
	Periurbana	30,2±0,6	32,0±7,0	16	36	
	Rural	31,2±1,3	31,5±8,0	25	36	
GOHAI (Físico)	Urbana	9,7±0,3	10,0±4,0	4	12	0,497
	Periurbana	9,2±0,4	10,0±4,0	4	12	

	Rural	9,8±0,7	10,5±3,0	5	12	
GOHAI (Psicossocial)	Urbana	13,6±0,2	14,0±2,0	5	15	0,385
	Periurbana	13,3±0,2	14,0±2,0	6	15	
	Rural	13,3±0,4	13,0±2,0	11	15	
GOHAI (Dor/ Desconforto)	Urbana	8,1±0,1	8,5±2,0	3	9	0,286
	Periurbana	7,8±0,2	8,0±2,0	4	9	
	Rural	8,1±0,3	8,5±2,0	6	9	

Nota. DP – Desvio Padrão; AIQ – Amplitude Inter-Quartil

4.4.4 DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO GOHAI SEGUNDO O ESTADO CIVIL

Nesta amostra os inquiridos divorciados, seguidos dos viúvos foram os que apresentaram a autoperceção mais baixa, apesar de a diferença não ser estatisticamente significativa ($p=0,335$) (Figura 17).

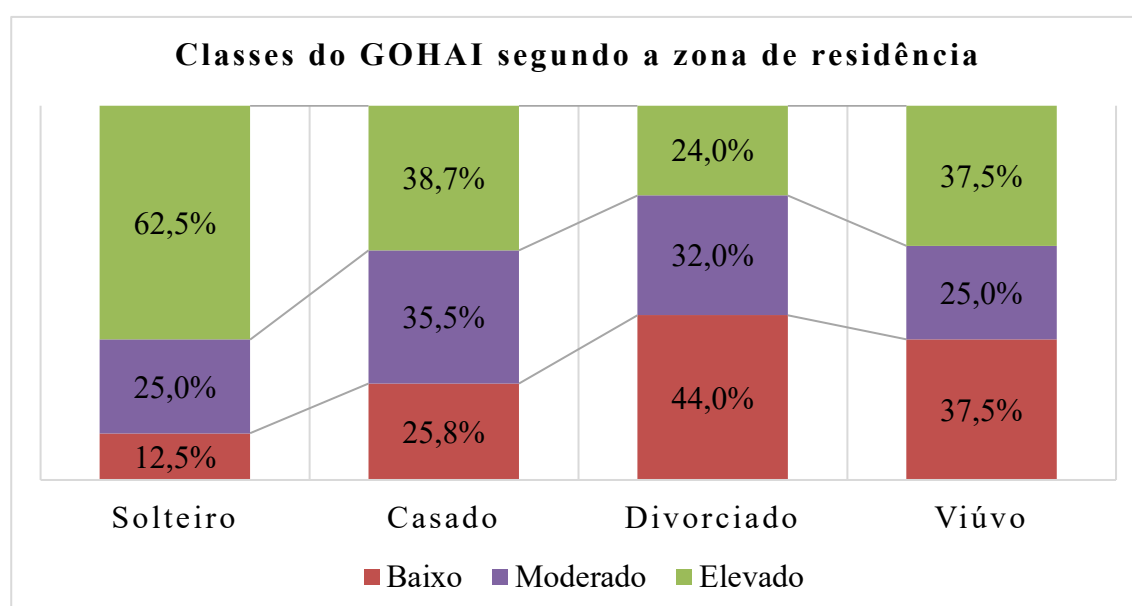


Figura 17- Distribuição das classes do GOHAI segundo o estado civil

Não foram observadas diferenças significativas nos valores de GOHAI nem em nenhum dos seus domínios (Tabela 18).

Tabela 18- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto), segundo o estado civil

		Média (±DP)	Mediana (±AIQ)	Mínimo	Máximo	<i>p</i>
GOHAI (Total)	Solteiro	31,9±2,3	34±4,0	16	36	0,324
	Casado	31,3±0,4	32,0±5,0	20	36	
	Divorciado	30,4±0,8	31,0±6,0	23	36	
	Viúvo	30,0±1,2	32,5±7,0	16	36	
GOHAI (Físico)	Solteiro	10,5±1,0	11,5±2,0	4	12	0,382
	Casado	9,7±0,3	10,0±4,0	4	12	
	Divorciado	9,0±0,5	9,0±5,0	4	12	
	Viúvo	9,3±0,6	10,5±2,0	4	12	
GOHAI (Psicossocial)	Solteiro	13,3±1,2	14,5±2,0	5	15	0,710
	Casado	13,6±0,2	14,0±2,0	10	15	
	Divorciado	13,5±0,3	13,0±3,0	10	15	
	Viúvo	12,8±0,5	14,0±4,0	6	15	

GOHAI (Dor/ Desconforto)	Solteiro	8,1 ±0,4	850±2,0	7	9	0,810
	Casado	8,0±0,1	8,0±2,0	3	9	
	Divorciado	7,9±0,2	8,0±2,0	6	9	
	Viúvo	7,9±0,3	8,0±2,0	4	9	

Nota. DP – Desvio Padrão; AIQ – Amplitude Inter-Quartil

4.4.5 DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO GOHAI SEGUNDO O NÍVEL DE INSTRUÇÃO

Verificou-se que quanto maior o nível de escolaridade, mais elevada era a autoperceção do GOHAI. Da população com 7-12 anos de escolaridade 40,0% tinha o valor GOHAI elevado e da que tem mais de 12 anos de escolaridade 46,7% (Figura 18). Estas diferenças não evidenciaram ser estatisticamente significativas ($p=0,828$).

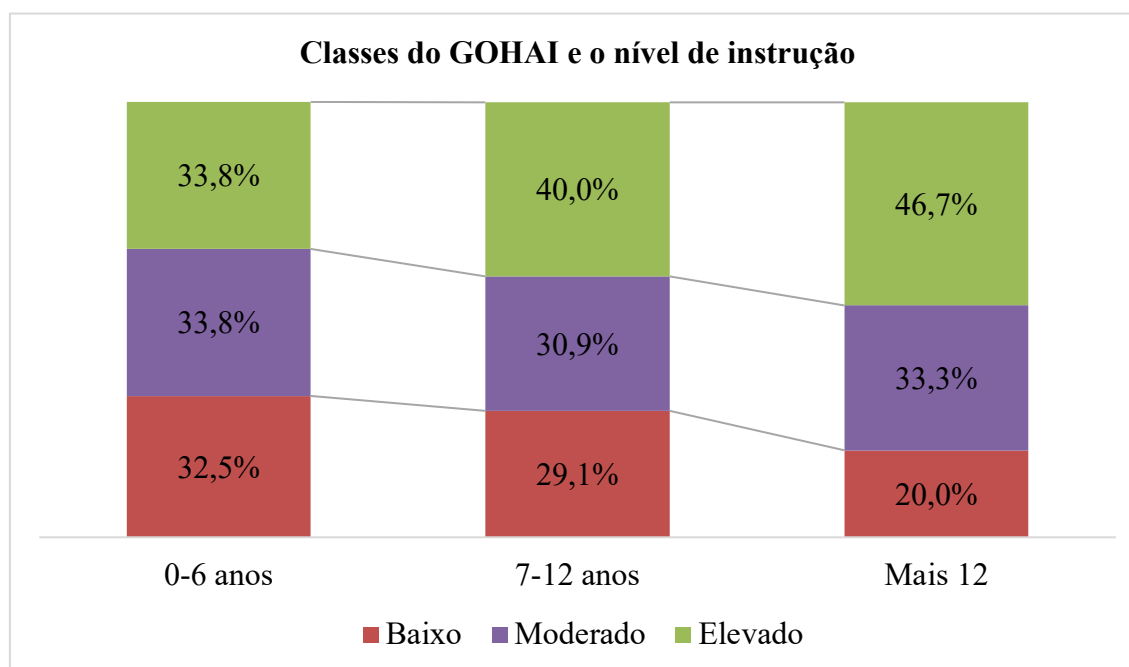


Figura 18- Distribuição das classes do GOHAI segundo o nível de instrução

Não foram observadas diferenças significativas nos valores de GOHAI nem em nenhum dos seus domínios (Tabela 19).

Tabela 19 - Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto), segundo o nível de instrução

		Média (±DP)	Mediana (±AIQ)	Mínimo	Máximo	<i>p</i>
GOHAI (Total)	>12 anos	31,1±1,5	33,0±6,0	16	36	0,756
	7-12 anos	30,8±0,7	32,0±6,0	16	36	
	0-6 anos	31,01±0,4	31,0±5,0	21	36	
GOHAI (Físico)	>12 anos	9,9±0,7	11,0±5,0	4	12	0,627
	7-12 anos	9,5±0,4	10,0±4,0	4	12	
	0-6 anos	9,5±0,3	10,0±4,0	4	12	
GOHAI (Psicossocial)	>12 anos	13,1±0,7	14,0±3,0	5	15	0,988
	7-12 anos	13,4±0,2	14,0±2,0	6	15	
	0-6 anos	13,5±0,2	14,0±2,0	8	15	
GOHAI (Dor/ Desconforto)	>12 anos	8,1±0,2	8,0±2,0	7	9	0,953
	7-12 anos	7,9±0,2	8,0±2,0	3	9	
	0-6 anos	8,0±0,1	8,0±2,0	4	9	

Nota. DP – Desvio Padrão; AIQ – Amplitude Inter-Quartil

4.4.6 DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO GOHAI SEGUNDO A VIVÊNCIA DO INQUIRIDO (SOZINHO/ACOMPANHADO)

De acordo com o apresentado na Tabela 20, os idosos que viviam acompanhados tendiam a ter uma autopercepção mais “elevada” em comparação com os que viviam sozinhos. Estas diferenças não evidenciaram ser estatisticamente significativas ($p=0,165$).

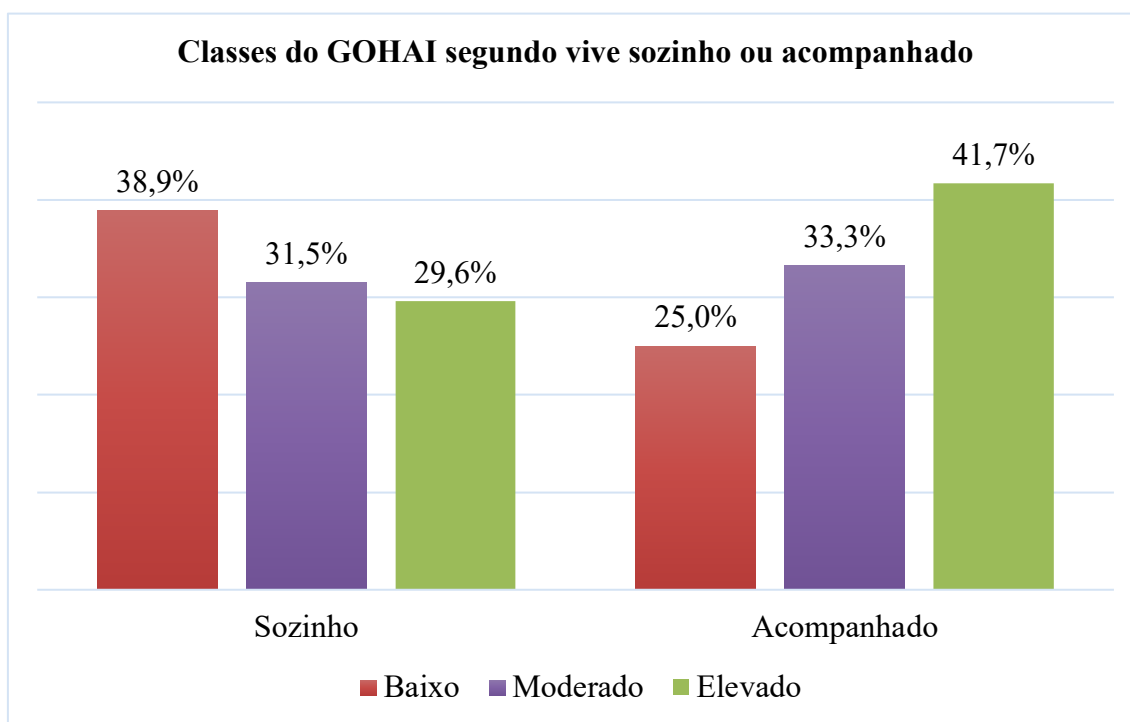


Figura 19- Distribuição das classes do GOHAI segundo vive sozinho ou acompanhado

Na amostra estudada, foram evidenciadas diferenças nos valores de GOHAI, e em todos os seus domínios, sendo os valores mais baixos observados nos inquiridos que viviam sozinhos. No entanto apenas foram identificadas diferenças significativas a nível dos valores do domínio dor/desconforto ($p=0,025$) (Tabela 20).

Tabela 20- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo a vivência do inquirido (sozinho/acompanhado)

		Média (±DP)	Mediana (±AIQ)	Mínimo	Máximo	p
GOHAI (Total)	Sim	30,0±0,7	31,0±7,0	16	36	0,068
	Não	31,5±0,4	32,0±6,0	21	36	
GOHAI (Físico)	Sim	9,9±0,4	10,0±5,0	4	12	0,182
	Não	9,8±0,2	10,0±3,0	4	12	
GOHAI (Psicossocial)	Sim	13,2±0,3	13,5±3,0	5	15	0,664
	Não	13,5±0,2	14,0±2,0	8	15	
GOHAI (Dor/ Desconforto)	Sim	7,7±0,2	7,5±2,0	3	9	0,025
	Não	8,2±0,1	9,0±2,0	4	9	

Nota. DP – Desvio Padrão; AIQ – Amplitude Inter-Quartil

4.4.7 DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO GOHAI SEGUNDO OS HÁBITOS DE HIGIENIZAÇÃO DA CAVIDADE ORAL

Pacientes que não lavavam os dentes e ou prótese tinham tendencialmente um resultado do GOHAI “baixo” e “moderado” enquanto pacientes que lavavam os dentes duas ou mais vezes por dia tinham “moderado” e “alto” (Figura 20). No entanto, as diferenças referidas não foram estatisticamente significativas ($p=0,738$).

Verificou-se a existência de diferenças significativas a nível dos valores do GOHAI apenas no que diz respeito ao domínio físico ($p=0,033$), sendo este mais baixo para quem não realizava a higienização (Tabela 21).

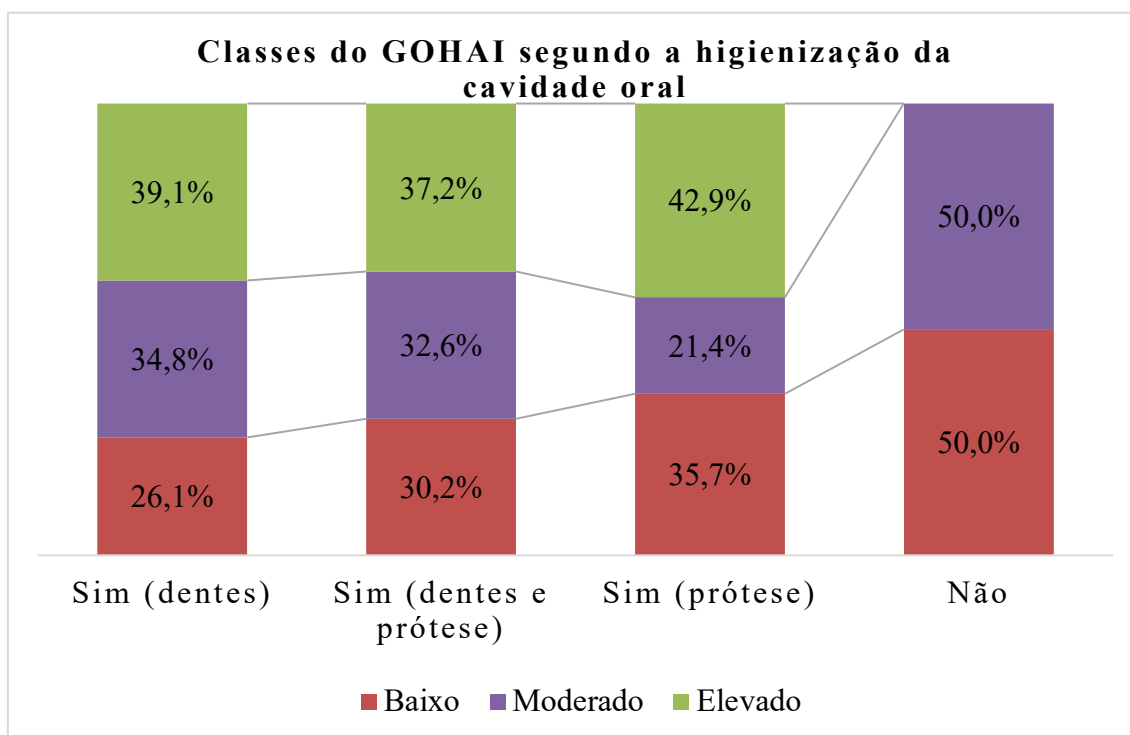


Figura 20- Distribuição das classes do GOHAI segundo a lavagem dos dentes e ou prótese

Tabela 21- Valores registados relativamente ao GOHAI, e respetivos domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) de acordo com a higienização da cavidade oral e ou prótese

		Média (±DP)	Mediana (±AIQ)	Mínimo	Máximo	<i>p</i>
GOHAI (Total)	Sim (dentes)	31,0±0,7	32,5 ±5,0	16	36	0,611
	Sim (dentes e prótese)	31,1±0,5	32,0±5,0	16	36	
	Sim (prótese)	30,6±1,3	32,5±10,0	22	36	

	Não	29,0±1,5	29,0±6,0	26	32	
GOHAI (Físico)	Sim (dentes)	10,1±0,4	11,0±3,0	4	12	0,033
	Sim (dentes e prótese)	9,5±0,3	10,0±4,0	4	12	
	Sim (prótese)	8,4±0,8	9,5±7,0	4	12	
	Não	8,0±0,8	8,0±3,0	6	10	
GOHAI (Psicossocial)	Sim (dentes)	13,0±0,3	13,0±3,0	5	15	0,215
	Sim (dentes e prótese)	13,6±0,2	14,0±2,0	8	15	
	Sim (prótese)	13,9±0,3	14,0±2,0	11	15	
	Não	13,8±0,6	14,0±2,0	12	15	
GOHAI (Dor/ Desconforto)	Sim (dentes)	7,9 ±0,2	8,0±2,0	5	9	0,241
	Sim (dentes e prótese)	8,0±0,1	8,0±2,0	3	9	
	Sim (prótese)	8,4±0,3	9,0±1,0	6	9	
	Não	7,3±0,6	7,0±2,0	6	9	

Nota. DP – Desvio Padrão; AIQ – Amplitude Inter-Quartil

4.4.8 DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO GOHAI SEGUNDO O USO DE AGENTES COMPLEMENTARES DE HIGIENIZAÇÃO

Os pacientes, da amostra estudada, que usavam dispositivo interdentário tenderam a apresentar a classificação do GOHAI “moderado” (37,5%) e “alto” (40,3%) (Figura 21), porém esta variação não foi identificada como estatisticamente significativa ($p=0,128$).

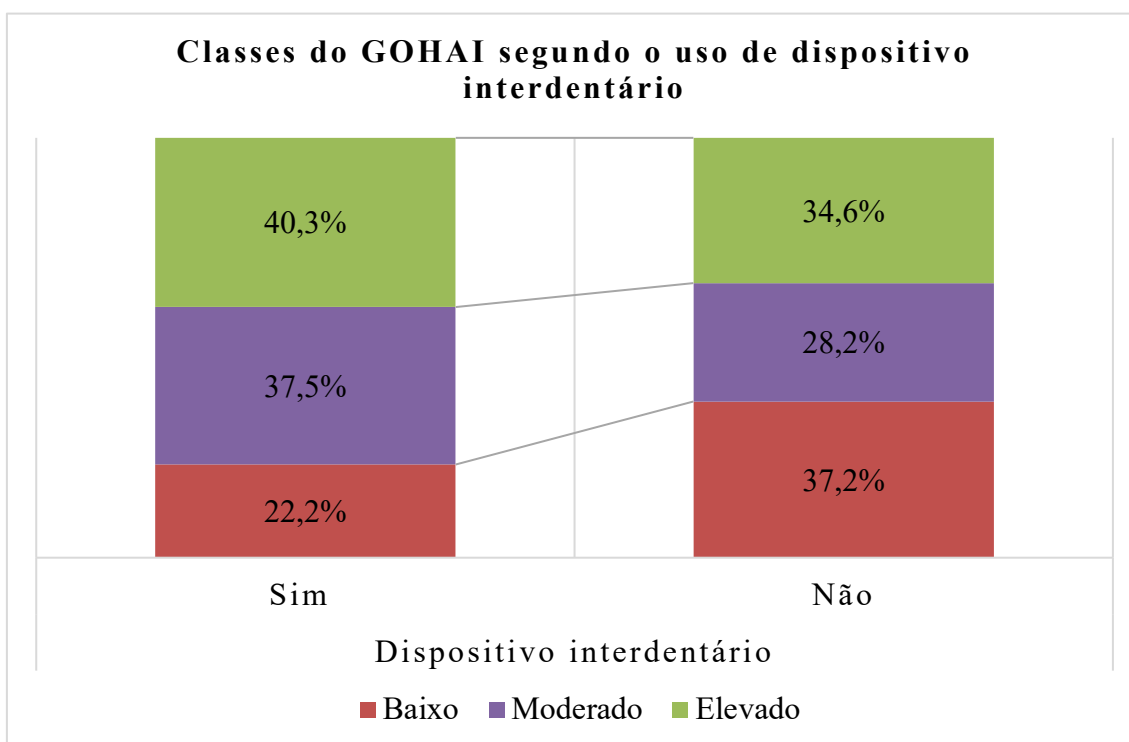


Figura 21- Distribuição das classes do GOHAI segundo o uso de dispositivo interdentário

Relativamente às diferenças dos valores da média e mediana, a classificação mais baixa foi maior em quem não usa dispositivo interdentário (Tabela 22) sendo observada uma diferença significativa no GOHAI total ($p=0,021$), e nos domínios físico ($p=0,009$) e de dor/desconforto ($p=0,009$).

Tabela 22- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo o uso ou não de dispositivo interdentário

		Média (±DP)	Mediana (±AIQ)	Mínimo	Máximo	p
GOHAI (Total)	Não usa	30,0±0,6	31,0±7,0	16	36	0,021
	Usa	31,9±0,4	33,0±5,0	21	36	
GOHAI (Físico)	Não usa	9,0±0,3	9,5±5,0	4	12	0,009
	Usa	10,1±0,3	11,0±3,0	4	12	
GOHAI (Psicossocial)	Não usa	13,3±0,2	14,0±2,0	5	15	0,652
	Usa	13,5±0,2	13,5±2,0	10	15	
GOHAI (Dor/Desconforto)	Não usa	7,7±0,2	8,0±2,0	3	9	0,009
	Usa	8,3±0,1	9,0±2,0	5	9	

Nota. DP – Desvio Padrão; AIQ – Amplitude Inter-Quartil

Como é possível observar na Figura 22, as percentagens de cada classificação são semelhantes, não se observando uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,922$).

Apesar das variações nos valores da média e mediana não foram observadas diferenças significativas para o GOHAI total, nem nenhum dos seus domínios (Tabela 23).

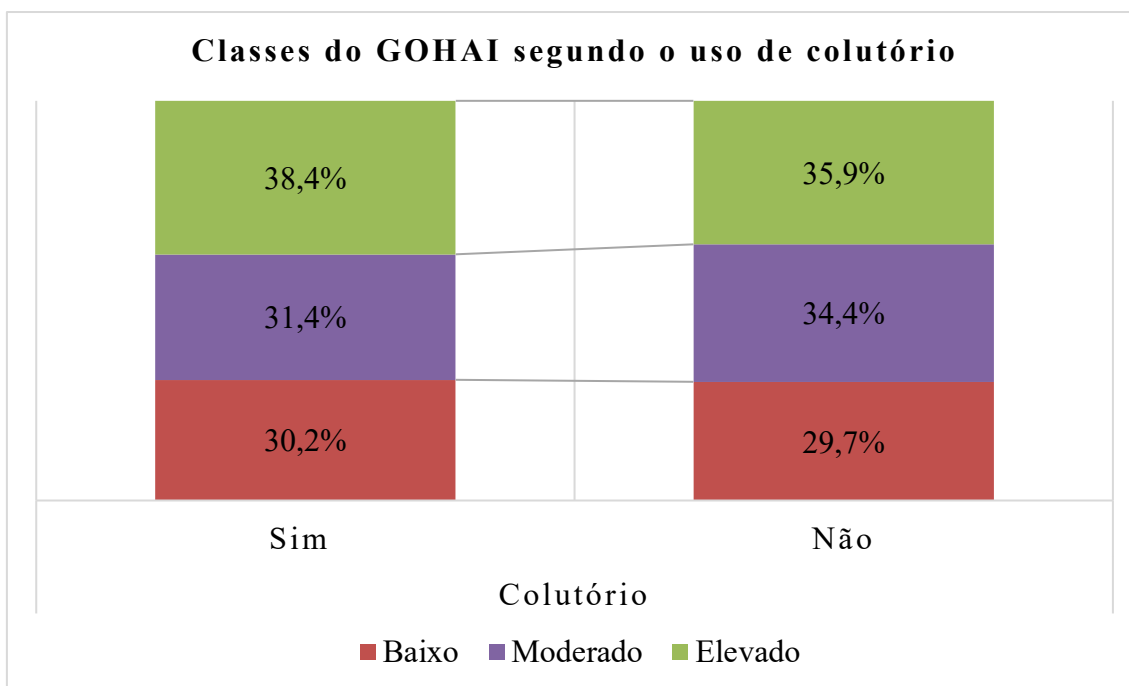


Figura 22- Distribuição das classes do GOHAI segundo o uso de colutório

Tabela 23- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo o uso ou não de colutório

		Média (±DP)	Mediana (±AIQ)	Mínimo	Máximo	<i>p</i>
GOHAI (Total)	Não usa	30,0±0,6	31,0±7,0	16	36	0,711
	Usa	31,9±0,4	33,0±5,0	21	36	
GOHAI (Físico)	Não usa	9,0±0,3	9,5±5,0	4	12	0,940
	Usa	10,1±0,3	11,0±3,0	4	12	
GOHAI (Psicossocial)	Não usa	13,3±0,2	14,0±2,0	5	15	0,397
	Usa	13,5±0,2	13,5±2,0	10	15	

GOHAI (Dor/Desconforto)	Não usa	7,7±0,2	8,0±2,0	3	9	0,475
	Usa	8,3±0,1	9,0±2,0	5	9	

Nota. DP – Desvio Padrão; AIQ – Amplitude Inter-Quartil

4.4.9 DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO GOHAI SEGUNDO A NECESSIDADE DO USO DE PRÓTESE

Na Figura 23, é possível observar que, quem não usava prótese e não sentia necessidade tendia a apresentar classificação GOHAI mais elevada, apesar de esta diferença não ser estatisticamente significativa ($p=0,276$)

Foram verificadas diferenças significativas a nível do GOHAI total ($p=0,019$), e dos domínios físico ($p=0,021$), psicossocial ($p=0,025$) e dor/desconforto ($p=0,001$) (Figura 23).

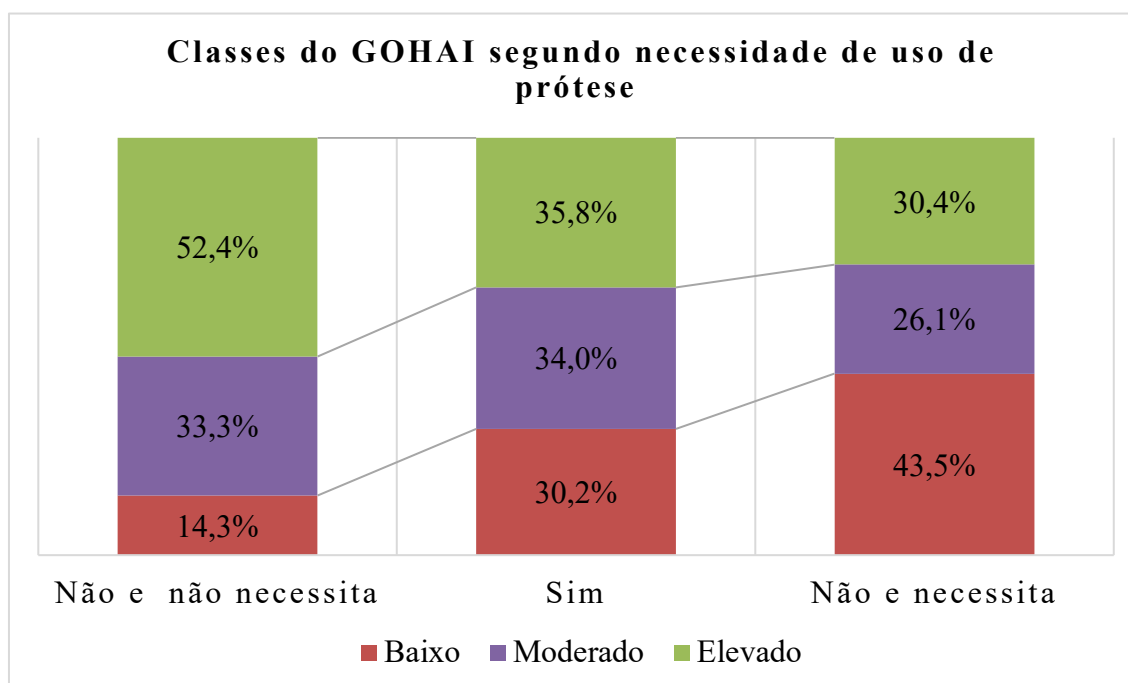


Figura 23- Distribuição das classes do GOHAI segundo a necessidade do uso de prótese

Relativamente ao GOHAI total, uma diferença significativa ($p=0,015$) a nível das variáveis “Não e não necessito” e “Não e necessito” foi detetada, sendo o valor mais baixo associado à segunda variável referida.

No que concerne a vertente física do GOHAI, verificou-se uma diferença significativa ($p=0,018$) a nível das variáveis “Não e não necessito” e “Sim”, sendo o valor mais baixo associado à segunda variável referida.

Na dimensão psicossocial, observou-se, diferença significativa ($p=0,020$) a nível das variáveis “Sim” e “Não e necessito”, sendo o valor mais baixo associado à segunda variável referida.

Por fim, os valores da dimensão dor/desconforto, apresentaram uma diferença significativa entre as variáveis “Não e necessito” e “Sim” ($p=0,003$) e “Não e necessito” e “Não e não necessito” ($p=0,003$). Os pacientes estudados, que consideram necessitar de prótese tendem autoavaliar-se, nesta dimensão pior do que quem não necessita ou já usa.

Tabela 24- Valores de média, mediana, mínimo e máximo registados relativamente ao GOHAI, e nos seus domínios (Físico, Psicossocial e Dor/Desconforto) segundo a necessidade de uso de prótese

		Média (±DP)	Mediana (±AIQ)	Mínimo	Máximo	<i>p</i>
GOHAI (Total)	Sim	31,0±0,4	32,0±5,0	16	36	0,019
	Não e não necessito	33,0±05	34,0±3,0	29	36	
	Não e necessito	28,6±1,2	31,0±9,0	16	35	
GOHAI (Físico)	Sim	9,4±0,2	10,0±4,0	4	12	0,021
	Não e não necessito	11,0±0,3	11,0±2,0	8	12	

	Não e necessito	9,0±0,7	10,0±7,0	4	12	
GOHAI (Psicossocial)	Sim	13,6±0,2	14,0±2,0	8	15	0,025
	Não e não necessito	13,6±0,3	14,0±2,0	10	15	
	Não e necessito	12,3±0,6	13,0±3,0	5	15	
GOHAI (Dor/Desconforto)	Sim	8,0±0,1	8,5±02,0	3	9	0,001
	Não e não necessito	8,4±0,2	9,0±2,0	7	9	
	Não e necessito	7,3±0,2	7,0±1,0	5	9	

Nota. DP – Desvio Padrão; AIQ – Amplitude Inter-Quartil

4.4.10 HIGIENE ORAL E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Mais de metade da amostra estudada, segundo os critérios estabelecidos, foi considerada como tendo uma boa higiene oral (65,3%). Em ambas as faixas etárias predominou a existência de boa higiene oral (Figura 24), não se observando diferenças estatisticamente significativas entre faixas etárias ($p=0,116$)

As representantes do sexo feminino tenderam a ter melhor higiene oral, sendo a diferença face ao sexo masculino estatisticamente significativa ($p=0,016$) (Figura 25).

Os habitantes de zonas urbanas e periurbanas, tenderam a ter uma higiene oral boa quando comparados com os da zona rural (Figura 26). No entanto não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,204$)

Tanto quem vivia acompanhado como quem vivia sozinho, tende a ter bons hábitos (Figura 27) não se observando diferenças estatisticamente significativas ($p=0,415$)

As pessoas com grau de escolaridade mais elevado apresentaram tendência a ter uma boa higiene oral (Figura 28), existindo uma associação estatisticamente significativa entre nível de escolaridade e higiene oral ($p=0,006$).

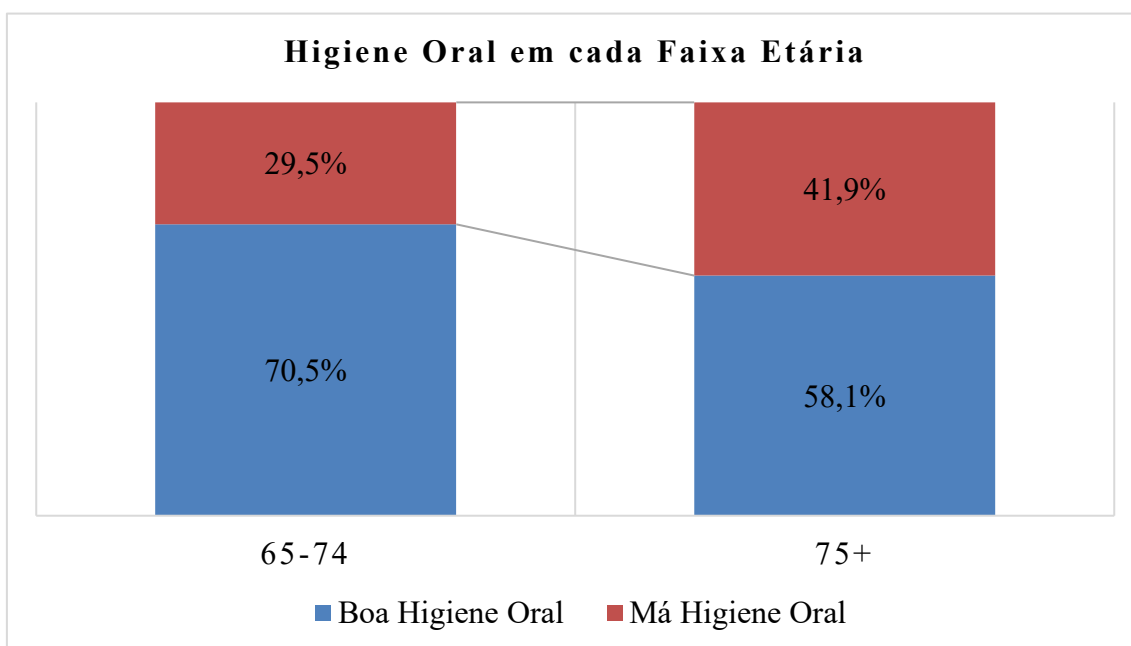


Figura 24- Distribuição da classificação da Higiene Oral por faixa etária

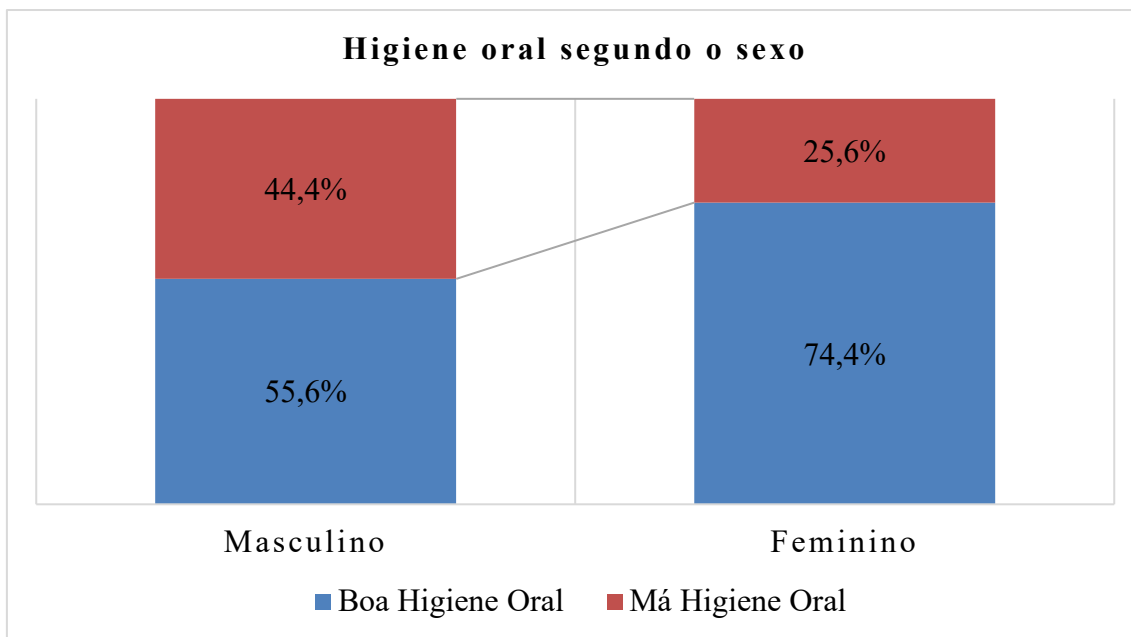


Figura 25- Distribuição da classificação da Higiene Oral em função do sexo dos inquiridos

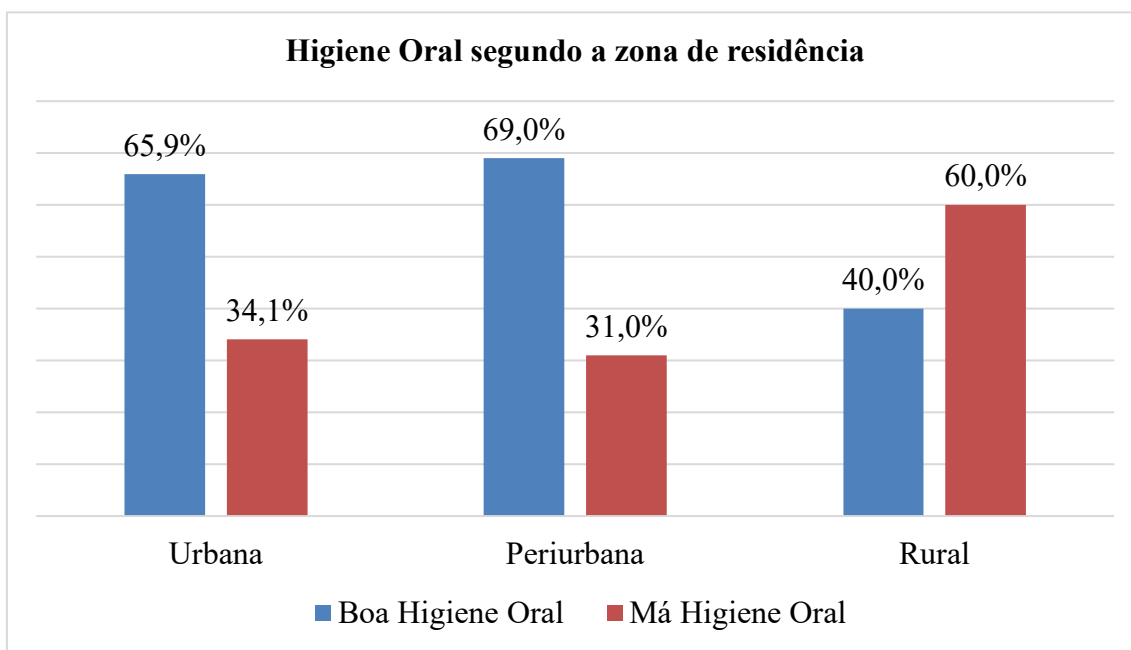


Figura 26- Distribuição da classificação da Higiene Oral em função da zona de residência

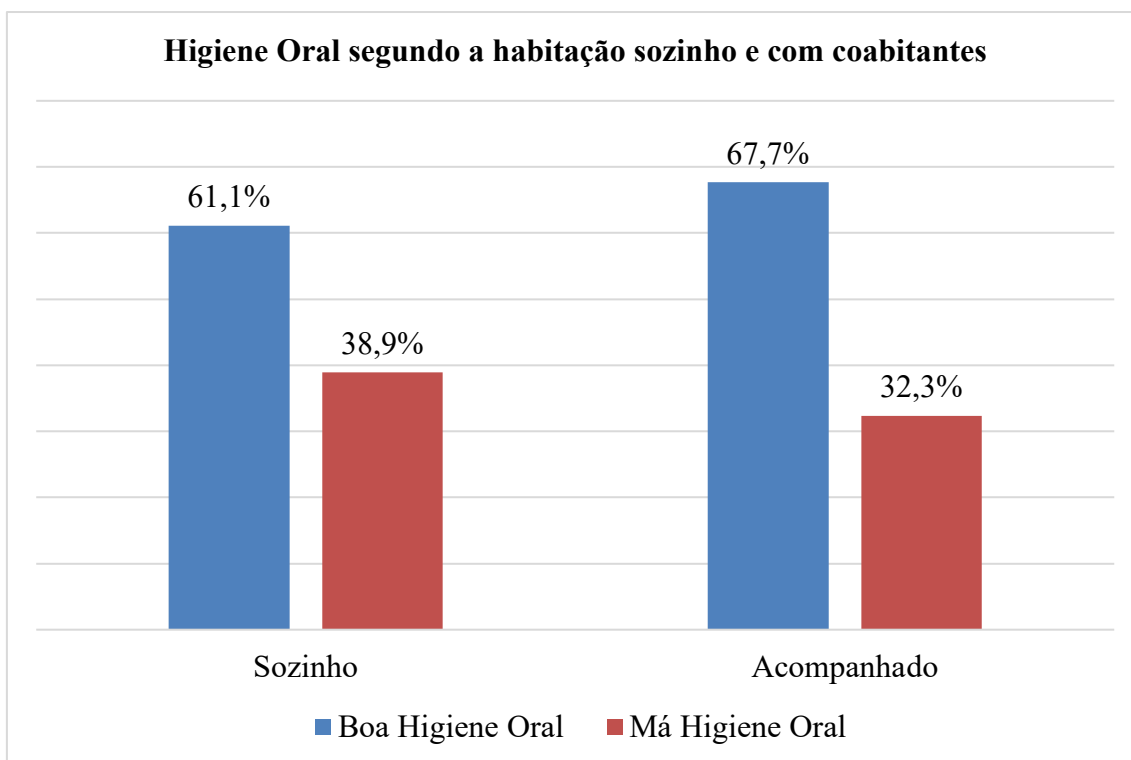


Figura 27- Distribuição da classificação da Higiene Oral segundo a vivência habitacional dos indivíduos (sozinhos ou como coabitantes).

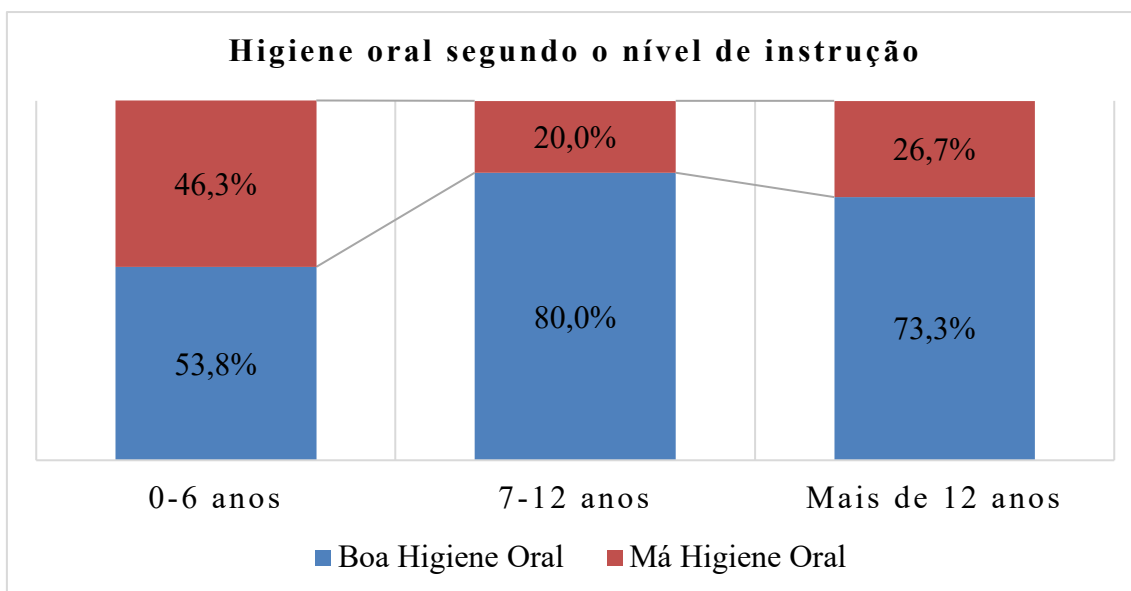


Figura 28- Distribuição da classificação da Higiene Oral segundo o nível de instrução.

4.4.11 HIGIENE ORAL E GOHAI

Ao analisar os resultados não foram encontradas diferenças significativas ($p=0,627$) entre a autoavaliação da qualidade de vida (definida pela classificação associada ao GOHAI) e os hábitos de higiene oral na população estudada (Figura 29).

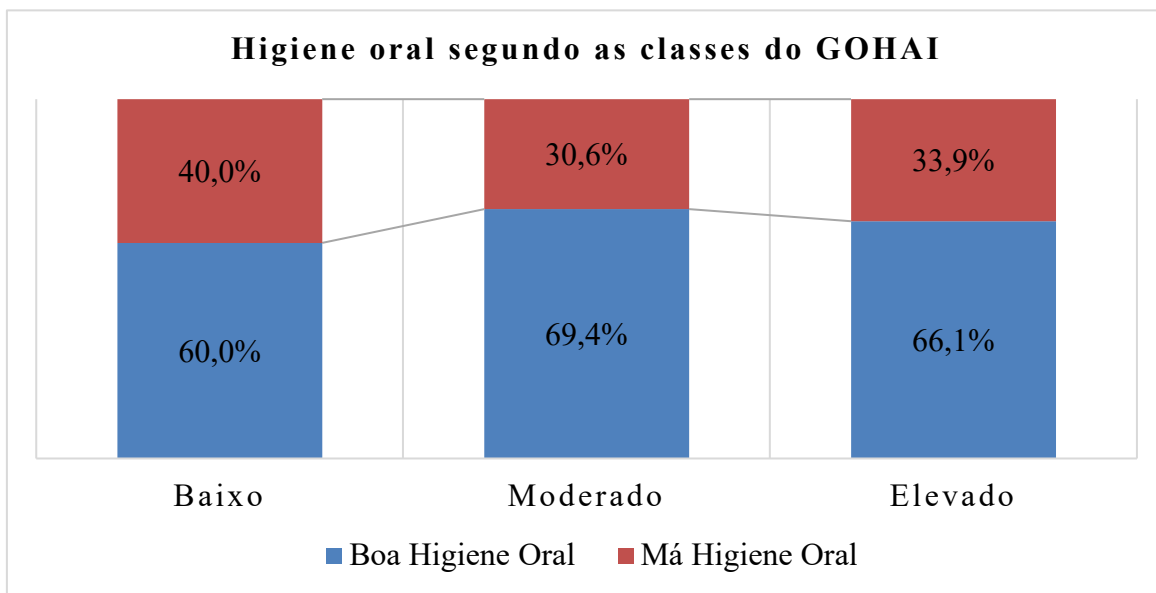


Figura 29- Distribuição da classificação da Higiene Oral segundo as classes do GOHAI.

5 DISCUSSÃO

O número de pacientes com idades compreendidas entre os 65-74 anos é superior em relação aos que têm mais de 75 anos, o que é explicado pelo decréscimo do número de pessoas com o aumentar da idade. A distribuição da amostra estudada segundo o sexo foi de encontro ao esperado, uma vez que na população portuguesa, segundo os resultados preliminares dos Censos 2021, 52,5% são mulheres (INE, 2021). Na população mundial com 65 ou mais anos, 55% são do sexo feminino (United Nations, 2020). Também este resultado foi de encontro com o que se observa mundialmente, uma vez que a esperança média de vida das mulheres é superior à dos homens. A população geriátrica que frequentou a CDEM, também integra 55% de pacientes do sexo feminino. No que concerne à zona de residência, mais de metade da amostra vive na zona urbana o que vem ao encontro com os resultados observados por Santos et al. (2019). Relativamente ao estado civil, a grande maioria dos inquiridos está casada e vive acompanhada, como foi observado por Rodrigues et al. (2018) e Santos et al. (2019). Na generalidade trata-se de uma população reformada, como foi verificado por Rodrigues et al. (2018) e Santos, et al. (2019), e que vive do rendimento mensal (reforma/salário). Na população geriátrica portuguesa há uma lacuna no campo na formação, o que se confirmou com os resultados obtidos. No presente estudo, uma minoria teve acesso ao ensino superior, enquanto predominou o número de pessoas que não estudaram ou tiveram até seis anos de escolaridade. Os resultados foram ao encontro com o que se observou no estudo piloto de Carvalho et al. (2013) e Ribeiro et al. (2012).

Segundo os resultados do *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44, 65-74 anos* (DGS, 2015) na população com idades compreendidas entre 65-74 anos, 53,2% lava os dentes duas ou mais vezes por dia e 71,3% lava os dentes à noite, antes de deitar. Os resultados obtidos neste estudo foram positivamente superiores na população estudada, onde 78,0% disse lavar os dentes duas ou mais vezes por dia e 89,3% diz lavar os dentes à noite. Melo et al. (2016), verificaram que 62,4% dos idosos da população estudada afirmaram fazer a higienização da cavidade oral duas vezes por dia e Ribeiro et al. (2012) verificaram o mesmo comportamento em 53,5% da amostra. Estas diferenças obtidas relativamente aos estudos anteriores poderão estar associadas ao facto de se tratar de pacientes de uma clínica dentária, que podem ter uma maior preocupação com os hábitos de higiene oral e talvez pelo facto de ser um resultado

positivo da educação para a saúde oral e motivação para a higiene oral que são realizadas constantemente na Clínica Dentária Egas Moniz.

Predominou a preferência pela escova manual (86,6%) e apenas 10,7% escova elétrica. Na população estudada por Nihtilä et al. (2017), apenas 8% lavavam os dentes duas vezes por dia com escova elétrica. Segundo os autores (Nihtilä et al., 2017) o uso de escova elétrica teria efeitos benéficos na higiene oral da população geriátrica, mas as limitações a nível cognitivo tendem a dificultar a aderência ao uso da mesma. Para contornar esta dificuldade de adaptação e aceitação, os pacientes devem ter contacto com este instrumento de limpeza o mais cedo possível.

Praticamente metade da amostra estudada utiliza um dispositivo de limpeza interproximal e contrariamente ao expectável, o valor de 14,0% de quem utiliza fio dentário - 3,8% utiliza pelo menos uma vez por dia, 5,5% usam uma ou mais vezes por semana e 4,7% pelo menos uma vez por mês- obtido do *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44, 65-74 anos* (DGS, 2015), foi ultrapassado com os 28,7% dos inquiridos que afirmaram usar fio dentário como complemento mecânico da higienização oral – 22% usa fio dentário e 6,7% usa dois ou mais acessórios de limpeza. No estudo de Melo et al. (2016) apenas 6,3% faziam a limpeza interproximal com fio dentário. Esta diferença poderá estar associada a uma alteração dos comportamentos da população e, como referido anteriormente, tratando-se de uma população que frequenta a clínica dentária poderá ter melhores hábitos de higiene oral.

Da população estudada 70,7% usa prótese dentária, valor que acaba por ser bastante superior ao obtido do *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44, 65-74 anos* (DGS, 2015) que foi de 51,1% e também com os 57,8% verificados por Ribeiro et al. (2012) e mais semelhante com 74,1% obtidos por Su et al. (2020), no Japão. Este resultado poderá estar associado ao facto de a população estudada ser frequentadora da clínica dentária e ser guiada a reabilitar os espaços edêntulos.

Um quarto da amostra que utiliza prótese, dorme com ela, o que indicia que as recomendações de manutenção e uso da prótese devem ser melhoradas de modo a reduzir esta incidência.

Os valores do GOHAI tiveram uma distribuição praticamente uniforme apesar do ligeiro domínio da elevada autopercção pelo que não foram tão positivos como os

obtidos por Carvalho et al. (2013) que reportaram 59,9% dos indivíduos com uma autopercepção do GOHAI elevada e Machado (2018) em que 68,8% da amostra exibiu uma classificação moderada e alta. No entanto, esta distribuição praticamente uniforme da autopercepção como baixa, moderada e elevada vem confirmar o quão diferente pode ser o processo de envelhecimento e quão evidentes podem ser as desigualdades (Daniel et al., 2018). A diferença nos resultados relativamente aos restantes estudos poderá ser devido ao facto de as populações estudadas serem provenientes de diferentes regiões de Portugal, existindo um fator de especificidade regional a ter em conta.

Segundo o estudo de Costa et al. (2019) e Sekiguchi et al. (2020), os representantes do sexo masculino tendem a apresentar valores GOHAI mais altos, o que foi de encontro com os resultados obtidos. No entanto, Machado (2018) observou que os homens tendem a ter os valores da autopercepção mais baixos do que as mulheres. Ainda neste domínio, verificou-se uma diferença significativa a nível GOHAI e também da dimensão física, o que, por sua vez, permite a existência da possibilidade de o sexo feminino tender a sentir mais limitações a nível da mastigação, fonação e/ou deglutição.

Quem está casado, vive acompanhado e/ou tem um nível de instrução mais elevado propende a ter a autopercepção elevada. O estado civil tem impacto na QdV, segundo diversos estudos (Carvalho et al., 2016; Miranda et al., 2011; Peres et al., 2010). Indivíduos solteiros tendem a apresentar valores mais baixos assim como os que vivem sozinhas (Carvalho et al., 2016; Haikal et al., 2011). Verificou-se que as pessoas que vivem sozinhas, têm a autoavaliação da dimensão da dor/desconforto significativamente mais baixa. Indivíduos que têm um baixo nível de instrução apresentam tendência a ter uma autopercepção baixa o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Tubert-Jeannin et al. (2003). O facto de pessoas com menos instrução terem valores de autopercepção menores pode-se dever ao facto de terem dificuldades em perceber a necessidade de tratamento, o que poderá estar associado a um aumento da probabilidade de serem portadores de doenças crónicas que debilitam a QdV (Antunes, 2013; Braz, 2011; Ribeiro et al., 2012).

No que concerne à zona de residência, os habitantes da zona periurbana foram os que apresentaram valores de autopercepção mais baixos. Quem vive em meio rural tende a ter a autopercepção de QdVRSO mais baixa, segundo o que foi observado por Costa et al. (2019). Nesse estudo, observou-se que os habitantes de zonas periurbanas do Brasil eram os que possuíam a autopercepção mais baixa, esta diferença poderá estar associada

as condições de vida que são características das zonas rural, urbana e periurbana, nos países onde foram realizados os estudos.

Observaram-se valores mais baixos de GOHAI em indivíduos que não higienizam a cavidade oral, principalmente no domínio físico onde se detetou uma diferença significativa. Este resultado poderá estar vinculado ao facto de alguns dos indivíduos que não realizam a higienização serem desdentados totais.

Pacientes que afirmaram não usar dispositivo interdentário evidenciaram valores de GOHAI mais baixos, com diferença significativa a nível do GOHAI total e nos domínios físico e de dor/desconforto. Não se observou associação significativa entre o uso ou não de colutório e a QdVRSO. Os baixos valores da auto percepção em pacientes com falhas na higienização oral podem dever-se ao facto de a higiene oral estar associada à saúde oral que por sua vez tem impacto na QdVRSO.

Na amostra estudada, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no GOHAI (e todos os seus domínios), registando-se valores mais elevados de auto percepção em quem não usa prótese e não sente necessidade de utilizar e valores do GOHAI mais baixos em quem não usa e sente a necessidade em usar. Os resultados, a nível do domínio físico, tendem a ser mais baixos em quem usa prótese. No domínio psicossocial e no da dor/desconforto tal observa-se em quem não usa prótese e necessita. No estudo de Masood et al. (2017), os inquiridos que usam prótese tiveram pior valor de QdVRSO. No estudo de Murtinha (2016) pacientes portadores de próteses parciais removíveis mostraram tendência a ter uma boa qualidade de vida e Yen et al, (2015) verificaram o mesmo só que em pacientes satisfeitos com as suas reabilitações protéticas. Não obstante, Atchison e Dolan (1990), afirmaram que pessoas portadoras de prótese removível, com poucas estruturas dentárias em boca e com necessidade de tratamento dentário têm tendência a ter os valores da auto percepção baixos. Possivelmente, os pacientes que não usam prótese, mas consideram necessitar, têm os valores da auto percepção mais baixos, devido ao facto de não terem a necessidade satisfeita e eventualmente, porque a existência de espaços edêntulos tem impacto negativo, como referido anteriormente, em diversas áreas da vida de um indivíduo.

Em ambas as faixas etárias os inquiridos enquadraram-se nos parâmetros estabelecidos da boa higiene oral. Verificou-se que na amostra estudada, o género tem uma associação significativa com a qualidade de higiene oral. Tal como Santos et al. (2019), verificou-se que as mulheres tendem a ter uma melhor higiene oral.

Pessoas que habitam a zona urbana e periurbana são propícias a ter melhor higiene oral. No estudo de Santos et al. (2019), apesar de não se ter estudado exclusivamente a população idosa, em zonas rurais há uma tendência para piores hábitos de higiene oral o que poderá estar associado a uma menor informação da população.

Segundo os resultados do estudo de Guevara-Canales et al. (2018), há uma associação entre a higiene das próteses e satisfação com a saúde oral. Pacientes que estão satisfeitos com a saúde oral tendem a ter uma boa a aceitável higiene das próteses.

Houve uma associação significativa entre o nível de instrução e a higiene oral. Quanto mais elevado o nível educacional maior é a percentagem de pessoas com os corretos hábitos de higiene oral. Resultados semelhantes foram observados por Melo et al. (2016), em que pessoas com baixo nível de instrução apresentaram tendência para ter pior higiene oral. No estudo de Ribeiro et al. (2012), pacientes com baixo nível de escolaridade tinham uma frequência de escovagem menor o que por sua vez influenciou a qualidade da higiene oral. Esta associação poderá estar vinculada a uma menor informação da população.

Não foi possível averiguar uma associação significativa entre os valores do GOHAI e a higiene oral. No entanto foi observado em estudos (Ortíz-Barrios et al., 2019; Osman et al., 2018) que a baixa qualidade de vida está associada a uma deficiente higiene oral. Sousa (2016) também não registou diferenças significativas dos hábitos de higiene oral na influência da QdVRSO, no entanto apurou-se que os participantes do estudo que higienizavam os dentes tiveram melhores resultados de QdVRSO, principalmente no que concerne a ausência de limitações tanto a nível funcional como físico.

Após o estudo e análise dos dados obtidos, a primeira hipótese nula deve ser refutada, uma vez que existem alguns indicadores socioeconómicos como o sexo, o viver sozinho, o uso de dispositivo interdentário e a necessidade de uso de prótese, que apresentam uma associação significativa com a autoperceção da qualidade de vida. A segunda hipótese nula deve ser aceite, uma vez que no presente estudo, não se verificou a existência de impacto dos hábitos de higiene oral na qualidade de vida.

Tratando-se de um estudo epidemiológico/correlacional, este apresenta vantagens, mas algumas limitações associadas ao mesmo. Os resultados obtidos na amostra considerada neste estudo não deverão ser estendidos para a totalidade da população

geriátrica portuguesa, uma vez que a amostra é somente representativa da população idosa que frequentou a Clínica Dentária Egas Moniz durante o período referido.

6 CONCLUSÕES

- A distribuição da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral na população estudada é bastante homogénea, em cada uma das três classificações do GOHAI. Cerca de 30% dos participantes autopercecionaram a sua Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral como baixa.
- Verificou-se que os participantes do sexo masculino, quem vive acompanhado, higieniza a cavidade oral, usa dispositivo interdentário e não sente necessidade em usar uma prótese tem uma associação positiva significativa com os valores da autoperceção de qualidade de vida relacionados com a saúde oral.
- Em termos de hábitos de higiene oral, os inquiridos obtiveram resultados positivos e acima da média nacional. Os participantes do sexo feminino e com elevado nível de instrução tendem a ter melhores hábitos de higiene oral.
- Não se obteve associação significativa entre os hábitos de higiene oral e a qualidade de vida relacionada com a saúde oral. No entanto, evidenciou-se uma associação significativa entre o género e o nível de instrução dos participantes e a higiene oral.

7 RELEVÂNCIA CLÍNICA

A população mundial está a envelhecer e cada vez há uma maior necessidade de conhecer melhor a população geriátrica e de proporcionar uma vida digna.

Em Portugal, existem poucos estudos sobre a Saúde Oral da população geriátrica, pelo que este estudo permitiu conhecer a população geriátrica que frequenta a Clínica Dentária Egas Moniz, localizada na área metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo.

Este estudo realça a importância da educação da população para os cuidados de saúde uma vez que a saúde oral influencia a qualidade de vida da população. Ainda foi possível identificar quais são as características que vulnerabilizam os indivíduos o que permitirá guiar a implementação de medidas.

Segundo diversos estudos e também as conclusões que o presente estudo alcançou, a população geriátrica é uma população vulnerável e que requer um investimento no que concerne aos cuidados de saúde, assim como adaptação das políticas de saúde às condições e possibilidades características desta faixa etária.

É ainda importante reforçar, que o ensino da Medicina Dentária deverá incidir de forma mais detalhada no estudo das características específicas da população geriátrica, assim como nas possibilidades de abordagem e tratamento dos pacientes.

8 PERSPETIVAS FUTURAS

Com o envelhecimento populacional, é cada vez mais importante o conhecimento da população geriátrica, o estado de saúde, os fatores de risco, as patologias que mais atingem os idosos, de modo a, como é proposto pela OMS, permitirmos um envelhecimento ativo e saudável e com qualidade de vida. Estas melhorias a nível da saúde oral, são passíveis de ocorrerem com a adaptação e incidência dos programas de saúde oral a nível das áreas mais problemáticas.

Após a análise e estudo dos dados obtidos nesta amostra seria interessante, como continuação deste estudo:

- Realizar o exame clínico da cavidade oral;
- Verificar se a saúde oral e os hábitos de higiene oral são coerentes com o que se observa no exame clínico, nomeadamente, através do índice CPOD, o índice gengival (IG), o índice periodontal (IP);
- Realizar, na consulta do exame clínico, educação para a saúde oral;
- Realizar consultas de *follow-up* para avaliar se as sessões de promoção e educação para a saúde têm impacto na população idosa;
- Verificar se a melhoria dos hábitos de higiene oral tem impacto na QdVRSO.

Complementar a este estudo:

- Aplicar o mesmo questionário numa população geriátrica institucionalizada de modo a verificar a existência de diferenças entre os indivíduos institucionalizados e não. Estes dados permitiriam evidenciar onde se encontram as falhas no que concerne à QdVRSO e também saúde oral e guiar os futuros programas de saúde.

9 BIBLIOGRAFIA

- Aguirre-Bustamante, J., Barón-López, F. J., Carmona-González, F. J., Pérez-Farinós, N., & Wärnberg, J. (2020). Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. *BMC Oral Health*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-020-1047-3>
- Ahammed, T., Anjum, A., Rahman, M. M., Haider, N., Kock, R., & Uddin, M. J. (2021). Estimation of novel coronavirus (COVID -19) reproduction number and case fatality rate: A systematic review and meta-analysis. *Health Science Reports*, *4*(2). <https://doi.org/10.1002/hsr2.274>
- Albeny, A. L., & Santos, D. B. F. (2018). Doenças Bucais que mais acometem o paciente na terceira idade: Uma revisão de Literatura. *ID on Line REVISTA DE PSICOLOGIA*, *12*(42), 1215–1228. <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i42.1363>
- Allen, P. F., McMillan, A. S., & Locker, D. (2001). An assessment of sensitivity to change of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *29*(3), 175–182. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2001.290303.x>
- Andrade, A. D. D. (2013). *Perceção do estado de saúde oral em idosos institucionalizados: influência no seu estado nutricional*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal.
- Antunes, S. D. F. (2013). *Avaliação da Saúde Oral num grupo de idosos institucionalizados no Concelho de Vagos*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Arabaci, T., & Demir, T. (2013). An index developed for the determination of oral hygiene motivation success. *Dental Hypotheses*, *4*(1), 9. <https://doi.org/10.4103/2155-8213.110183>
- Ástvaldsdóttir, L., Boström, A., Davidson, T., Gabre, P., Gahnberg, L., Sandborgh Englund, G., Skott, P., Ståhlacke, K., Tranæus, S., Wilhelmsson, H., Wårdh, I., Östlund, P., & Nilsson, M. (2018). Oral health and dental care of older persons—A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*, *35*(4), 290–304. <https://doi.org/10.1111/ger.12368>

- Atchison, K., & Dolan, T. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*, 54(11), 680–687. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.1990.54.11.tb02481.x>
- Barbe, A. G., Schmidt, P., Bussmann, M., Kunter, H., Noack, M. J., & Röhrig, G. (2016). Xerostomia and hyposalivation in orthogeriatric patients with fall history and impact on oral health-related quality of life. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 1971–1979. <https://doi.org/10.2147/CIA.S178370>
- Botelho, J., Machado, V., Proença, L., Alves, R., Cavacas, M. A., Amaro, L., & Mendes, J. J. (2019). Study of Periodontal Health in Almada-Seixal (SoPHiAS): a cross-sectional study in the Lisbon Metropolitan Area. *Scientific Reports*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-52116-6>
- Botelho, J., Machado, V., Proença, L., Oliveira, M. J., Cavacas, M. A., Amaro, L., Águas, A., & Mendes, J. J. (2020). Perceived xerostomia, stress and periodontal status impact on elderly oral health-related quality of life: findings from a cross-sectional survey. *BMC Oral Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01183-7>
- Braz, M. P. V. (2011). *Estudo da Saúde Oral e Necessidades de Tratamento em Idosos Institucionalizados*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Carvalho, C., Manso, A. C., Escoval, A., Salvado, F., & Nunes, C. (2013). Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.10.002>
- Carvalho, C., Manso, A. C., Escoval, A., Salvado, F., & Nunes, C. (2016). Self-perception of oral health in older adults from an urban population in Lisbon, Portugal. *Revista de Saúde Pública*, 50(0). <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006311>
- Cho, M. J., Jung, E. K., Jung, Y. S., Shin, H. E., Kim, E. K., Kim, H. C., Choi, Y. H., & Song, K. B. (2018). Relationship between the activities of daily living, oral health-related quality of life and dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(6), 943–949. <https://doi.org/10.1111/ggi.13305>
- Chung, S. Y., Song, K. B., Lee, S. G., & Choi, Y. H. (2011). The strength of age effect on tooth loss and periodontal condition in Korean elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), e243–e248. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.04.021>

- Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H., & Reis Campos, J. C. (2011). As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 52(3), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2011.05.002>
- Costa, M. J. F., de Almeida Lins, C. A., de Macedo, L. P. V., de Sousa, V. P. S., Duque, J. A., & de Souza, M. C. (2019). Clinical and self-perceived oral health assessment of elderly residents in urban, rural, and institutionalized communities. *Clinics*, 74. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e972>
- Daniel, F., Monteiro, R., Antunes, S., Fernandes, R., & Ferreira, P. (2018). Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspetiva de género. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(2), 59–65. <https://doi.org/10.1159/000490929>
- Daoust, J. F. (2020). Elderly people and responses to COVID-19 in 27 Countries. *PLOS ONE*, 15(7), e0235590. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235590>
- DGS. (2005). *Circular Normativa para Administrações Regionais de Saúde e todos os Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde*. Acedido em 15 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.ond.pt/chequedentista/legislacao/dgs-circular-normativa-01dse-2005.pdf>
- DGS. (2015). III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44, 65-74 anos. *Direção-Geral da Saúde*.
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho nº 12427/2016)*. Lisboa. Ministério da Saúde. Acedido em 18 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS. (2019). *Programa Nacional Promoção da Saúde Oral Portugal 2019*. Lisboa: DGS.
- Dias, S. S., Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., de Sousa, R. D., Branco, J. C., & Canhão, H. (2018). Cohort Profile: The Epidemiology of Chronic Diseases Cohort (EpiDoC). *International Journal of Epidemiology*, 47(6), 1741–1742j. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy185>
- Ekstrand, K., Poulsen, J., Hede, B., Twetman, S., Qvist, V., & Ellwood, R. (2013). A Randomized Clinical Trial of the Anti-Caries Efficacy of 5,000 Compared to 1,450 ppm Fluoridated Toothpaste on Root Caries Lesions in Elderly Disabled

- Nursing Home Residents. *Caries Research*, 47(5), 391–398.
<https://doi.org/10.1159/000348581>
- El Osta, N., Tubert-Jeannin, S., Hennequin, M., Bou Abboud Naaman, N., el Osta, L., & Geahchan, N. (2012). Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-131>
- Fattori, E., Teixeira, D., de Figueiredo, M., Cherubini, K., & Salum, F. (2019). Stomatological disorders in older people: An epidemiological study in the brazil southern. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 0. <https://doi.org/10.4317/medoral.22966>
- FDI. (2016). *FDI's Definition of oral health*. Consultado em 16 de junho de 2021. Disponível em <https://www.fdiworldddental.org/fdis-definition-oral-health>
- Ferreira, R., Magalhães, C. & Morreira, A. (2008) “Tooth loss, denture wearing and associated factors among and elderly institutionalised Brazilian population”, *Gerodontology*, 25(3), pp.168-178.
- Figueira, C. (2019). *Efeitos da xerostomia e hipossalialia na população idosa*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Univeritário Egas Moniz, Almada, Portugal.
- Figuro, E., Nóbrega, D. F., García-Gargallo, M., Tenuta, L. M. A., Herrera, D., & Carvalho, J. C. (2017). Mechanical and chemical plaque control in the simultaneous management of gingivitis and caries: a systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, 44, S116–S134. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12674>
- Gaewkhiew, P., Sabbah, W., & Bernabé, E. (2019). Functional dentition, dietary intake and nutritional status in Thai older adults. *Gerodontology*, 36(3), 276–284. <https://doi.org/10.1111/ger.12408>
- Genco, R. J., & Sanz, M. (2020). Clinical and public health implications of periodontal and systemic diseases: An overview. *Periodontology 2000*, 83(1), 7–13. <https://doi.org/10.1111/prd.12344>
- 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(1), 126. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-126>
- Gil-Montoya, J., Ferreira De Mello, A. L., Barrios, R., Gonzalez-Moles, M. A., & Bravo, M. (2015). Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being:

- a nonsystematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 461. <https://doi.org/10.2147/cia.s54630>
- Guevara-Canales, J. O., Morales-Vadillo, R., Sacsquispe-Contreras, S. J., Alberca-Ramos, D. E., Morgenstern-Orezzoli, H., & Cava-Vergíu, C. E. (2018). Association between self-perceived oral health and clinical indicators. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 16(1), 33–41. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a39685>
- Guilherme, R. M. F. (2009). *Adesão à vacina contra o cancro do colo do útero*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Gregório, M. J., Rodrigues, A. M., Eusébio, M., Sousa, R. D., Dias, S., André, B., Grønning, K., Coelho, P. S., Mendes, J. M., Graça, P., Espnes, G. A., Branco, J. C., & Canhão, H. (2017). Dietary Patterns Characterized by High Meat Consumption Are Associated with Other Unhealthy Life Styles and Depression Symptoms. *Frontiers in Nutrition*, 4. <https://doi.org/10.3389/fnut.2017.00025>
- Haikal, D. S., Paula, A. M. B. D., Martins, A. M. E. D. B. L., Moreira, A. N., & Ferreira, E. F. E. (2011). Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3317–3329. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000800031>
- Haworth, S., Shungin, D., Kwak, S. Y., Kim, H. Y., West, N. X., Thomas, S. J., Franks, P. W., Timpson, N. J., Shin, M. J., & Johansson, I. (2018). Tooth loss is a complex measure of oral disease: Determinants and methodological considerations. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 46(6), 555–562. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12391>
- Hussain, S. B., Botelho, J., Machado, V., Zehra, S. A., Mendes, J. J., Ciurtin, C., Orlandi, M., & D’Aiuto, F. (2020). Is there a bidirectional association between rheumatoid arthritis and periodontitis? A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 50(3), 414–422. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.01.009>
- Iinuma, T., Arai, Y., Takayama, M., Takayama, M., Abe, Y., Osawa, Y., Fukumoto, M., Fukui, Y., Shioda, Y., Hirose, N., Komiyama, K., & Gionhaku, N. (2017). Satisfaction with dietary life affects oral health-related quality of life and subjective well-being in very elderly people. *Journal of Oral Science*, 59(2), 207–213. <https://doi.org/10.2334/josnusd.16-0414>

- Ikebe, K., Hazeyama, T., Enoki, K., Murai, S., Okada, T., Kagawa, R., Matsuda, K. I., & Maeda, Y. (2012). Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *40*(5), 406–414. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00683.x>
- INE. (2020a). Base de Dados. Consultado em 20 de julho de 2021. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&menuBOUI=13707095&contexto=bd&selTab=tab2
- INE. (2020b). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Consultado em 1 de setembro de 2021. Disponível em: <https://ine.pt>
- Jauhiainen, L., Männistö, S., Ylöstalo, P., Vehkalahti, M., Nordblad, A., Turunen, A. W., & Suominen, A. L. (2017). Food consumption and nutrient intake in relation to denture use in 55- to 84-year-old men and women —Results of a population based survey. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *21*(5), 492–500. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0793-z>
- Kanasi, E., Ayilavarapu, S., & Jones, J. (2016). The aging population: demographics and the biology of aging. *Periodontology 2000*, *72*(1), 13–18. <https://doi.org/10.1111/prd.12126>
- Kandelman, D., Petersen, P. E., & Ueda, H. (2008). Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care in Dentistry*, *28*(6), 224–236. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2008.00045.x>
- Kansky, A. A., Didanovic, V., Dovsak, T., Brzak, B. L., Pelivan, I., & Terlevic, D. (2018). Epidemiology of oral mucosal lesions in Slovenia. *Radiology and Oncology*, *52*(3), 263–266. <https://doi.org/10.2478/raon-2018-0031>
- Kumar, A., & Rai, A. (2018). Oral Health Status, Health Behaviour and Treatment Needs of Patients Undergoing Cardiovascular Surgery. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, *33*(2). <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2017-0137>
- Lamster, I. B. (2016). Geriatric periodontology: how the need to care for the aging population can influence the future of the dental profession. *Periodontology 2000*, *72*(1), 7–12. <https://doi.org/10.1111/prd.12157>
- Lamster, I. B., Asadourian, L., del Carmen, T., & Friedman, P. K. (2016). The aging mouth: differentiating normal aging from disease. *Periodontology 2000*, *72*(1), 96–107. <https://doi.org/10.1111/prd.12131>

- Lindén, I. G., Andersson, P., Dahlin-Ivanoff, S., Gahnberg, L., & Hägglin, C. (2019). Development of an instrument to assess oral hygiene ability in older adults: The oral hygiene ability instrument. *Gerodontology*, *37*(1), 19–27. <https://doi.org/10.1111/ger.12437>
- Locker, D., & Allen, F. (2007). What do measures of “oral health-related quality of life” measure?. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *35*(6), 401–411. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x>
- Loureiro, P. I. C. (2018). *Autoperceção da qualidade da saúde oral dos doentes de odontogeriatria da clínica dentária Egas Moniz*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Univeritário Egas Moniz, Almada, Portugal.
- Lu, T. Y., Chen, J. H., Du, J. K., Lin, Y. C., Ho, P. S., Lee, C. H., Hu, C. Y., & Huang, H. L. (2020). Dysphagia and masticatory performance as a mediator of the xerostomia to quality of life relation in the older population. *BMC Geriatrics*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01901-4>
- Machado, C. M. S. C. S. (2018). *A condição de saúde oral dos idosos na população alentejana*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Maille, G., Saliba Serre, B., Ferrandez, A. M., & Ruquet, M. (2017). Use of care and the oral health status of people aged 60 years and older in France: results from the National Health and Disability Survey. *Clinical Interventions in Aging, Volume 12*, 1159–1166. <https://doi.org/10.2147/cia.s135542>
- Marquezin, M. C. S., Chaves-Júnior, S. D. C., Rasera, I., Pacheco, E. R. P., Gavião, M. B. D., Lamy, E., & Castelo, P. M. (2020). Oral Health and Nutritional Characteristics of Adults With Morbid Obesity: A Multivariate Analysis. *Frontiers in Nutrition*, *7*. <https://doi.org/10.3389/fnut.2020.589510>
- Masood, M., Newton, T., Bakri, N. N., Khalid, T., & Masood, Y. (2017). The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *Journal of Dentistry*, *56*, 78–83. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2016.11.002>
- Melo, P., Marques, S., & Silva, O. M. (2017). Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *International Dental Journal*, *67*(3), 139–147. <https://doi.org/10.1111/idj.12273>

- Miranda, L. D. P., Silveira, M. F., Miranda, L. D. P., & Bonan, P. R. F. (2011). Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(2), 251–269. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232011000200007>
- Mota, M. P., Figueiredo, P. A., & Duarte, J. A. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências Do Desporto*, 2004(1), 81–110. <https://doi.org/10.5628/rpcd.04.01.81>
- Murtinha, J. (2016). Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de prótese parcial removível (Dissertação de Mestrado). Instituto Univeritário Egas Moniz, Almada, Portugal.
- Neves, I. M. S. M. (2015). *Abordagem Do Paciente Com Estomatite Protética*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Ngo, D. Y. J., Thomson, W. M., Subramaniam, M., Abdin, E., & Ang, K. Y. (2018). The oral health of long-term psychiatric inpatients in Singapore. *Psychiatry Research*, 266, 206–211. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.048>
- Nielsen, D., Witter, D., Bronkhorst, E., & Creugers, N. (2016). Validation of a Dutch version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-NL) in care-dependent and care-independent older people. *BMC Geriatrics*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0227-0>
- Nihtilä, A., Tuuliainen, E., Komulainen, K., Autonen-Honkonen, K., Nykänen, I., Hartikainen, S., Ahonen, R., Tiihonen, M., & Suominen, A. L. (2017). Preventive oral health intervention among old home care clients. *Age and Ageing*, 46(5), 846–851. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx020>
- OMD. (2019). Barómetro da saúde oral. *Omd*, 5, 1–51. <https://www.ond.pt/content/uploads/2019/11/barometro-saude-oral-2019.pdf>
- OMS. (2003) World Oral Health Report. World Health Organization. Disponível em: http://archives.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf.
- OMS. (2013). *Oral Health Surveys Basic Methods 5th Edition*. World Health Organization.
- OMS. (2015) Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. *Organização Mundial da Saúde*.
- OMS. (2021). *DECADE OF HEALTHY AGEING FUNCTIONAL ABILITY INTRINSIC*

CAPACITY DECADE OF HEALTHY AGEING BASELINE REPORT SUMMARY.

World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders>.

- Ortíz-Barrios, L. B., Granados-García, V., Cruz-Hervert, P., Moreno-Tamayo, K., Heredia-Ponce, E., & Sánchez-García, S. (2019). The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis. *BMC Oral Health, 19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0840-3>
- Osman, S. M., Khalifa, N., & Alhajj, M. N. (2018). Validation and comparison of the Arabic versions of GOHAI and OHIP-14 in patients with and without denture experience. *BMC Oral Health, 18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0620-5>
- Peres, M. A., Masiero, A. V., Longo, G. Z., Rocha, G. C. D., Matos, I. B., Najnie, K., Oliveira, M. C. D., Arruda, M. P. D., & Peres, K. G. (2010). Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública, 44*(5), 901–911. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000500016>
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization, 83*, 661-669.
- Petersen, P. E., Kandelman, D., Arpin, S., & Ogawa, H. (2010). Global oral health of older people-call for public health action. *Community dental health, 27*(4), 257-67.
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 33*(2), 81–92. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x>
- Pires, I. C. G. R. (2009). *A influência da Saúde Oral na Qualidade de Vida*. (Dissertação de Doutorado). Universidade do Porto, Porto, Portugal
- 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*(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.30>
- PORDATA (2021). *Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo*. Consultado em 10 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

- Razak, P. A., Richard, K. M., Thankachan, R. P., Hafiz, K. A., Kumar, K. N., & Sameer, K. M. (2014). Geriatric oral health: A Review Article. *Journal of International Oral Health*. 6(6),110.
- Ribeiro, D., Pires, I., & Pereira, M. D. L. (2012). Comportamentos e auto-perceção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 53(4), 221–226. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2012.07.003>
- Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Sousa, R. D., Dias, S. S., Santos, M. J., Mendes, J. M., Coelho, P. S., Branco, J. C., & Canhão, H. (2018). Challenges of Ageing in Portugal: Data from the EpiDoC Cohort. *Acta Médica Portuguesa*, 31(2), 80. <https://doi.org/10.20344/amp.9817>
- Santos, J., Antunes, L., Namorado, S., Kislaya, I., João Santos, A., Rodrigues, A. P., Braz, P., Gaio, V., Barreto, M., Lyshol, H., Nunes, B., & Matias Dias, C. M. (2019). Oral hygiene habits in Portugal: results from the first Health Examination Survey (INSEF 2015). *Acta Odontologica Scandinavica*, 77(5), 334–339. <https://doi.org/10.1080/00016357.2018.1564839>
- Santos, L., & Souza, A. O. (2018). *Prevenção da saúde bucal do idoso e alterações dentárias*. 1–7.
- Sekiguchi, A., Kawashiri, S. Y., Hayashida, H., Nagaura, Y., Nobusue, K., Nonaka, F., Yamanashi, H., Kitamura, M., Kawasaki, K., Fukuda, H., Iwasaki, T., Saito, T., & Maeda, T. (2020). Association between high psychological distress and poor oral health-related quality of life (OHQoL) in Japanese community-dwelling people: the Nagasaki Islands Study. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12199-020-00919-9>
- Shao, R., Hu, T., Zhong, Y. S., Li, X., Gao, Y. B., Wang, Y. F., & Yin, W. (2018). Socio-demographic factors, dental status and health-related behaviors associated with geriatric oral health-related quality of life in Southwestern China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0925-8>
- Shokry, A. E., Rehab Adel, M., & Rashad, A. E. S. A. (2018). Educational program to improve quality of life among elderly regarding oral health. *Future Dental Journal*, 4(2), 211–215. <https://doi.org/10.1016/j.fdj.2018.07.002>
- Sousa, S. I. M. D. (2016). *Qualidade de Vida: Relacionada com a Saúde e com a Doença*.

- (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Su, Y., Yuki, M., Hirayama, K., Sato, M., & Han, T. (2020). Denture Wearing and Malnutrition Risk Among Community-Dwelling Older Adults. *Nutrients*, *12*(1), 151. <https://doi.org/10.3390/nu12010151>
- Tubert-Jeannin, S., Riordan, P. J., Morel-Papernot, A., Porcheray, S., & Saby-Collet, S. (2003). Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *31*(4), 275–284. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2003.t01-1-00006.x>
- United Nations. (2015). *World Population Ageing United Nations*.
- Usuga-Vacca, M., Marin-Zuluaga, D. J., Castellanos, J. E., & Martignon, S. (2021). Association between root/coronal caries and individual factors in institutionalised elderly using ICDAS severity and activity. *BMC Oral Health*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01520-4>
- Watanabe, Y., Okada, K., Kondo, M., Matsushita, T., Nakazawa, S., & Yamazaki, Y. (2020). Oral health for achieving longevity. *Geriatrics & Gerontology International*, *20*(6), 526–538. <https://doi.org/10.1111/ggi.13921>
- Yen, Y. Y., Lee, H. E., Wu, Y. M., Lan, S. J., Wang, W. C., Du, J. K., Huang, S. T., & Hsu, K. J. (2015). Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6831-15-1>
- Yu, L. X., Wang, X., Feng, X. P., Tai, B. J., Hu, D. Y., Wang, B., Wang, C. X., Zheng, S. G., Liu, X. N., Rong, W. S., Wang, W. J., Si, Y., & Lin, H. C. (2021). The relationship between different types of caries and periodontal disease severity in middle-aged and elderly people: findings from the 4th National Oral Health Survey of China. *BMC Oral Health*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01585-1>

ANEXOS

A Influência dos Hábitos de Higiene Oral na Qualidade de Vida da População Geriátrica da Clínica Universitária Egas Moniz – Estudo Piloto

ANEXO 1 - Parecer da Comissão de Ética do IUEM

Comissão de Ética EGAS MONIZ



Proc. Interno nº 919

Ex.ma Senhora
Kateryna Rudysh

Monte de Caparica, 25 de março de 2021.

Ex.ma Senhora,


Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado "A influência dos hábitos de higiene oral na qualidade de vida da população geriátrica da Clínica Universitária Egas Moniz – estudo piloto", foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

ANEXO 2 -Autorização da Direção Clínica para a utilização das instalações


EGAS MONIZ

Declaração da Direção Clínica para Autorização para realização de trabalho de projeto final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Clínica Dentária Egas Moniz
Código | IMP.CDEM.05_01


Identificação do Estudante: Kateryna Rudysh
Título do Trabalho: O efeito dos cuidados de higiene oral na qualidade de vida na população idosa - estudo piloto.

Excelentíssima Professora Doutora Fernanda de Mesquita,

A aluna Kateryna Rudysh, pode utilizar a Clínica Dentária Egas Moniz (CDEM), para realização da Investigação "A influência dos hábitos de higiene oral na qualidade de vida da população geriátrica da Clínica Universitária Egas Moniz - estudo piloto".
Aguardo a aprovação da Comissão Científica e da Comissão de Ética, para cedência das instalações e dos doentes da clínica de acordo com o normal funcionamento da Clínica.
A consulta dos processos clínicos somente poderá ser efetuada na CDEM, dentro de horário a estipular para cada projeto.

Atenciosamente, com os melhores cumprimentos,

Monte da Caparica, 14 de Junho de 2020

Direção Clínica 

ANEXO 3- Consentimento Informado



A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelos orientadores e/ou pelos seus mandatados. A recolha dos dados será anonimizada por codificação e confidencial, sendo que os dados recolhidos não o identificam individualmente e serão codificados e guardados num computador com palavra-passe conhecida apenas pelos investigadores do estudo.

(Riscar o que não interessa)

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

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)



Monte de Caparica, ____ de _____ de 2020

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Tese de mestrado do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação do Prof. Doutor Luís Alexandrino Preença, Prof. Doutor José João Mendes e Mestre Inês Caelano Santos, solicita-se autorização para a participação no "A influência dos hábitos de higiene oral na qualidade de vida da população geriátrica da Clínica Universitária Egas Moniz – estudo piloto".

Este estudo decorre na Clínica Dentária Egas Moniz com participantes com idade superior a 65 anos e tem como objetivo de analisar a importância dos cuidados de higiene oral na qualidade de vida da população geriátrica portuguesa.

Solicita-se a sua autorização para o preenchimento de um questionário sobre:

- 1- Dados relativos à sua profissão, reforma, grau de escolaridade, localização e condições da sua habitação;
- 2- Hábitos de higiene oral e como considera a sua saúde oral;
- 3- Dados sobre a sua qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo, podendo desistir de participar neste estudo a qualquer momento.

A sua participação não tem qualquer nível de risco nem custo económico.

A participação no estudo irá acrescentar um tempo máximo de 15 minutos à sua consulta.

Este estudo pode trazer benefícios tais como melhorar o conhecimento sobre a higiene oral e a sua influência na qualidade de vida na população portuguesa.

ANEXO 4- Questionário



Questionário

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Tese de mestrado do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação do Professor Doutor José João Mendes, solicita-se autorização para a participação no estudo "A influência dos hábitos de higiene oral na qualidade de vida da população geriátrica da Clínica Universitária Egas Moniz – estudo piloto" com o objetivo de analisar a importância dos cuidados de higiene oral na qualidade de vida da população geriátrica portuguesa, que consiste na seguinte participação:

O questionário consiste em **três grupos de perguntas** sobre:

- I. Dados sociodemográficos (12 perguntas), validadas pelo questionário nacional do estudo EpiDoC e Escala de Grafifar;
- II. Hábitos de higiene oral, (9 perguntas), validadas pela OMS e pelo estudo nacional EpiDoC;
- III. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral (12 perguntas incluídas no Índice GOHAI, validado para a população portuguesa).

Não existem respostas certas ou erradas por isso solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões.

Qualquer questão em que tenha dúvidas, não hesite em perguntar ao investigador.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Contacto do Investigador:

Kateryna Rudysh
924334120

katerynarudysh@gmail.com



Código do participante (ID):
Data da consulta: ____/____/____

Consentimento Informado

Assinou consentimento informado?

Sim Não

Data de assinatura consentimento informado: ____/____/____

CHECKLIST DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

1. Paciente na Clínica Universitária Egas Moniz: Sim Não
2. Idade superior a 65 anos: Sim Não
3. Literado (saber ler e escrever): Sim Não
4. Fala e compreende a língua portuguesa: Sim Não
5. Não está institucionalizado: Sim Não
6. Capacidade para cumprir protocolo de estudo (incapacidade: cegueira, surdez, demência): Sim Não
7. Cumpre critérios: Sim Não



I. Dados Sociodemográficos

1. Idade: _____

2. Data de Nascimento: ____/____/____

3. Sexo (assinale com um X):

Feminino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

4. Distrito:

1. Setúbal	<input type="checkbox"/>
2. Lisboa	<input type="checkbox"/>
3. Outro	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Outro", Qual? _____

5. Como caracteriza a zona onde vive? (assinale com um X):

1. Urbana/Cidade	<input type="checkbox"/>
2. Peri-urbana/ Periferia da cidade	<input type="checkbox"/>
3. Rural/ Campo	<input type="checkbox"/>

6. Estado Civil (assinale com um X):

1. Solteiro	<input type="checkbox"/>
2. Casado/Vive em casal	<input type="checkbox"/>
3. Divorciado	<input type="checkbox"/>
4. Viúvo	<input type="checkbox"/>

7. Vive sozinho? (assinale com um X):

1. Sim	<input type="checkbox"/>
2. Não	<input type="checkbox"/>

8. Situação Profissional
Qual a sua condição profissional atual (assinale com um X):

1. Trabalhador ativo a tempo inteiro (preencher alínea b)	<input type="checkbox"/>
2. Trabalhador ativo a tempo parcial (preencher alínea b)	<input type="checkbox"/>
3. Doméstico(a)	<input type="checkbox"/>
4. Desempregado(a)	<input type="checkbox"/>
5. Reformado(a) (preencher alínea a)	<input type="checkbox"/>
6. Estudante	<input type="checkbox"/>
7. Com incapacidade laboral temporária	<input type="checkbox"/>

a) Se na pergunta anterior respondeu "reformado":
Há quantos anos se reformou? _____ anos.

b) Se na pergunta anterior respondeu "trabalhador ativo":
Qual a sua profissão: _____

9. Qual dos níveis de instrução corresponde ao seu? (assinale com um X):

1. Ensino universitário (licenciatura ou bacharelato) (Mais de 12 anos de estudo).	<input type="checkbox"/>
2. Ensino Secundário ou curso técnico superior (10 a 12 anos de estudo).	<input type="checkbox"/>
3. Antigo liceu ou 3º ciclo de ensino básico ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo)	<input type="checkbox"/>
4. Ensino primário completo com ou sem ciclo preparatório (4 a 6 anos de estudo)	<input type="checkbox"/>
5. Ensino primário incompleto ou nulo	<input type="checkbox"/>

10. Qual a sua principal fonte de rendimentos? (assinale com um X):

1. Herdade ou adquirida (vive de rendimentos).	<input type="checkbox"/>
2. Lucros de empresas, altos honorários, cargos bem remunerados, etc.	<input type="checkbox"/>
3. Vencimento mensal fixo (ordenado).	<input type="checkbox"/>
4. Remuneração semanal, diária ou à tarefa.	<input type="checkbox"/>
5. Sustento por beneficência, pública ou privada. Não incluir subsídios de desemprego ou incapacidade de trabalho.	<input type="checkbox"/>

10.1. Qual o valor (€) da sua reforma mensal? (assinale com um X):

1. <200	<input type="checkbox"/>
2. 201-400	<input type="checkbox"/>
3. 401-600	<input type="checkbox"/>
4. 601-800	<input type="checkbox"/>
5. 801-1000	<input type="checkbox"/>
6. > 1001	<input type="checkbox"/>
7. Não sabe/ Não responde	<input type="checkbox"/>

11. Como considera o conforto do seu alojamento? (assinale com um X):

1. Moradia ou andar de luxo.	
2. Moradia ou andar sem luxo, mas espaçoso e confortável.	
3. Casa ou andar modesto, bem conservado, com cozinha e quarto de banho.	
4. Construção clandestina ou não, em razoável estado de conservação, mas sem quarto de banho dentro de casa.	
5. Espaço com condições mínimas de salubridade e privacidade.	

12. Como considera o aspeto da sua habitação? (assinale com um X):

1. Bairro residencial onde o m ² é muito caro.	
2. Bairro residencial bom, de ruas largas, casas confortáveis, mas sem luxo.	
3. Zona de baixa citadina, com ruas antigas, estreitas e pouco arejadas, ou de bairro de construção económica, com água, luz e saneamento.	
4. Bairro populoso e degradado, embora de construção minimamente aceitável, mas sem água, luz e saneamento.	
5. Bairro de lata.	

II. Hábitos de Higiene Oral

1. Costuma escovar os dentes e a prótese todos os dias? (assinale com um X):

1. Sim, os dentes	
2. Sim, os dentes e a prótese	
3. Não	

2. Em que altura do dia escova os dentes? (assinale com um X):

1. Só de manhã	
2. Só à tarde	
3. Só à noite	
4. De manhã e tarde	
5. De manhã e noite	
6. Tarde e noite	
7. Manhã, tarde e noite	
8. Não escova	

3. Que escova utiliza? (assinale com um X):

1. Manual	
2. Elétrica	
3. Não utiliza	

4. Utiliza pasta com flúor? (assinale com um X):

1. Sim	
2. Não	

5. Utiliza algum dispositivo interdentário? (assinale com um X):

1. Fio dentário	
2. Escovilhão	
3. Palito	
4. Outro	
5. Não	

6. Bochecha com algum colutório? (assinale com um X):

1. Sim, com flúor	
2. Sim, com clorexidina	
3. Sim, com outro componente	
4. Não	

7. Se usa prótese dentária, que cuidados tem? (assinale com um X):

1. Lava a prótese sempre que lava os dentes	
2. Lava a prótese uma vez por dia	
3. Não lava a prótese	

7.1. Antes de ir dormir (assinale com um X):

1. Dorme com a prótese dentária na boca	
2. Guarda-a num copo com água	
3. Guarda-a num copo com líquido de limpeza	
4. Guarda-a num ambiente seco	

8. Quando foi a sua última visita ao dentista? (assinale com um X):

1. Menos de 6 meses	
2. Menos de 1 ano	
3. Entre 1 e 2 anos	
4. Mais de 2 anos	
5. Mais de 3 anos	
6. Mais de 5 anos	
7. Nunca	

9. O que fez na sua última ida ao dentista? (assinale com um X):


1. Restauração de um dente (obturação de um dente)	
2. Conserto de prótese (arranjo da prótese)	
3. Extração dentária (arranço um dente)	
4. Desvitalizar um dente (tirou o nervo de um dente)	
5. Destaratarização (limpeza dos dentes)	
6. Consulta de rotina	
7. Outro	
8. Não se lembra	

III. Qualidade de vida Relacionada com a Saúde Oral

(Carvalho et al., 2012: Índice GOHAI traduzido e validado para a população Portuguesa)

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


ANEXO 5- Poster apresentado no 2021 CED-IADR. Santos, I. C., Rudysh, K., Martins, F., Proença, L., Manso, A. C., Polido, M., Mendes, J. J., Canhão, H. (2021) “Oral Cleaning Habits and Quality of Life in the Elderly”.



0254

Oral Cleaning Habits and Quality of Life in the Elderly

Inês Caetano Santos^{1,2,3}, Kateryna Rudysh¹, Fabrícia Martins¹, Luís Proença^{1,2}, Ana Cristina Manso^{1,2}, Mário Polido^{1,2}, José João Mendes^{1,2}, Helena Canhão³



¹ Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM), Caparica, Portugal;
² Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CIEM), Caparica, Portugal;
³ Nova Medical School, Chronic Diseases Research Centre (CEDOC) – EpiDoc Unit, Lisbon, Portugal

Objectives

In order to contribute for the implementation of specific strategies for the prevention of oral diseases of this age group¹, the purpose of this exploratory study was to characterize oral cleaning habits in the elderly and evaluate their impact on quality of life.

Methods

The study, approved by a state-recognized Ethical Committee, included 80 elderly patients who attended a university dental clinic over a 3-month period. Inclusion criteria were age 65+ years, being non-institutionalized and having signed informed consent. Participants were distributed into four groups according to their age (years): 65–70, 71–75, 76–80 and 81+. Information was gathered through a questionnaire about oral cleaning habits (toothbrushing frequency, use of interdental cleaning aids (ICA) and mouthrinses) and oral health-related quality of life (OHRQoL) was obtained through Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)^{2,3}. It was considered having “good oral cleaning habits”, brushing twice or more a day and using ICA or mouthrinses. OHRQoL was classified according to GOHAI scores as “high” (30–33) or “low” (<30). Data were analyzed through descriptive and inferential methodologies. A significance level of 5% ($p=0.05$) was considered.

Results

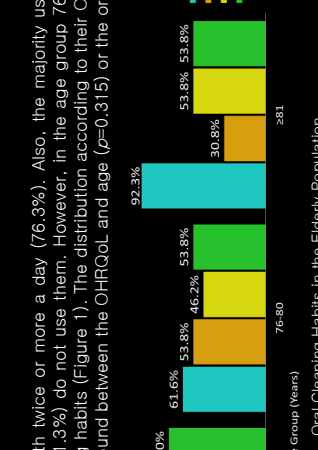
The majority of participants brush their teeth twice or more a day (76.3%). Also, the majority use mouthrinses (65.0%), except in the age group 76–80, where 46.2% use them. Concerning the use of ICA, the majority (61.3%) do not use them. However, in the age group 76–80, the majority of the participants use them (53.8%). According to our criteria, 63.7% of all participants have good cleaning habits (Figure 1). The distribution according to their OHRQoL score was the following: 36.3% (high), 32.5% (moderate), and 31.3% (low) (Figure 2). No significant association was found between the OHRQoL and age ($p=0.315$) or the oral cleaning habits ($p=0.967$).

Conclusion

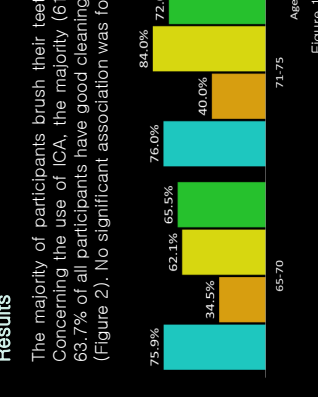
Overall, the participants exhibit good oral cleaning habits, with the majority brushing their teeth twice a day or more often. The majority do not use ani ICA but uses mouthrinses. OHRQoL was not found to be related to oral cleaning habits.

References

1. van der Pijl AM, de Waard D, van der Waaij-van der Wal AC, van der Wal AC, van der Wal AC, van der Wal AC, et al. The importance of oral health in (total) elderly people – a review. *Eur Geriatr Med* 2018; 4, pp.338–344.
2. Rodrigues AM, Gregório MJ, Sousa RD, Dias SS, Santos MJ, Mendes JM, et al. Challenges of Ageing in Portugal: Data from the EpiDoc Cohort. *Acta Med (Brno)* 2018; 37, pp.81–85.
3. Cavatini C, Marzotto MC, Lucivero A, Salvadori F, Nanni C. Tradução e validação do versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saúde Publ* 2013; 37, pp. 166–172.



Age Group (Years)	Brush teeth twice a day or more often	Use interdental cleaning aids	Use mouthrinse	Good oral cleaning habits
65-70	75.9%	34.5%	65.5%	63.7%
71-75	84.0%	40.0%	76.0%	63.7%
76-80	92.3%	30.8%	46.2%	53.8%
81	92.3%	30.8%	53.8%	53.8%



Age Group (Years)	High	Moderate	Low
65-70	41.4%	34.5%	24.1%
71-75	40.0%	20.0%	40.0%
76-80	38.5%	46.2%	15.4%
81	15.4%	38.5%	46.2%