



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Olga Alexandra Moura Ramos

Escola Superior de Saúde



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Olga Alexandra Moura Ramos

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Mestrado em Saúde Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria de La Salette Rodrigues Soares

junho de 2020

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (WHO) inclui saúde oral no conceito global de saúde e considera-a essencial para a qualidade de vida (QdV). Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO) com base na autopercepção do idoso contribui para a aferição efetiva das necessidades.

Objetivos: Caracterizar as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais da amostra. Avaliar o autorrelato do impacto da saúde oral na QdV de idosos institucionalizados. Analisar a relação entre a QdVRSO e as variáveis estudadas.

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal e correlacional. Realizaram-se entrevistas estruturadas fundamentadas num questionário sociodemográfico construído para o efeito e na versão breve traduzida e adaptada para a população portuguesa do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14-PT) a 151 idosos de 9 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) do concelho de Bragança.

Resultados: Predomínio de indivíduos do género feminino, viúvos e que frequentaram o ensino até ao 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB). A média da idade é de $84,4 \pm 6,4$ anos. A quase totalidade dos inquiridos tem antecedentes patológicos e toma medicação.

Do total de inquiridos, 65,6% têm dentes naturais, sendo que 31,8% nunca escovam os dentes e a boca e 17,2% nunca frequentaram consultas com profissionais de saúde oral.

O *score* médio obtido no OHIP-14-PT foi 18,22, sendo que os itens mais pontuados foram a *Sensação de desconforto no ato de comer* e a *Necessidade de interromper as refeições*. Há diferenças estatisticamente significativas entre o *score* total do OHIP-14-PT e a literacia dos inquiridos, a autoavaliação da saúde oral e a medida em que a saúde oral afeta a QdV.

Conclusão: A amostra autorrelatou um nível moderado de QdVRSO, com maior impacto nas dimensões *Dor física* e *Limitação funcional*. Foi evidenciada a adaptação gradual, ao longo do ciclo vital, às necessidades de alteração da consistência alimentar impostas pela degradação da condição oral. O edentulismo e a ausência de uso de prótese dentária são preditores de pior QdVRSO, sendo que há dificuldade no acesso dos idosos aos cuidados de saúde oral.

Palavras-chave: Saúde bucal, Qualidade de vida, Idoso, Instituição de longa permanência para idosos.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (WHO) includes oral health in the global concept of health and considers it essential for quality of life (QoL). Assessing the quality of life related to oral health (QdVRSO) based on the self-perception of the elderly contributes to the effective measurement of needs.

Goals: Characterizing the sociodemographic, clinical and behavioral variables of the sample. Evaluating the self-report of the impact of oral health on the QoL of institutionalized elderly. Analyzing the relationship between QdVRSO and the variables studied.

Methodology: Quantitative, cross-sectional and correlational study. Structured interviews were conducted based on a sociodemographic questionnaire built for the purpose and in the short version translated and adapted for the Portuguese population of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14-PT) to 151 elderly people from 9 Residential Structures for the Elderly (ERPI) of the municipality of Bragança.

Results: Predominance of female individuals, widowed and who attended education up to the 1st Cycle of Basic Education (CEB). The average age is 84.4 ± 6.4 years. Almost all respondents have a pathological history and take medication.

Of the total respondents, 65.6% have natural teeth, 31.8% have never brushed their teeth and mouth and 17.2% have never attended any appointment with oral health professionals. The average *score* obtained on the OHIP-14-PT was 18.22, with the most scoring items being *the feeling of discomfort in the act of eating and the need to interrupt meals*. There are statistically significant differences between the total score of the OHIP-14-PT and the literacy of the respondents, the self-assessment of oral health and the extent to which oral health affects QoL.

Conclusion: The sample self-reported a moderate level of QdVRSO, with a greater impact on the dimensions connected with Physical pain and functional limitation. It was highlighted the gradual adaptation, throughout the life cycle, to the needs of changing the food consistency imposed by the degradation of the oral condition. Edentulism and the total absence of dental prostheses are predictors of worse QoRRSO, and there is difficulty in the elderly's access to oral health care.

Keywords: Oral health, Quality of life, Elderly, Long-term care facility for the elderly.

AGRADECIMENTOS

Só quando decidimos redefinir o nosso percurso e nos distanciamos do novo infundável que as dificuldades, às vezes, nos parecem ser, é que percebemos que as preocupações, as dúvidas e os medos não se revestem na enormidade que aparentam ter e não são tão complicados nem impossíveis de resolver. Durante a etapa formativa que agora termino, confiei no tempo e fui abraçada por pessoas que me fizeram acreditar no verbo *Eu consigo*, a quem não posso deixar de expressar o meu mais sincero agradecimento.

À Professora Doutora Maria de La Salette Rodrigues Soares, pela orientação científica e espírito crítico e construtivo que demonstrou na condução do percurso investigativo, pela transmissão de saberes, pelo rigor e pela metodologia assertiva que sempre a caracterizaram e que tanto aprecio.

Aos Diretores Técnicos de todas as instituições, pela forma como me receberam e pelo empenho demonstrado em coadjuvar no sucesso desta investigação, pela concessão do tempo e do espaço para a realização da recolha de dados, por abraçarem valores em prol de um *setting* desprotegido e vulnerável.

Aos idosos que participaram no estudo, ciente de que os momentos partilhados fizeram a diferença no nosso dia e a todos os idosos, pelas conclusões que os dados traduzem.

Aos colegas com quem partilho o meu quotidiano laboral, por me permitirem a ausência em dias-chave. À Daniela, um bem-haja pelas palavras de incentivo e de reconhecimento do esforço quando o cansaço se evidenciava.

Ao Engenheiro José Barata e à Professora Maria Teresa Sá Pinto, pela generosidade da partilha de saber na revisão literária do texto e tradução do resumo.

À Maria José Gomes, pessoa fundamentada em valores humanos, pelo desafio, pela sapiência, pela transmissão de aprendizados, pela troca de opiniões e reflexões. Pelo incentivo constante, pelas horas partilhadas que pareciam minutos, mas que alicerçaram o caminho percorrido. O meu sincero obrigada e o desejo de um dia poder retribuir em igual grandeza.

Ao Dinis e ao Afonso, pessoas-luz na minha vida e fonte de inspiração. Os vossos beijinhos à esquimó e abraçinhos de índio fazem-me levar no lado esquerdo do peito o que me faz amar a vida.

Aos meus pais, Regina e Luís, que são os meus guardiões, pilares, bússola e âncora, que tudo merecem e que aceitaram a subtração da minha presença, tornando as presenças momentos de inquestionável valor. O vosso exemplo é o meu fio condutor no percurso de vida.

À Paula, por acreditar em mim, por respeitar os meus silêncios, pelas palavras de incentivo, por me fazer ver que há tempo de insistir, de parar, de recomeçar e de partir.

À Bodai, por ver em mim a eterna menina e por incrementar a minha capacidade de resiliência com a sua forma de estar.

À Cláudia Machado e à Marta Millan, minhas irmãs adotivas, pelas palavras transformadas em abraços nos momentos de maior vazio e por estarem incluídas no grupo de pessoas que nos esperam, sempre. Por me transmitirem paz quando tudo parece tempestade e luz quando os dias ficam mais escuros.

À Marta Sá, minha companheira de longas horas. Tudo começou em ti. Pela verdade de cada gesto, pelo ombro amigo, pelas idas, pelas vindas. Pelos olhares de compreensão e incentivo, pelas conversas de viagens. Obrigada é uma palavra demasiado pequena.

À Fi, por me ensinar o amor maior.

Ao avô Luís. Partiste cedo de mais... e nem imaginas a falta que me fazes.

À avó Aurora. Deste-me tanto... e eu nem sabia.

In the end, it's not the years in your life that count.

It's the life in your years.

Abraham Lincoln

SUMÁRIO

RESUMO	ii
ABSTRACT.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
SUMÁRIO	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE TABELAS.....	xiii
ABREVIATURAS E SIGLAS	xiv
INTRODUÇÃO	15
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	18
1 – O ENVELHECIMENTO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO	19
1.1 – Envelhecimento demográfico no Séc. XXI	19
1.2 – Processo de envelhecimento: uma abordagem multidimensional	21
1.3 – Determinantes do envelhecimento: a resposta necessária	24
1.4 – O idoso institucionalizado	27
2 – SAÚDE ORAL DO IDOSO.....	30
2.1 – Determinantes da saúde oral	31
2.2 – Acesso aos serviços de saúde oral	34
2.3 – Indicadores da saúde oral no mundo.....	37
2.4 – Indicadores da saúde oral em Portugal	38
2.5 – Prevenção da doença e promoção da saúde oral.....	40

2.6 – Saúde oral no idoso: o caso particular dos idosos institucionalizados	44
3 – QUALIDADE DE VIDA E A AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL.....	47
3.1 – Qualidade de vida relacionada com a saúde	48
3.2 – Qualidade de vida relacionada com a saúde oral	49
3.3 – Modelo de saúde oral de Locker.....	51
3.4 – Impacto da saúde oral na qualidade de vida relacionada com a saúde do idoso .	54
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	57
1 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	58
1.1 – Pertinência do estudo	58
1.2 – Tipo de estudo.....	59
1.3 – Objetivos do estudo	60
1.4 – População, amostra e contexto.....	61
1.5 – Definição e operacionalização das variáveis	63
1.6 – Instrumento de recolha de dados	69
1.7 – Procedimento de recolha de dados.....	73
1.8 - Tratamento estatístico dos dados.....	74
1.9 – Procedimentos éticos e deontológicos	75
2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	77
2.1 – Estatística descritiva	77
2.2 – Estatística inferencial.....	88
3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	98

CONCLUSÕES.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
ANEXOS.....	132
Anexo 1: Instrumento de Recolha de Dados	133
Anexo 2: Apresentação do estudo. Questionário de caracterização das ERPI.....	141
Anexo 3: Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E	146
Anexo 4: Pedido de autorização para a realização do estudo	148
Anexo 4.1: Termo de aceitação de orientação de mestrado	151
Anexo 5: Consentimento informado, livre e esclarecido.....	153
Anexo 6: Autorização para a utilização do OHIP-14-PT	156

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Consequências da doença segundo a <i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps</i>	52
Figura 2: Conceito de QdVRSO	53
Figura 3: Modelo conceptual de Locker para avaliação da saúde oral (1988)	53
Figura 4: Processo de amostragem	63
Figura 5: Relação conceptual das variáveis	64
Figura 6: Autoavaliação da condição de saúde oral e autopercepção do impacto da saúde oral na QdV dos inquiridos	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos idosos de acordo com a idade e a ERPI onde residem78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Instrumentos de avaliação da QdVRSO.....	51
Tabela 2: Operacionalização das variáveis	65
Tabela 3: Distribuição dos itens avaliados pelo OHIP-14-PT de acordo com as dimensões	72
Tabela 4: Distribuição da amostra segundo a instituição de residência e género	78
Tabela 5: Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas	80
Tabela 6: Distribuição da amostra segundo as variáveis clínicas	81
Tabela 7: Autoavaliação da condição de saúde oral segundo o uso de prótese dentária e edentulismo	83
Tabela 8: Distribuição da amostra segundo as variáveis comportamentais.....	84
Tabela 9: Distribuição da amostra de acordo com os itens do OHIP-14-PT	86
Tabela 10: Medidas de tendência central e de dispersão para o OHIP-14-PT, segundo o método de adição e por dimensão	86
Tabela 11: Medidas de dispersão e de tendência central para os itens do OHIP-14-PT, segundo o impacto na QdVRSO	87
Tabela 12: Distribuição da amostra segundo a correlação estatística das variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais e o género.....	88
Tabela 13: Valores de p para o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado: correlação entre as variáveis sociodemográficas e o OHIP-14-PT.....	91
Tabela 14: Valores de p para o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado: correlação entre as variáveis clínicas e o OHIP-14-PT	94
Tabela 15: Valores de p para o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado: correlação entre as variáveis comportamentais e o OHIP-14-PT	96
Tabela 16: Valores de r e de p para a Correlação de <i>Pearson</i> entre as dimensões do OHIP-14-PT.....	97

ABREVIATURAS E SIGLAS

CEB – Ciclo do Ensino Básico

DGS – Direção-Geral da Saúde

dp – Desvio padrão

FDI – Federação Dentária Internacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Km² – Quilómetro quadrado

M – Média

Máx. – Máximo

Mín. – Mínimo

N – Frequência absoluta

n – Frequência relativa

OHIP – *Oral Health Impact Profile*

OHIP-14 – Versão reduzida do OHIP

OHIP-14-PT – Versão traduzida e adaptada para a população portuguesa do OHIP-14

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

p - Significância

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

QdV – Qualidade de vida

QdVRSO – Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

r - Coeficiente da Correlação de *Pearson*

Séc. – Século

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – 28 – União Europeia

UICISA: E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

WHO – Organização Mundial da Saúde

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional caracteriza a demografia das nações, constituindo-se como uma realidade que requer a organização e a intervenção estratégica dos governos e das entidades de saúde, por forma a responder aos desafios que este fenómeno significa (WHO, 2017). Ao longo do tempo, conseqüente ao aumento da esperança média de vida, Portugal assiste a mudanças na estrutura populacional, sendo estas a objetivação da redução das taxas de natalidade e de fecundidade e do prolongamento da vida dos idosos resultante dos progressos científicos e tecnológicos do mundo moderno (WHO, 2015). Contudo, ainda que o envelhecimento represente o enriquecimento do indivíduo e da sociedade, é imperioso garantir a melhor saúde possível na velhice por forma a alcançar o desenvolvimento sustentável e a oferecer aos idosos a QdV que lhes é devida (WHO, 2017).

Atualmente, pelas alterações demográficas evidenciadas e pelas características biopsicossociais inerentes, os idosos apresentam-se como um desafio para os profissionais e serviços de saúde, sendo que, aqueles que têm maiores necessidades de saúde tendem a ser aqueles que detêm menor acesso aos cuidados de saúde. Assim, torna-se emergente o desenvolvimento de políticas que superem as desigualdades e que promovam a equidade no acesso a recursos e serviços que potenciem a saúde e a QdV das populações, tal como preconizado na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (United Nations, 2015).

A QdV é um conceito abrangente e influenciável pela saúde física e psicológica, grau de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação do indivíduo com o contexto ambiental onde se insere (WHO, 1997), sendo crescente o interesse e a necessidade de proceder à sua avaliação, nomeadamente através da mensuração da autoperceção. Na mudança de paradigma imposto pela renovação conceptual de saúde em função da multidimensionalidade do indivíduo, a QdV e o nível de saúde autodefinido são tidos como fatores importantes e a considerar (Hernández, et al., 2015; Zucoloto, et al., 2016; Rocha, et al., 2016; Oliveira, et al., 2018), sendo que a QdV autorrelatada privilegia o holismo e atende às conseqüências psicossociais que o indivíduo prioriza na relação com o contexto onde se insere.

Enquanto componente essencial da saúde em geral, a saúde oral é um direito humano fundamental (Glick, et al., 2012) e determina o bem-estar físico e mental preconizado pela WHO na definição de saúde (WHO, 1946). Apesar de, durante décadas, não ter sido considerada um assunto de interesse prioritário para as agendas políticas, a saúde oral tem significado nas dimensões física e psicológica (Alzate-Urrea, et al., 2015), pelo que, avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde através do impacto da condição oral contribui para a melhoria das estratégias de prevenção e intervenção em saúde oral (Zucoloto, et al., 2016; Dallasta, et al., 2019).

A população idosa tem, por inerência do percurso de vida efetivado, condições particulares de saúde em geral e de saúde oral que culminam com o aumento das necessidades de satisfação pela dependência gradual de cuidadores (Rekhi, et al., 2016). Adicionalmente, há um conjunto de condições negativas que persistem no acesso dos idosos aos cuidados de saúde oral, sendo este facto relevante, na medida em que os agravos da saúde oral têm uma relação inversa significativa com a QdVRSO.

A evidência científica coadjuva na definição de eixos estruturantes e linhas orientadoras para a melhoria do estado de saúde da população, uma vez que permite alinhar os serviços de saúde com as necessidades em saúde. No entanto, Rehki, et al. (2016) referem que a maioria dos estudos descritivos da saúde oral do idoso não valoriza as consequências da saúde oral na QdV, opinião corroborada por Alzate-Urrea, et al. (2015), Bulgarelli, et al. (2018) e por Gomes, et al. (2015) que consideram que a investigação da QdVRSO é escassa, nomeadamente quando se refere a grupos específicos como os idosos.

Analisando o estado da arte sobre os pressupostos anteriores e a pertinência que reveste esta problemática no campo da fundamentação da definição de estratégias e atendendo à possibilidade de contributo para a melhoria do estado de saúde e da QdV de um *setting* que é vulnerável, considerou-se pertinente encetar um estudo empírico, transversal e correlacional que possibilitasse a resposta à questão *Será que a saúde oral se relaciona com a QdV de idosos institucionalizados?*. Para tal, objetivou-se a caracterização sociodemográfica da amostra estudada e a análise correlacional entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais, perspetivando a aferição de dados fundamentados no autorrelato e na autoperceção do indivíduo.

Estruturalmente, a investigação que agora se apresenta organiza-se em duas partes essenciais, ainda que estas sejam interdependentes e sequenciais, por forma a incutir rigor

ao estudo desenvolvido. Na primeira parte é estabelecido um enquadramento teórico e conceptual que facilita a compreensão da temática em estudo e encaminha para a interiorização da sua pertinência na realidade da população estudada. A segunda parte explana a investigação empírica realizada, evidenciando as opções metodológicas seleccionadas. Procede-se, também, à descrição do trabalho de campo realizado e à apresentação e discussão dos resultados, finalizando-se com um conjunto de sugestões que se consideram pertinentes e favorecedoras da implementação de linhas orientadoras que incrementem a melhoria da QdVRSO em idosos institucionalizados.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1 – O ENVELHECIMENTO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO

O envelhecimento populacional caracteriza a demografia do Século (*Séc.*) XXI, pelo que a sociedade enfrenta inevitáveis e importantes desafios que requerem a intervenção estratégica de organizações governamentais (WHO, 2017). Atualmente, a maioria das pessoas pode esperar viver mais de 60 anos (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019), sendo este um marco histórico para a humanidade com significado no indivíduo e na sociedade. Se nos países em desenvolvimento o aumento da esperança de vida está na dependência da redução da mortalidade infantojuvenil e das doenças infecciosas, nos países desenvolvidos este incremento deve-se sobretudo ao prolongamento da vida dos idosos (WHO, 2015).

O envelhecimento deve ser interpretado como um fenómeno que enriquece o indivíduo, mas também a sociedade em toda a sua amplitude, sendo que envelhecer é sinónimo de progressos no domínio do desenvolvimento socioeconómico das nações e da saúde pública (Direção-Geral da Saúde, adiante designada DGS, 2017). Contudo, emerge um novo paradigma de envelhecimento que torna premente garantir a melhor saúde possível na velhice por forma a alcançar um desenvolvimento sustentável (WHO, 2017), na medida em que, *se os anos a mais são dominados por declínios na capacidade física e mental, as implicações para as pessoas mais velhas e para a sociedade são muito mais negativas* (WHO, 2015, p. 5). Assim, envelhecer com saúde, autonomia e independência é um desafio individual, coletivo e multissetorial com tradução na economia dos países, dado que é um processo progressivo e contínuo ao longo do ciclo vital do indivíduo com mudanças na sua estrutura biológica, psicológica e social (DGS - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, 2006).

1.1 – Envelhecimento demográfico no Séc. XXI

Ainda que a um ritmo mais lento e de forma desigual entre países, a população mundial continua a crescer. Contudo, a quase totalidade dos países conhece o envelhecimento populacional que caminha a par com a diminuição da taxa de fertilidade, pelo que num futuro próximo haverá uma inversão da curva populacional global (United Nations - Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2019a).

Em 2015, 901 milhões de pessoas tinham 60 ou mais anos, projetando-se que este valor passe a ser de 1,4 biliões em 2030 e de 2,1 biliões em 2050. Dos indivíduos desta faixa etária, 67% eram residentes em países desenvolvidos, valor que evidencia a diferença demográfica de acordo com o nível de desenvolvimento dos países (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019).

O Fundo de População das Nações Unidas em parceria com a HelpAge International (2012) e a WHO (2017) projetam que, a nível mundial, em 2050, um em cada cinco indivíduos tenham 60 anos ou mais, sendo que este fenómeno significa mudanças na estrutura populacional, não podendo, por isso, ser ignorado. A confirmar esta realidade, surgem dados mundiais que objetivam que, em 2018, havia mais indivíduos com 65 ou mais anos do que crianças até 5 anos (United Nations - Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2019a) e perspetivam que, entre 2019 e 2050, o número de pessoas com 65 ou mais anos conheça um aumento exponencial para mais do dobro. Na Europa, no término deste intervalo de tempo ou logo após, haverá mais idosos do que indivíduos com menos de 25 anos (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019), sendo esta tendência demográfica preditora de desafios futuros para o alcance do desenvolvimento sustentável almejado na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Segundo dados do Eurostat (2019), em 2017, a população estimada da União Europeia (UE-28) era de 511,5 milhões de pessoas. Destas, 15,6% eram jovens até aos 14 anos, 64,9% indivíduos em idade ativa e 19,4% idosos (65 anos ou mais), o que representa um aumento de 2,4% em dez anos. No mesmo ano, em Portugal, 14% dos indivíduos eram jovens e 21,1% idosos, valor acima da média europeia e que posiciona o país em quarto lugar no ranking europeu (Eurostat, 2019).

Objetivando a análise das tendências futuras do envelhecimento demográfico, a mesma fonte projeta que, até 2050, se verifique um aumento do número de indivíduos havendo posteriormente uma redução progressiva e mantendo-se o envelhecimento populacional devido, em parte, ao fenómeno do *baby boom* ocorrido na década de 1960. Contudo, mais do que o aumento de pessoas idosas, a UE-28 assistirá ao envelhecimento contínuo da própria população idosa, na medida em que se prevê mais do que a duplicação da percentagem de pessoas com 80 ou mais anos entre 2017 e 2080.

O Instituto Nacional de Estatística (INE) posiciona Portugal na linha tendencial da UE-28 ao prever o agravamento do envelhecimento demográfico que só deverá estabilizar

dentro de quarenta anos. Paralelamente, o número de jovens diminuirá, impulsionando o índice de envelhecimento, que passará de 147 idosos por cada 100 jovens em 2015 para 317 em 2080 (INE, 2017).

Apesar destas projeções serem transversais às diversas regiões NUTS¹ II do país, os diferentes cenários projetados pelo INE preveem que o índice de envelhecimento na Região Norte ultrapasse o mesmo indicador a nível nacional, invertendo desta forma o valor de 2015 (INE, 2017). Este facto ilustra o mapa envelhecido que caracteriza a região, nomeadamente o interior norte.

Particularizando para o município de Bragança, segundo dados censitários, em 2011, existiam cerca de 179 idosos por cada 100 jovens, sendo que este valor aumentou para 210,5 em 2017, representando os indivíduos com 65 ou mais anos 24,3% da população total (PORDATA, 2019). De entre os idosos do concelho, cerca de 800 encontram-se institucionalizados em ERPI distribuídas pelas diferentes localidades urbanas e rurais (Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019). Apesar de não haver disponibilidade de dados que caracterizem o motivo de institucionalização, é de salientar o facto de o valor referido anteriormente corresponder a uma ocupação de 96,4% do total de vagas disponibilizadas pelas ERPI do concelho (Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019).

1.2 – Processo de envelhecimento: uma abordagem multidimensional

A conceptualização de pessoa idosa não é estanque nem linear, uma vez que está na dependência de fatores que divergem nas diferentes comunidades. A WHO (1999) define idoso como o indivíduo com 65 ou mais anos para os países desenvolvidos, sendo este ponto de corte reduzido para os 60 anos quando a análise populacional é concernente aos países em desenvolvimento. Da mesma forma, considera pessoas muito idosas as que têm

¹ NUTS é o acrónimo de “Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos”, sistema hierárquico de divisão do território em regiões. A designação foi criada pelo Eurostat por forma a harmonizar os dados estatísticos dos diferentes países no que respeita à recolha, compilação e divulgação de dados regionais (PORDATA, 2019b).

idade cronológica de 80 ou mais anos. No entanto, mais do que uma definição temporal de idoso, é imperioso que a sociedade e os responsáveis políticos tenham um olhar crítico e direcionado para as necessidades deste *setting* populacional e para os desafios que lhe estão inerentes.

O envelhecimento ocorre ao longo do ciclo vital do indivíduo e é sensível a um conjunto de determinantes que não se evidenciam de forma idêntica em todas as pessoas, pelo que se considera que o processo de envelhecimento não é consensual e deve ser interpretado nas diferentes vertentes que integra.

A nível individual, é um processo multifatorial que está condicionado por determinantes biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos (WHO, 2015), sendo definido como *um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida* (DGS, 2017 p. 8). Contudo, a WHO (2018) alerta para o facto de, atualmente, não existir um protótipo de pessoa idosa, na medida em que indivíduos idosos ou muito idosos podem apresentar capacidades físicas e mentais semelhantes aos mais jovens.

A nível biológico, o envelhecimento origina o desequilíbrio homeostático, o que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo às agressões internas e externas e reduz a sua adaptação a estímulos ambientais (Soares, 2014; Rodrigues, 2015). Assim, caracteriza-se por ser o resultado das alterações moleculares e celulares ocorridas ao longo da vida, traduzindo-se na diminuição gradual das capacidades física e mental e no inevitável risco crescente de doenças, culminando com a morte (WHO, 2018). Ao longo da vida, o padrão de doença tende a alterar-se e o acúmulo de doenças crónicas converge para a redução da capacidade de autocuidado. A contribuir para este facto está ainda a perda de independência, a desmotivação e as alterações percetivo-cognitivas decorrentes do avançar da idade (Rekhi, et al., 2016), sendo que o aumento da esperança de vida incrementa a possibilidade de desenvolver patologias crónicas com repercussão na QdV e na capacidade física (Gomes, et al., 2015).

Decorrente das alterações funcionais inerentes à progressão da idade cronológica, surge a alteração das competências do idoso no que respeita à resposta aos estímulos externos. Este facto pode culminar com a dificuldade na adaptação a novos papéis, desmotivação e desinteresse em planear o futuro, perdas afetivas e sociais, baixa autoestima e autoimagem e, conseqüentemente, na dificuldade de adaptação a novas situações (Penetro, 2017). Desta forma, ao longo do ciclo vital, importa a promoção de um

envelhecimento ativo e saudável, baseado em experiências positivas e como resposta aos desafios da longevidade, tornando o prolongamento da vida num contínuo de oportunidades de saúde, participação e segurança ao invés da segregação social da pessoa idosa.

A WHO conceptualiza envelhecimento ativo como *the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age*² (WHO, 2002 p. 12). Assim, é expectável que o indivíduo, ainda que idoso, participe na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica da comunidade onde se insere, sendo que a condição de saúde é determinantes no processo de envelhecimento (DGS, 2017). Por seu turno, o envelhecimento saudável *refere-se ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio* (DGS, 2017 p. 9).

As premissas referidas anteriormente valorizam a vertente holística do envelhecimento, tornando-o multidimensional e um reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades que a sociedade disponibiliza para a garantia da manutenção da funcionalidade dos idosos (WHO, 2015; DGS, 2017). Na sequência deste pensamento, Ferreira, et al. (2017) referem-se ao envelhecimento como um processo complexo e intersectorial que deve ser preocupação de setores tão distintos como a saúde, a educação, a assistência social e a habitação, na medida em que os aspetos sociais e económicos afetam a QdV do indivíduo que envelhece. A sociedade e as entidades governamentais devem, desta forma, pautar a sua atuação pelo respeito e integração da pessoa idosa em todas as vertentes do seu domínio, encarando-a como uma base sólida com potencial para o desenvolvimento das comunidades e do futuro (Fundo de População das Nações Unidas e HelpAge International, 2012), sendo que *deve haver comunicação entre as políticas públicas e estas devem almejar os mesmos interesses: a proteção social e o enfrentamento das desigualdades sociais* (Ferreira, et al., 2017, p. 841).

² o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a QdV das pessoas que envelhecem.

1.3 – Determinantes do envelhecimento: a resposta necessária

Em 2002, a Organização das Nações Unidas reuniu-se em Madrid, colocando a debate as implicações que o envelhecimento populacional representa, nomeadamente no que respeita ao trabalho, saúde, proteção social e urbanismo, entre outros aspetos. Da Segunda Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento (United Nations, 2002) emergiu uma declaração política onde os líderes dos diferentes países assumem a necessidade de assegurar que o envelhecimento tem um lugar de destaque na definição de prioridades do domínio do desenvolvimento, uma vez que, quando envelhecem, as pessoas devem ter oportunidades de realização pessoal e de ter uma vida ativa e saudável (Centro de Informação das Nações Unidas Portugal, s.d.). Alinhada com este pensamento, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável ressalva que o direito à saúde e a uma vida saudável não é restrito a grupos etários específicos sendo que, para alcançar as metas e os objetivos definidos, é fundamental considerar o envelhecimento das comunidades e o impacto que este significa (United Nations, 2015; WHO, 2017).

Ao longo do tempo, a humanidade assistiu ao crescendo de avanços técnicos e científicos que contribuiram para que os desafios de ontem sejam as oportunidades de amanhã. Particularmente no campo das ciências humanas e da saúde, esta evolução traduziu-se na possibilidade do prolongamento da vida e no conseqüente aumento da esperança de vida. Inevitavelmente, o mundo observa, ainda que de forma heterogénea, transições demográficas que ditam o atual envelhecimento da população (Lini, et al., 2016; DGS, 2017; WHO, 2017). No entanto, o progresso para assegurar a saúde dos idosos tem sido, desde a Declaração Política de Madrid até ao presente, desigual e geralmente inadequado, pelo que é necessário um compromisso renovado e estratégias mais coordenadas (WHO, 2017; Ferreira, et al., 2017) que incluam a saúde e a proteção social e atendam às especificidades deste *setting* populacional e aos determinantes significativos para os últimos anos de vida.

A saúde no idoso resulta das experiências vivenciadas ao longo da vida e é influenciada por um conjunto de fatores que definem o nível de saúde da pessoa na velhice, englobando estas áreas tão distintas como a genética e as alterações moleculares, mas também os aspetos económicos, tecnológicos e culturais (WHO, 2002). De acordo com a WHO (2002), fatores pessoais e ambientais incrementam o risco de problemas de saúde e incapacidade no idoso, sendo de referir a conjugação do género feminino, baixos

rendimentos e residência solitária ou em áreas rurais como determinante que acresce esse risco. Desta forma, é lícito afirmar que o processo de envelhecimento é sensível a determinantes pessoais, sociais, económicos e ambientais, nos quais o ambiente físico e os serviços de saúde contribuem para a forma como se envelhece (WHO, 2002; Ferreira, et al., 2017). Ainda que isoladamente nenhum destes fatores possa ser enunciado como causa etiológica do processo de envelhecimento ou do *status* de saúde e bem-estar do idoso, a sua análise multidimensional é preditora da forma como o indivíduo e as comunidades envelhecem. Assim, saúde e envelhecimento são construções sociais e culturais com determinação biológica e com repercussão na autoperceção da saúde. Este é um aspeto relevante a considerar quando se avalia o nível de saúde de pessoas, uma vez que a autoperceção demonstra, através de uma esfera integral percebida pelo indivíduo, o seu verdadeiro nível de saúde. Román, et al. (2017) salientam que o principal componente da satisfação com a vida dos idosos é a autoperceção da saúde, sendo que *a percepção positiva perante as condições de saúde em que [os] indivíduos idosos se encontram é essencial para que os mesmos possam viver de forma equilibrada e mantenham os papéis sociais e de interação com a família e a sociedade* (Zanesco, et al., 2018, p. 294).

Souza, et al. (2016), num estudo de base populacional em idosos, corroboram esta opinião e apontam como principais fatores determinantes da autoperceção da saúde em idosos os determinantes demográficos, como a idade, sexo, estado civil e estrutura familiar, os socioeconómicos onde se incluem o nível de literacia e o rendimento, o histórico de doenças crónicas, os comportamentos de saúde, nomeadamente hábitos etílicos, tabágicos e de atividade física e a capacidade funcional para executar as atividades de vida diária por forma a manter o autocuidado e a capacidade de ter uma participação ativa na comunidade.

No Brasil, em 2013, Zanesco, et al. (2018) basearam-se em dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde para conhecerem os fatores que determinam a percepção negativa da saúde pelos idosos, concluindo que as variáveis com maior significado nesta condição são a alfabetização, o nível de escolaridade, a funcionalidade traduzida na impossibilidade de realizar as atividades habituais por motivos de saúde, as doenças crónicas (físicas ou mentais), a taxa de utilização dos recursos de saúde e a percepção da saúde oral, sendo este aspeto referido como fator determinante por 80% dos idosos que participaram no estudo. Particularizando para o nível de saúde oral e a forma como esta

se reflete na autopercepção da saúde, o mesmo estudo evidenciou que, no idoso, a percepção da saúde oral tem repercussão na saúde geral através de uma relação diretamente proporcional.

No que respeita aos determinantes sociais, a realidade mundial caracteriza-se por diferenças importantes entre os povos, sendo que as condições de vida entre as populações idosas diferem de acordo com o nível de desenvolvimento das nações (Redondo, et al., 2015). Neste sentido, importa a existência de equidade no acesso e na distribuição das redes sociais de suporte e nos cuidados de saúde por forma a diminuir o fosso que se verifica entre e dentro dos países, dado que os idosos com maiores necessidades de saúde tendem a ser aqueles que têm menor acesso aos recursos (United Nations, 2015). Daqui infere-se a necessidade de elaborar políticas e estratégias que superem estas desigualdades, que promovam a igualdade no acesso a recursos e serviços e que potenciem a saúde e a QdV das populações como condição inerente ao envelhecimento ativo e saudável já abordado anteriormente.

Uma política de Saúde Pública abrangente e direcionada para o envelhecimento traduz-se em ganhos para os indivíduos e para as nações e representa a evolução da sociedade no que concerne ao respeito pelos direitos humanos ao longo do ciclo vital do indivíduo. Um sistema de saúde alinhado com as reais necessidades da população idosa e fundamentado no desenvolvimento da prestação de cuidados diferenciados e a longo prazo favorece a criação de ambientes favoráveis que se tornam especialmente importantes na manutenção da saúde do idoso (WHO, 2015). Neste sentido, Portugal desenvolveu políticas e definiu linhas de atuação que vão ao encontro do preconizado pela WHO, visando a resposta à complexidade crescente das necessidades de saúde da população idosa. Assim, a equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde é um eixo estratégico definido no Plano Nacional de Saúde que vigora, sendo que a *integração dos diferentes setores em relação a medidas que promovam a redução da desigualdade e a melhoria da condição da população em geral face aos determinantes sociais* é um objetivo a atingir até 2020, assim como o reforço do acesso dos indivíduos mais vulneráveis aos serviços de saúde, por forma a garantir o aumento da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade e a reduzir a taxa de mortalidade nos indivíduos com 70 ou menos anos (DGS, 2015).

A par da saúde, os recursos económicos são uma das preocupações emergentes da pessoa idosa na medida em que determinam não apenas as condições de vida, mas também o

acesso aos cuidados de saúde. Como consequência da crise económica global, a pressão financeira perigou a segurança económica e a realidade atual caracteriza-se pela pobreza e desigualdades económicas (Fundo de População das Nações Unidas e HelpAge International, 2012; WHO, 2015). Em Portugal, de entre a população, os idosos representam um grupo etário em que o risco de pobreza é ainda elevado, estando este na dependência das transferências sociais (PORDATA, 2019a). Assim, as políticas de envelhecimento devem ser abrangentes e incluir a segurança económica, em particular dos idosos mais carenciados.

No que tange aos determinantes do envelhecimento, sumarizando o referido anteriormente, é relevante e de salientar que as desigualdades em saúde são complexas e multifatoriais, sendo a condição socioeconómica determinante para o nível de saúde do idoso que, por sua vez, é permeável ao contexto ambiental, psicossocial e comportamental do indivíduo, assim como à rede de serviços de saúde e recursos sociais. O contexto onde a pessoa está integrada tem uma representação que não se limita à geografia pelo que se traduz em riscos ou benefícios para a saúde do indivíduo (Barbato e Peres, 2015).

1.4 – O idoso institucionalizado

O envelhecimento é um processo natural e sequencial que se traduz em perdas ao longo do ciclo vital. Contudo, mais do que sinónimo de doença, esta transição biopsicossocial representa a diminuição da capacidade da pessoa idosa para responder às exigências do ambiente onde se insere, podendo este facto ter reflexo na forma como o indivíduo responde às exigências contextuais (Soares, 2014). Guadalupe e Cardoso (2018) corroboram esta opinião e referem que, decorrente do percurso de vida, os idosos acumulam progressivas desvantagens que se repercutem ao nível da perda de autonomia e vertem em risco de isolamento social, exclusão e pobreza contribuindo também para este facto a diminuição do rendimento secundária às transferências sociais. Paralelamente, a perda gradual de autonomia e de funcionalidade nos idosos são preditivas da maior necessidade de cuidados e da vulnerabilidade que caracteriza este grupo populacional. Assim, é imperiosa a criação de redes de apoio social que colmatem as necessidades crescentes dos idosos e excluam a segregação social ainda tão frequente na atualidade.

Historicamente, a família constituiu-se como a unidade funcional e afetiva dos indivíduos na medida em que assegura a proteção dos seus membros e responsabiliza-se pela promoção da sua autonomia e bem-estar. Enquanto fonte de recursos e de suporte social, as redes sociais familiares apresentam-se como um pilar central na provisão social informal, assumindo um papel relevante e decisor nos processos de intervenção (Guadalupe e Cardoso, 2018). No entanto, decorrente do processo de envelhecimento, o idoso conhece um crescendo de necessidade de cuidados que, aliado às exigências societárias que ditam a reestruturação familiar enquanto rede de apoio informal, conduz à frequente necessidade de institucionalização em ERPI por forma a que as necessidades sejam colmatadas (Soares, 2014; Lini, et al., 2016).

As ERPI são definidas como os estabelecimentos *para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem* e representam, a nível nacional, cerca de 94 mil lugares de residência para idosos (Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019 p. s.p.). Lini, et al. (2016) referem que, apesar dos motivos de institucionalização não serem análogos e transversais, os fatores que prevalecem são a idade superior a 80 anos, o número reduzido de filhos e a redução da funcionalidade com o conseqüente aumento da dependência física. Adicionalmente, apontam ainda a ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas por parte da família para prestar cuidados ao idoso no domicílio e o desejo deste em ingressar na ERPI por forma a não perturbar a dinâmica familiar.

As alterações na composição etária a que Portugal tem assistido são reveladoras do envelhecimento populacional (PORDATA, 2019b). Como resposta às necessidades inerentes a esta realidade, o país dispõe de uma Rede de Serviços e Equipamentos Sociais direcionada a grupos vulneráveis e que objetiva o combate à pobreza, a promoção da inclusão social e o favorecimento da conciliação da vida pessoal e familiar com as exigências profissionais (Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2017). Especificamente no que concerne às diferentes respostas sociais, verifica-se que há um aumento exponencial do número de instituições, sendo que, em 2017, 61,0% das respostas sociais novas em Portugal Continental correspondem a respostas dirigidas a pessoas idosas com as ERPI a representar quase metade deste valor (32,9%). A análise destes dados indicia a persistência de necessidades de apoio à população idosa e deve ser refletida, uma vez que a taxa de ocupação das ERPI

está muito próxima do limite superior (Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2017) e a literatura indica que o futuro próximo vai ser pautado pelo crescimento do número de idosos com necessidade de cuidados não familiares, pelo que as referidas instituições terão de absorver a maioria destes indivíduos (Lini, et al., 2016).

2 – SAÚDE ORAL DO IDOSO

Dicotomizar a condição de saúde do Ser Humano em saúde e doença é um processo complexo e permeável a um conjunto de fatores multidimensionais no qual a autopercepção tem um valor inquestionável. A evolução histórica do conceito de saúde progrediu do modelo biomédico para um modelo holístico, sendo que em 1948 a WHO (1946, p. 1) define saúde como *a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*³. Ainda que considerada imensurável, a definição apresentada impôs a mudança do paradigma da saúde. Contudo, em 1984 a mesma entidade reuiu a definição apresentada e refere que a saúde é uma condição para a vida quotidiana e não o objetivo de viver (WHO, 1984). Desta forma, a saúde é um conceito positivo e sensível aos recursos pessoais, sociais e ambientais do indivíduo, sendo que a QdV e o nível de saúde autodefinido são fatores importantes e a considerar na avaliação do indivíduo (Hernández, et al., 2015; Zucoloto, et al., 2016; Rocha, et al., 2016; Oliveira, et al., 2018).

A saúde oral é uma componente essencial da saúde em geral e um índice elevado de saúde oral é um direito humano fundamental, possibilitando que a população e os responsáveis políticos melhorem a saúde (Glick, et al., 2012, p. 4). A corroborar esta opinião, a Federação Dentária Internacional (FDI, 2015, p. 10) refere que

*una dentición sana y funcional es importante en todas las fases de la vida al permitir funciones esenciales humanas tales como el habla, la sonrisa, la socialización o el comer. Los dientes ayudan a dar a la cara su forma individual*⁴

o que ilustra a pertinência da definição de políticas relativas à promoção da saúde oral e evidencia a sua importância no conceito global de saúde do indivíduo.

De acordo com a FDI (2016), a saúde oral é multifatorial e inclui, mas não se limita às funções físicas, sendo que uma boa saúde oral significa ausência de dor e desconforto, assim como de patologias craniofaciais. Desta forma, a saúde oral é evidenciada como componente fundamental da saúde e do bem-estar físico e mental preconizado pela WHO

³ um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade

⁴ uma dentição saudável e funcional é importante em todas as fases da vida, permitindo funções humanas essenciais, como a fala, o sorriso, a socialização ou a alimentação. Os dentes ajudam a dar ao rosto a sua forma individual

e recebe influências das experiências, percepções, expectativas e capacidade de adaptação às diferentes circunstâncias onde o indivíduo está inserido, pelo que reflete os atributos biopsicossociais da pessoa, fundamentando a sua QdV (FDI, 2016).

As doenças orais, ainda que passíveis de prevenção, são um importante problema de saúde pública sendo que, em muitos países desenvolvidos, o seu tratamento tem um peso similar ou superior ao de outras patologias como sejam as doenças cardiovasculares ou a demência (Patel, 2012).

Enquanto parte integrante da saúde em geral, a saúde oral é influenciada por diferentes fatores e tem impacto na economia e no nível de saúde do indivíduo e das populações (Afonso e Silva, 2015). No entanto, apesar da evolução técnico-científica que pauta a atualidade dos tratamentos, o estilo de vida fundamentado numa alimentação rica em açúcar e gordura e onde o consumo de álcool e o uso de tabaco são aceites e até considerados sociais, resulta em problemas de saúde oral que se repercutem na funcionalidade dos indivíduos (Patel, 2012; Sousa, 2016). Com base nesta evidência, organizações mundiais apelam à definição de estratégias que respondam à necessidade de incluir os determinantes da saúde oral nas políticas e nos objetivos dos sistemas de saúde (Lourenço e Barros, 2016).

2.1 – Determinantes da saúde oral

A saúde oral é determinante para a QdV e é sensível a diversos fatores, sendo que alguns comportamentos são modificáveis na medida em que a sua adoção significa a redução da patologia oral. Assim, a aquisição a nível individual e coletivo de comportamentos preventivos incrementa a possibilidade de manter um nível adequado de saúde, o que sugere a necessidade de uma abordagem integral e integrada da saúde oral, com redução das desigualdades populacionais e fundamentada na cobertura global de saúde (Fisher, et al., 2018; Santos, et al., 2019).

A revisão da literatura é unânime no que respeita à pluridimensão dos determinantes da saúde oral, uma vez que respeitam ao indivíduo como um todo e não apenas a segmentos contextuais. Agudelo-Suárez, et al. (2016) referem a classe social, a etnia, a classe profissional e as características do sistema político-económico como preditores de desigualdades sociais em saúde oral, evidenciando o género como uma dimensão

suscetível a características culturais com repercussão na sociedade e com tradução em desigualdades entre homens e mulheres, tendo esta diferença reflexo no acesso aos cuidados de saúde.

As transições demográficas que traduzem o envelhecimento populacional refletem alterações epidemiológicas secundárias ao aumento de doenças não transmissíveis, o que se evidencia pelo aumento da carga de doença crónica (WHO, 2015; WHO, 2017; WHO, 2018). Os idosos, pela condição de vulnerabilidade que lhes é inerente e pelo acúmulo de perdas ao longo do ciclo vital, são um grupo particularmente sensível a este determinante da saúde oral, na medida em que a prevalência de doenças crónicas nos indivíduos com 65 ou mais anos é elevada tornando-os, frequentemente, pessoas polimedicadas. A doença periodontal grave está associada à diabetes, à hipertensão arterial, à infeção pelo vírus da imunodeficiência humana e a outras doenças sistémicas (WHO, 2005; WHO, 2019a). Contudo, a evidência entre a doença periodontal e as doenças cardiovasculares ou respiratórias é menos significativa (WHO, 2005). Da mesma forma, os efeitos colaterais do tratamento das doenças não transmissíveis aumentam o risco de doenças orais como consequência da hipossalivação e da alteração do paladar e do olfato, o que tem repercussão significativa na população idosa pelos hábitos medicamentosos desta faixa etária (WHO, 2019a).

De entre os fatores biológicos do indivíduo a idade é uma variável com significado na saúde em geral e na saúde oral, sendo que o avançar da idade é sinónimo de diminuição da saúde oral (WHO, 2005; Umniyati, et al., 2018; WHO, 2019a). Por outro lado, o idoso experimenta a diminuição das funções física e psicomotora o que conduz a uma resposta mais lenta e menos ativa no cumprimento dos papéis sociais e fisiológicos, com possível tradução no estilo de vida adotado (Umniyati, et al., 2018). Este facto é compreensível e expectável na medida em que o envelhecimento resulta dos comportamentos e do estilo de vida que o indivíduo adotou ao longo do ciclo vital. Assim, mais do que analisar a idade como determinante isolado, importa uma análise multifatorial que traduza a relação entre as diferentes variáveis. A este propósito, a WHO (2005) refere que os fatores biológicos se relacionam com os fatores comportamentais, sendo que, segundo Oliveira, et al. (2018) a saúde oral da população adulta e idosa resulta das condições experimentadas pelos indivíduos ao longo do ciclo vital. Assim, de entre os comportamentos relacionados com a saúde, a adição ao álcool, ao tabaco e a substâncias ilegais é preditiva de uma pior saúde oral (Almoznino, et al., 2015). O mesmo autor refere

vários estudos que relatam como consequência dos comportamentos descritos o aumento da prevalência de cárie dentária, o edentulismo, a doença periodontal, as alterações do olfato e do paladar e o risco aumentado de patologia infecciosa e neoplásica da cavidade oral, concluindo que o consumo de álcool e o uso de tabaco têm uma ação sinérgica na saúde oral, diminuindo a QdV relacionada com a saúde não apenas pelo efeito direto na saúde mas também pelas repercussões psicossociais que representam. A DGS (2014) reitera o impacto do consumo de álcool e do uso de tabaco na redução da saúde oral e implementa o rastreio e despiste de lesões suspeitas da cavidade oral através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) dando especial atenção aos indivíduos de risco como os fumadores e os indivíduos com hábitos etílicos. A pertinência desta decisão é justificada pelo efeito combinado entre alcoolismo e tabagismo, uma vez que este incrementa em 38 vezes a possibilidade de desenvolver cancro oral (Sousa, 2016) e a sua presença isolada ou conjunta está associada ao diagnóstico de outras patologias, nomeadamente doença cardíaca, hepática e pulmonar (DGS, 2014; FDI, 2015a; Sousa, 2016).

Ainda dentro dos fatores associados ao estilo de vida, são de mencionar a alimentação e os hábitos de higiene oral como condições determinantes da saúde oral, incidindo os programas de promoção da saúde e prevenção da doença oral nestes parâmetros. A DGS (2019, p. 15) evidencia que

as práticas diárias para o controle da placa bacteriana, a constituição da dieta e a frequência de ingestão influenciam grandemente o tipo e o número de bactérias que constituem a flora oral e interferem na etiologia da cárie dentária e das doenças periodontais

pelo que é fundamental a promoção de estratégias e políticas que favoreçam comportamentos protetores.

De acordo com Patel (2012) e a FDI (2015), hábitos de higiene regulares com uma escovagem eficaz, exposição frequente ao flúor e uma dieta saudável e pobre em açúcares contribuem para uma melhor saúde oral, sendo que a evidência científica mostra que a promoção da saúde oral está associada à diminuição da incidência de patologias, nomeadamente a doença gengival que pode ser prevenida através de práticas adequadas de higiene oral. Em Portugal, a operacionalização do Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 através do PNPSO (DGS, 2019) considera estes comportamentos como adequados e recomenda-os como fatores protetores na prevenção da doença oral. Santos,

et al. (2019), num estudo epidemiológico realizado em Portugal, referem que a escovagem dos dentes conforme preconizada no PNPSO é um comportamento prevalente entre os indivíduos residentes em áreas urbanas e nos que detêm um maior nível de literacia, sendo que a associação entre o género masculino e o baixo nível de escolaridade é preditora da menor adesão a comportamentos preventivos em saúde oral. Da mesma forma, ser mulher e ter um alto nível socioeconómico e literário é um determinante protetor da saúde oral (Santos, et al., 2019), opinião corroborada pelo Gabinete Regional para a Europa da WHO (2019) quando refere que a escolaridade, o rendimento e a ocupação assumem um papel importante no estado de saúde.

2.2 – Acesso aos serviços de saúde oral

A saúde oral tem uma relação bidirecional com a saúde em geral e repercute-se na saúde do indivíduo e na sua QdV. No entanto, durante décadas não foi considerada um assunto prioritário nas agendas políticas o que pode estar relacionado com o facto da saúde oral se traduzir essencialmente em dados de morbilidade e não de mortalidade (Glick, et al., 2012).

O *Global Oral Health Programme* (WHO, 2002) inclui a saúde oral no conceito global de saúde e considera-a essencial para a QdV, pelo que deve ser priorizada e incluída nos programas nacionais de saúde com operacionalização a nível comunitário ou nacional. Apesar destas diretrizes, há um conjunto de condições negativas que persistem na saúde oral da população em geral, nomeadamente o custo elevado dos tratamentos dentários e o aumento das necessidades em saúde oral secundário ao aumento demográfico e ao envelhecimento da população. Ao mesmo tempo, continuam a ser evidentes as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde oral pelos grupos vulneráveis e carenciados onde se incluem os idosos, sendo que *subsistem enormes desigualdades no acesso a cuidados de saúde oral [sendo] uma das principais razões para este facto (...) a pouca atenção que até à data se tem prestado aos determinantes sociais da saúde oral* (Glick, et al., 2012 p. 4).

Watt, et al. (2016) salientam a relevância do papel dos determinantes sociais nas desigualdades em saúde oral e acrescentam que são os fatores biológicos, sociocomportamentais, psicossociais e políticos que ditam os contextos onde o indivíduo

nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece. Assim, infere-se que as doenças da cavidade oral são predominantes em indivíduos mais pobres e socialmente desfavorecidos, existindo uma associação forte e consistente entre o nível socioeconómico (rendimento, profissão e literacia) e a prevalência e gravidade das referidas patologias (WHO, 2010). De acordo com a mesma organização, esta associação é contínua ao longo do ciclo vital e transversal aos diferentes países, independentemente do seu grau de desenvolvimento, o que resulta em desigualdade e injustiça social.

A dificuldade e a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde oral são sensíveis à diferente distribuição de profissionais de saúde oral dentro e entre os países, representando este facto um desafio para as nações. No entanto, apesar de se saber que a acessibilidade e a disponibilidade são as principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde oral, o mapa mundial caracteriza-se pela concentração de recursos nas zonas urbanas mais desenvolvidas. Desta forma, as zonas rurais e as populações com menores recursos são as mais desfavorecidas o que contribui para as desigualdades sociais em saúde (FDI, 2015).

Em 2012, a FDI refletiu sobre o futuro da saúde oral no mundo e estabeleceu como objetivo para 2020 a adoção de um modelo mais salutogénico e fundamentado na prevenção da doença e na promoção de um índice de saúde oral elevado em detrimento do tradicional modelo curativo. Paralelamente, almeja uma abordagem mais direcionada e abrangente que inclua todos os atores que possam contribuir para a melhoria da saúde oral das populações (FDI, 2015). Assim, governos e organizações não governamentais devem unir esforços no sentido de encontrar soluções construtivas que visem a redução das desigualdades sociais na saúde oral e que respondam à crescente necessidade e procura de cuidados de saúde oral, garantindo um acesso pautado pela equidade e oportunidade (WHO, 2005; FDI, 2015; WHO, 2019a).

Em Portugal, à semelhança da restante Europa e do mundo, a saúde oral é ainda caracterizada pela dificuldade no acesso e pela inadequação dos recursos face às exigências populacionais, nomeadamente no que respeita à resposta dada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Reconhecendo esta carência e desigualdade, ao longo das últimas décadas os líderes políticos têm encetado esforços para mudar esta realidade, sendo que o desenvolvimento e a implementação de programas e projetos alicerçados e estruturados concorrem para a melhoria dos indicadores de saúde oral.

Atendendo a que a etiologia da patologia oral é diversificada, mas tendo presente que está predominantemente relacionada com as persistentes desigualdades no acesso aos cuidados de saúde oral (Glick, et al., 2012), ao longo de décadas, o PNPSO português sofreu alterações, verificando-se o incremento da formação profissional por forma a responder à escassez de recursos humanos especializados. Assim, de acordo com a DGS (2019), foi privilegiada a formação de profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, educadores de infância e professores do 1º CEB em todo o território, objetivando-se com esta medida a promoção de hábitos salutarres e o aumento da literacia em saúde oral, medidas com impacto relevante no futuro das populações. Paralelamente, no início do Séc. XXI foi definido pela DGS o conceito de cuidados básicos de saúde oral e foram implementadas medidas de promoção, prevenção primária e tratamento direcionadas a diferentes grupos populacionais. Contudo, dada a incapacidade de resposta do SNS no que respeita às necessidades populacionais de cuidados de saúde oral, tornou-se necessário o estabelecimento de parcerias com o sistema de saúde privado, sendo que em 2007 foi criado um modelo de intervenção que combina a oferta pública e privada dos serviços de saúde, apesar desta não ter inviabilizado o reforço da intervenção do setor público na promoção e educação para a saúde oral (DGS, 2019).

Na continuidade das medidas referidas anteriormente, as entidades responsáveis reconhecem a existência de grupos vulneráveis e particularmente sensíveis à repercussão que um baixo índice de saúde oral tem na saúde em geral. Especificamente no que respeita aos idosos, constata-se uma evolução gradual nas políticas favorecedoras da equidade e acesso aos cuidados de saúde oral, uma vez que, desde 2008 e em todo o território nacional, todas as pessoas com 65 ou mais anos que tenham inscrição no SNS e sejam beneficiárias do complemento solidário para idosos foram incluídos nos grupos específicos do PNPSO com benefício do cheque-dentista (Circular Informativa nº 04/DSPPS/DCVAE, 2008). A implementação desta medida visa a promoção do tratamento e a redução da incidência e prevalência de problemas de saúde oral no idoso, podendo os indivíduos que cumpram os referidos critérios usufruir de dois cheques-dentista por ano que lhes permitem o acesso a cuidados preventivos e curativos de medicina dentária. Desta forma, um setor populacional vulnerável e cujo índice de pobreza é elevado tem acesso a cuidados de saúde oral gratuitos.

A monitorização sistemática do impacto das medidas implementadas no âmbito da saúde oral ao longo dos tempos revela a sua eficiência. De acordo com o III Estudo Nacional

de Prevalência das Doenças Orais (Calado, et al., 2015), são notáveis e geograficamente homogêneos os progressos entre as comunidades beneficiárias da intervenção em saúde oral. Segundo a DGS (2019 p. 8) *a fiabilidade dos dados obtidos permite afirmar que, nas populações abrangidas pelos programas, se observa uma significativa diminuição dos problemas de saúde oral e que se tem caminhado numa direção que assegurará um futuro melhor aos cidadãos.*

2.3 – Indicadores da saúde oral no mundo

A saúde oral é ainda uma área da saúde negligenciada, pelo que urge a implementação de estratégias e programas que lhe atribuam a importância necessária por forma a que a cobertura global de saúde almejada pela WHO seja garantida, sendo que esta é definida como a prestação de serviços de saúde necessários a todos os indivíduos sem que estes fiquem expostos a dificuldades financeiras (Fisher, et al., 2018; WHO, 2019b).

De acordo com o Estudo Global de Carga de Doenças (GBD 2016 Diseases and Injury and Prevalence, 2017), estima-se que as patologias orais afetem metade da população mundial o que faz com que continuem a ser um dos principais problemas de saúde (Sousa, 2016). A FDI (2015) reporta 3900 milhões de indivíduos com doenças orais em 2010, sendo a cárie e a periodontite as mais significativas embora passíveis de prevenção. Assim, importa construir um modelo de cuidados de saúde oral que seja abrangente, participativo, adaptável, eficiente e centrado na promoção da saúde e na prevenção da doença (Glick, et al., 2012).

A cárie dentária é a doença crónica com maior prevalência a nível mundial e tem significado na saúde pública das nações, dado que afeta todas os indivíduos independentemente da faixa etária (FDI, 2015). Com uma prevalência global de 40% na população mundial, a cárie não tratada tem impacto em funções como a alimentação, o sono e repouso, o crescimento e o absentismo escolar e laboral, sendo que reflete os cuidados de saúde e as condições sanitárias das comunidades. Ainda que os países não desenvolvidos e com baixo rendimento *per capita* apresentem um menor índice de dentes cariados, ausentes e obturados, têm também o maior índice de dentes cariados não tratados, o que evidencia as desigualdades no acesso a cuidados de saúde oral (FDI, 2015).

Como resultado do acúmulo de doenças e dos hábitos de saúde ao longo do ciclo vital, na população idosa a saúde oral tende a ser precária. A FDI (2015) refere que, na faixa etária dos 65 aos 74 anos, a doença periodontal tem uma representação significativa e é a principal causa do edentulismo total que está presente em 30% desta população, pelo que tem um impacto significativo a nível social, económico e dos sistemas de saúde. Adicionalmente, menciona ainda que os cuidados periodontais especializados não estão acessíveis nem disponíveis de igual forma nas comunidades mundiais. Este facto é preocupante na medida em que o índice de saúde oral tem repercussões na alimentação e no estado nutricional dos indivíduos mais jovens e mais velhos e tem um efeito negativo na QdV das pessoas a nível funcional, social e psicológico, representando, em 2010, uma perda média de saúde de 224 anos por cada 100 000 indivíduos (FDI, 2015).

No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde oral, os dados disponíveis são escassos e pouco consistentes. Sabe-se que a acessibilidade e a disponibilidade de recursos humanos e materiais são as primeiras barreiras no acesso aos cuidados, estando a maioria dos profissionais de saúde oral afeta ao setor privado, o que requer uma gestão custo-efetiva das doenças orais. A WHO posiciona o tratamento das doenças orais na quarta posição quanto aos custos associados ao tratamento (FDI, 2015) que representam um custo direto estimado, em 2010, de 4,6% do total gasto em saúde a nível mundial (Fisher, et al., 2018). No entanto, é de salientar que o tratamento das doenças orais tem também representatividade na economia familiar uma vez que corresponde, em média, a 20% dos gastos em cuidados de saúde (FDI, 2015).

2.4 – Indicadores da saúde oral em Portugal

Ainda que com algumas particularidades, Portugal espelha o mapa mundial de cuidados de saúde oral, predominando as desigualdades entre regiões e as dificuldades no acesso, em parte devidas aos custos inerentes aos serviços de saúde dentários. Contudo, ao longo do desenvolvimento da rede de cuidados foram implementadas medidas protetoras que traduzem a melhoria dos indicadores que respeitam à saúde oral, sendo que a implementação do cheque-dentista e o alargamento do PNPSO são ações estratégicas a assinalar neste processo de melhoria contínua (DGS, 2014; DGS, 2019).

De acordo com a DGS (2019, p. 6),

os indicadores de saúde oral em Portugal, medidos através de estudos de prevalência das doenças orais, representativos a nível nacional e regional, têm vindo a melhorar ao longo dos anos, com maior expressão na última década,

expectando-se que, em 2020, Portugal confirme as previsões do aumento gradual dos gastos relativos à prestação de serviços de saúde oral (Patel, 2012).

Atualmente, em Portugal, as doenças orais são consideradas um problema de saúde pública nacional, na medida em que têm impacto na saúde geral dos indivíduos e significado na QdV dos adultos e idosos, podendo esta estar comprometida em consequência de uma saúde oral precária (DGS, 2019). A cárie dentária e a doença periodontal são as patologias orais prevalentes na população idosa, estando presentes na grande maioria da população adulta (DGS, 2019). No que concerne ao índice de dentes cariados, perdidos e obturados, verifica-se que nos grupos etários mais elevados e em especial no grupo dos 65 aos 74 anos, a componente de dentes perdidos tem um peso relevante, sendo que apenas 36,7% desta população tem 20 ou mais dentes naturais e 14,4% são desdentados totais (Calado, et al., 2015; DGS, 2019). Estes dados repercutem-se na QdVRSO, uma vez que 55,5% dos portugueses com falta de dentes naturais não têm dentes de substituição (Ordem dos Médicos Dentistas, adiante designada OMD, 2019) o que condiciona as interações sociais e o desempenho de funções fisiológicas essenciais como a alimentação, a fala e a deglutição.

Apesar da evidência referida anteriormente e da sensibilidade que a prevenção das doenças orais tem na promoção da saúde, a população portuguesa continua a pautar o seu comportamento pela adoção de medidas curativas. O III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (Calado, et al., 2015), realizado em 2013/2014, evidenciou que 79% dos indivíduos do grupo etário dos 65 aos 74 anos escovam os dentes pelo menos uma vez por dia e 53% escovam duas ou mais vezes por dia, sendo que 71% escovam à noite antes de deitar o que faz com que este seja o grupo etário com menor frequência de escovagem dos dentes neste período do dia.

Segundo o Barómetro da Saúde Oral (OMD, 2019), em 2019, 6,8% dos portugueses nunca foram ao médico dentista e 24,8% fizeram-no em situações de urgência, verificando-se uma redução da percentagem de indivíduos que visitou regularmente os profissionais de saúde oral para consultas de rotina, *check up*, limpeza ou ortodontia. De entre as razões apontadas para este comportamento de procura de saúde, as mais prevalentes são o sentimento de ausência de necessidade e o custo elevado dos

tratamentos e das consultas de medicina dentária, fatores a considerar na decisão estratégica de medidas que visem a promoção da saúde oral.

O mesmo estudo realizado pela OMD revela que 59,4% da população portuguesa desconhece que o SNS disponibiliza cuidados de saúde oral, ainda que este indicador tenha evoluído positivamente ao longo dos anos. Contudo, 88,3% consideram muito importante o acesso aos serviços de medicina dentária no SNS e sensivelmente a mesma percentagem refere ser muito importante a comparticipação de consultas desta especialidade no setor privado. Como resposta a esta necessidade, o PNPSO (DGS, 2019), em concordância com o Despacho nº 8861-A/2018, prevê que a estratégia global de prevenção e tratamento das doenças orais no SNS contemple o aumento e a melhoria da cobertura dos cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários, devendo haver um investimento na literacia e no desenvolvimento de ações intersectoriais com envolvimento do poder local e maior proximidade da população.

Ainda que o SNS se caracterize por ser universal e tendencialmente gratuito, Lourenço e Barros (2016) referem algumas exceções a estes princípios, sendo a mais evidente a cobertura da saúde oral que é essencialmente privada. Da mesma forma, as desigualdades em saúde oral manifestam-se também pela distribuição heterogénea dos recursos nas diferentes regiões havendo determinadas áreas em que o rácio de profissionais de saúde oral está abaixo do recomendado pela WHO⁵ (OMD, 2019c). O alargamento sucessivo do PNPSO a subgrupos populacionais mais vulneráveis, a integração de equipas multiprofissionais nos cuidados de saúde primários e a implementação de intervenções de promoção da saúde, prevenção primária e tratamento dirigidas a diferentes grupos populacionais surgem como tentativa de resposta às desigualdades evidenciadas nas classes com rendimentos socioeconómicos mais baixos, promovendo, desta forma, a equidade vertical (DGS, 2019).

2.5 – Prevenção da doença e promoção da saúde oral

As doenças orais repercutem-se no nível de bem-estar do indivíduo e na oportunidade de manutenção dos papéis sociais. Paralelamente, traduzem o acúmulo de processos

⁵ A WHO recomenda, para os países ocidentais, o rácio de um médico dentista por 1500 a 2000 habitantes (OMD, 2019c)

patológicos desenvolvidos ao longo do ciclo vital e resultam de comportamentos de saúde como os hábitos de higiene oral e a vigilância da boca e dos dentes, assim como de políticas e estratégias governamentais que implementem intervenções de promoção da saúde oral e favoreçam o acesso e a equidade nos cuidados de saúde. A estas variáveis, acresce ainda o nível de literacia em saúde oral do indivíduo e a importância que atribui à saúde oral no nível de saúde em geral que autodefine.

Historicamente, as intervenções de prevenção da doença e promoção da saúde oral direcionaram-se para *settings* populacionais específicos e considerados mais vulneráveis como as crianças, os jovens e as grávidas, sendo que os cuidados orais individuais eram essencialmente curativos e as intervenções de prevenção desenhadas para grupos populacionais (FDI, 2015). No entanto, esta abordagem representa custos elevados e inexecutáveis para determinados países, pelo que é fundamental a implementação de estratégias eficientes e direcionadas para os fatores de risco e para os comportamentos que se repercutem no nível de saúde oral dos indivíduos (FDI, 2015).

Segundo Santos, et al. (2019, p. 1) *oral health is a determinant for quality of life and preventing behaviours such as regular tooth brushing can reduce the risk of a wide spectrum of oral diseases*⁶. A DGS (2019) partilha desta opinião e refere que é possível manter a saúde da boca durante todo o ciclo vital através de cuidados básicos de higiene oral, considerando estas medidas simples de concretizar, económicas, muito eficazes e ao alcance de todos. No entanto, valoriza o papel das pessoas significativas para os indivíduos, realçando o exemplo e a transmissão de informação e conhecimentos por parte dos profissionais e dos cuidadores. Para além da higiene oral, a prevenção das doenças orais é cimentada pela alimentação saudável e pelo reforço da resistência dentária, pelo que a promoção da saúde oral deve ser integrada na promoção da saúde em geral e incluir medidas de prevenção de doenças dos dentes e da boca (DGS, 2014; FDI, 2015; DGS, 2019). Neste sentido, alinhado com o Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015), o PNPSO objetiva a melhoria do estado de saúde oral da população através da promoção da higiene oral ao longo do ciclo vital do indivíduo (DGS, 2019). O mesmo documento valoriza a motivação e a instrução do indivíduo em contexto

⁶ A saúde oral é determinante para a QdV e comportamentos preventivos como a escovagem regular dos dentes podem reduzir o risco de um amplo espetro de doenças orais.

clínico e reitera que estes conteúdos devem ser abordados em todos os contactos da pessoa com profissionais de saúde dentária.

De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (2016 p. s.p.), a higiene oral é conceptualizada como *the practice of keeping the mouth, teeth, and gums clean and healthy to prevent disease*⁷ e deve seguir um conjunto de princípios e normas para que seja considerada adequada e eficaz. Esta premissa prende-se com o facto dos comportamentos diários para o controlo da placa bacteriana e da composição e frequência da ingestão alimentar serem determinantes na constituição da flora bacteriana oral que, por sua vez, é preditora da etiologia da cárie dentária e da doença periodontal (DGS, 2019). Assim, a FDI citada pela DGS (2017), a DGS (2019) e a OMD (2019a) recomendam, em indivíduos com 6 ou mais anos, a escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado (1000-1500 partes por milhão) na quantidade aproximada de um centímetro pelo menos duas vezes por dia, sendo que uma delas deve ser realizada à noite, antes de deitar, uma vez que no período noturno a produção de saliva é reduzida, o que elimina a sua componente protetora na neutralização dos ácidos, diluição dos açúcares e remoção dos resíduos alimentares da cavidade oral. Neste período do dia, a higiene oral deve ser completada com a utilização de fio ou fita dentária, escovilhões ou outro meio mecânico para controlo do biofilme interdentário e supervisionada pelos cuidadores nos indivíduos com capacidade comprometida (DGS, 2019).

No que respeita ao aumento da resistência dentária, é mandatório o uso de fluoretos, na medida em que a suscetibilidade à cárie dentária é determinada pelo grau de mineralização do esmalte em consonância com um conjunto de fatores endógenos ao próprio indivíduo (DGS, 2019). Ainda que em determinados grupos etários específicos seja aconselhada a utilização de técnicas protetoras das estruturas dentárias coadjuvantes, na idade adulta *a administração tópica de fluor (...) [deve ser feita] essencialmente através da utilização de dentífricos fluoretados e de soluções para bochecho* (DGS, 2019 p. 17), sendo de primordial importância a sensibilização dos indivíduos e cuidadores para este facto. A FDI (2015; 2019) corrobora esta opinião, referindo que o fluoreto aumenta a resistência dos dentes às alterações das condições de pH da cavidade oral, sendo que, quando aplicado em níveis adequados através do uso regular de dentífricos no

⁷ a prática de manter a boca, dentes e gengivas limpos e saudáveis para prevenir doenças

autocuidado de higiene oral inibe a proliferação bacteriana, interrompe a desmineralização e promove a reparação do esmalte dentário.

As doenças orais partilham um conjunto de determinantes com as demais patologias, sendo que, dentro destes, alguns são intrínsecos não podendo por isso ser modificados e outros resultam do estilo de vida e de comportamentos específicos, aspetos já abordados anteriormente, pelo que não serão novamente explorados. De acordo com a FDI (2015a), os fatores modificáveis das doenças orais incluem os hábitos alimentares não saudáveis, particularmente a ingestão de alimentos ricos em açúcar, o uso de tabaco e o consumo abusivo de álcool. Estes, de forma isolada ou combinada são responsáveis pela degradação da condição oral dos indivíduos e consequente perda de QdVRSO. Desta forma, é necessária uma intervenção focalizada no indivíduo que vise a mudança de comportamentos e a incrementação da resiliência, nomeadamente no que respeita à escolha de estilos de vida saudáveis. No entanto, é necessário ter presente que todas as escolhas são influenciadas por múltiplos fatores, nomeadamente socioeconómicos e culturais. Assim, a mesma entidade reitera que, por forma a que as estratégias de promoção da saúde baseadas na abordagem dos estilos de vida revelem eficácia, sejam considerados os fatores de risco e determinantes mais amplos do comportamento humano objetivando a escolha saudável como a mais fácil, tal como preconizado na Carta de Ottawa.

O crescente reconhecimento da saúde oral enquanto componente fundamental da saúde em geral e da QdV traduz oportunidades únicas de aumento da literacia e impulsiona o papel determinante dos profissionais de saúde na promoção da saúde oral (Glick, et al., 2012), pelo que a intervenção em determinantes como a alimentação saudável, o uso de tabaco e os hábitos etílicos é oportuna e deve ser abrangente (FDI, 2015a). Desta forma, na definição de políticas e de intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença oral, emerge o envolvimento dos responsáveis pela tomada de decisão, dos líderes políticos e das comunidades, sendo condição essencial o seu alinhamento com as diretrizes nacionais e internacionais (Glick, et al., 2012). Neste sentido, o PNPSO (DGS, 2019), dentro do eixo estratégico da prevenção da doença oral, define a promoção da higiene oral ao longo do ciclo vital e a articulação com outros programas nacionais relevantes para a área, nomeadamente o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. Adicionalmente, considera fundamental para a *promoção da saúde oral da*

população idosa (...) a forte articulação com programas nacionais dirigidos a este grupo etário, em especial para aqueles que estão institucionalizados (DGS, 2019 p. 18).

2.6 – Saúde oral no idoso: o caso particular dos idosos institucionalizados

O envelhecimento é um processo multidimensional que resulta do percurso de vida e do ambiente onde o indivíduo está inserido. Assim, com o avançar da idade, é expectável que a saúde em geral e particularmente a saúde oral tenham características específicas decorrentes do processo de envelhecimento, sendo que fatores como a polimedicação, a carga de doença e os comportamentos de higiene oral precária potenciam um nível de saúde oral mais baixo (Monteiro, 2018; WHO, 2019a). Importa ainda referir as condições biofisiológicas inerentes aos grupos etários avançados que resultam no desgaste dos tecidos e das estruturas o que, coadjuvado pelo referido anteriormente, pela falta de literacia em saúde oral e pelo acesso desigual aos cuidados de saúde, traduz os múltiplos problemas de saúde oral que caracterizam o idoso (Cardoso, 2014).

De acordo com a WHO (2019a) a inter-relação entre a saúde e a saúde oral assume evidência relevante nos idosos na medida em que o comprometimento desta periga a capacidade de mastigação e a conseqüente ingestão nutricional deficitária. Este facto tem repercussão na resposta imunitária do indivíduo que se reflete no aumento da prevalência de patologias sistémicas com necessidade de polimedicação e de tratamentos adjuvantes, vertendo para uma condição de saúde oral deficitária, estados de desnutrição e diminuição da QdV do idoso (Saarela, et al., 2014; Porter, et al., 2015; Monteiro, 2018).

Atendendo às características específicas da pessoa envelhecida, é entendível que haja um conjunto acrescido de barreiras nos cuidados de saúde oral dos idosos, sendo que a WHO (2005; 2019a) valoriza o défice de mobilidade enquanto fator dificultador do acesso aos cuidados de saúde oral essencialmente nos residentes em áreas rurais, as dificuldades financeiras inerentes ao período de reforma agravadas pelos custos dos cuidados de saúde oral, o histórico comportamental de más atitudes em relação à vigilância e cuidados aos dentes e boca e a residência solitária sem apoio de amigos, familiares ou cuidadores que se responsabilizem por esta necessidade. Assim, tal como referido na Declaração de Tóquio sobre Cuidados de Saúde Dentários e Saúde Oral para uma Longevidade Saudável (WHO, 2015a), é fundamental reconhecer a importância da manutenção da saúde oral ao

longo de todo o ciclo vital por forma a garantir uma esperança de vida crescente e saudável (Lourenço e Barros, 2016), pelo que, no caso dos idosos dependentes ou institucionalizados, os prestadores de cuidados assumem um papel epicêntrico na vigilância e prestação de cuidados orais (Zanesco, et al., 2018).

Segundo Cardoso (2014), há uma procura crescente de profissionais de saúde oral por indivíduos com mais de 65 anos. No entanto, no que respeita aos idosos institucionalizados, verifica-se a prevalência de um pior estado de saúde oral (Antunes, 2013; Cardoso, 2014), estando este associado a cuidados de higiene oral diminuídos e à restrição dos cuidados médico-dentários às situações urgentes, sendo que a higienização dentária não é assumida como prioridade (Verbree, et al., 2013; Cardoso, 2014; Rekhi, et al., 2016). A evidência relatada nos estudos referidos contribui para que os idosos institucionalizados refiram uma autoperceção da saúde baixa com a inevitável repercussão nas diferentes dimensões enquanto ser holístico e na sua QdV (Silva, et al., 2014; Jerez-Roig, et al., 2016). Desta forma, importa garantir que os dirigentes das ERPI estabeleçam planos e ações que promovam e protejam a saúde oral dos residentes e sensibilizem os cuidadores, os familiares e os próprios idosos para as necessidades em saúde oral destes indivíduos.

Em Portugal, tem-se verificado a evolução na definição de políticas e estratégias promotoras da saúde oral, assim como a sensibilização de grupos populacionais específicos para a importância da prevenção da doença oral e da adoção de comportamentos protetores. No entanto, países como o Reino Unido evidenciam-se pela definição de linhas orientadoras específicas para os cuidados orais a residentes em ERPI sendo que estas visam a promoção da igualdade no acesso aos cuidados de um *setting* frágil e vulnerável (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Na continuidade do pensamento referido anteriormente, um grupo de peritos do European College of Gerontology e da European Geriatrics Medicine Society (Kossioni, et al., 2018) estabeleceram um conjunto de orientações que devem ser implementadas em instituições para idosos por forma a garantir a prevenção da doença e a promoção da saúde oral. De entre as orientações sugeridas destacam-se:

- i. A avaliação da saúde oral na admissão do idoso;
- ii. A provisão de cuidados de higiene oral diários, incluindo as próteses dentárias;

- iii. A formação e treino dos colaboradores das instituições na prestação de cuidados de higiene oral;
- iv. A promoção e o fornecimento de uma dieta saudável e que proteja a saúde oral;
- v. A garantia do acesso a cuidados de saúde oral por profissionais especializados, assim como a meios complementares de diagnóstico necessários;
- vi. A avaliação regular dos dentes e da boca através do uso de ferramentas adequadas às especificidades da população.

Enquanto cuidadores formais, a equipa técnica e os auxiliares de geriatria das ERPI assumem uma relação de proximidade e responsabilidade para com os idosos institucionalizados (Cardoso, 2014). Partindo deste princípio para a análise das medidas sugeridas, torna-se evidente a importância do papel destes atores, sendo que estes devem ter presente que a saúde oral do idoso institucionalizado exige atenção e requer a intervenção dos cuidadores para a sua manutenção em condições adequadas e que convirjam para a manutenção ou melhoria da QdV dessas pessoas (Cardoso, 2014). Atendendo a que, em Portugal, não existem normas específicas relativas à prestação de cuidados de saúde oral em ERPI e que há um défice de protocolos internos nestas estruturas (National Institute for Health and Care Excellence, 2016), urge a fomentação de ações de formação contínua, a implementação de intervenções nos diferentes níveis de prevenção e a sensibilização dos idosos e dos cuidadores formais para a implementação de hábitos salutareos com incentivo à autonomia e preservação da capacidade de decisão (Antunes, 2013; Cardoso, 2014).

3 – QUALIDADE DE VIDA E A AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (United Nations, 2015) afirma que os conceitos de vida saudável e direito à saúde devem ser contínuos ao longo do ciclo vital, incluindo os últimos anos de vida. Mais do que este facto, a mesma organização incrementa a necessidade de haver equidade no acesso e na distribuição dos cuidados de saúde, o que não se verifica entre e dentro dos países. Consequentemente, os indivíduos com maiores necessidades em saúde, nomeadamente os idosos, tendem a ser aqueles que detêm menor acesso aos recursos. Assim, é imperiosa a promoção na igualdade no acesso a recursos e serviços que potenciem a saúde e a QdV das populações como condição inerente ao envelhecimento saudável e ativo.

A QdV é um conceito abrangente e influenciável pela saúde física e psicológica, grau de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação do indivíduo com o contexto ambiental onde se insere (WHO, 1997; WHO, 1999), sendo definida como a *individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns*⁸ (The WHOQOL Group, 1995 p. 1405).

Atualmente, a valorização do modelo biopsicossocial inerente ao conceito de saúde impulsiona os profissionais de saúde a desenvolverem competências e conhecimentos ao nível da comunicação e das variáveis psicossociais na relação com o utente. Neste sentido, surge o interesse crescente e a necessidade de avaliar a QdV, pelo que têm vindo a ser desenvolvidos instrumentos de avaliação desta variável, ainda que os estudos nesta área sejam escassos (Silva, 2007; Alzate-Urrea, et al., 2015). Contudo, a avaliação da QdV baseada na autoperceção do indivíduo permite a catalogação de dados subjetivos que vão complementar a informação recolhida pelos estudos epidemiológicos, o que possibilita a caracterização real da população e contribui para a avaliação efetiva das intervenções, uma vez que os dados objetivos não são suficientes e a saúde percebida é considerada um bom preditor da saúde objetiva (Silva, 2007; Silva, et al., 2014; Jerez-Roig, et al., 2016; Zanesco, et al., 2018).

⁸ perceção dos indivíduos da sua posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações

Particularizando para os indivíduos com 65 ou mais anos, importa referir que, *com o decorrer da idade, os problemas de saúde tornam-se mais evidentes, tornando assim, na maioria das vezes, a percepção da saúde referida de forma negativa, interferindo desse modo com o bem-estar relatado pelos idosos* (Jerez-Roig, et al., 2016 p. 3368). Atendendo a que a percepção da saúde é multidimensional e sensível à capacidade física e a determinantes sociodemográficos, económicos, culturais e psicológicos (Jerez-Roig, et al., 2016) e que a condição de saúde determina o nível de bem-estar físico, mental e social, urge a mensuração da QdV relacionada com a saúde.

3.1 – Qualidade de vida relacionada com a saúde

Associado ao aumento da esperança média de vida e à transição demográfica e epidemiológica das últimas décadas, emergiu o interesse crescente pelo estudo da QdV, sobretudo a partir da década de 70 do Séc. XX, devendo-se este facto à necessidade de perceber o impacto da doença na QdV dos indivíduos e à procura de medidas a nível populacional que permitissem a mensuração desse impacto nos sistemas de saúde (Silva, 2007; Slade, 2012). Contudo, a revisão da literatura é consensual no que respeita à escassez da integração desta variável no processo clínico do indivíduo e nas bases de pesquisa dos prestadores de cuidados (Silva, 2007).

A QdV das pessoas em geral difere da QdV da pessoa com doença, uma vez que esta se refere à *QdV das pessoas que, por qualquer razão, estão ligadas ao sistema de saúde, sendo o seu elemento central a saúde* (Silva, 2007 p. 269). Desta forma, a QdV relacionada com a saúde tem como principal objetivo perceber de que forma os diferentes domínios da vida das pessoas são influenciados pelo estado de saúde dos indivíduos e é um conceito muito mais abrangente do que a carga de doença, uma vez que representa o impacto das patologias e do seu tratamento na percepção do indivíduo sobre o seu bem-estar (Hernández, et al., 2015).

Ao longo do ciclo vital, os idosos acumulam perdas da capacidade funcional de forma natural e progressiva, podendo este facto ser exacerbado por agravos na condição de saúde. De acordo com Zanesco, et al. (2018) o *status* de dependência inerente à perda de capacidade física e a conseqüente dependência total ou parcial para realizar as atividades de vida diárias influencia a percepção de saúde do indivíduo e resultam num conjunto de

fatores que têm representatividade na QdV relacionada com a saúde do idoso. Assim, a percepção positiva perante a condição de saúde dos idosos é fundamental para que estes possam viver de forma equilibrada e em interação com a família e a sociedade, sendo que, simultaneamente, este facto os torna conscientes das áreas onde o seu desempenho é afetado pela sua saúde permitindo a identificação das suas necessidades e a decisão consciente (Hernández, et al., 2015; Zanesco, et al., 2018).

3.2 – Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

A saúde oral é parte integrante do bem-estar do indivíduo e condição essencial à saúde em geral, tendo tradução nas dimensões física e psicológica da QdV (Alzate-Urrea, et al., 2015). Avaliar a QdV relacionada com a saúde através do impacto da condição de saúde oral contribui para a melhoria das estratégias de prevenção e intervenção em saúde oral, uma vez que a autopercepção da saúde oral pode influenciar o autocuidado e afetar a QdV relacionada com a saúde do indivíduo (Zucoloto, et al., 2016). Dallasta, et al. (2019) corroboram esta opinião e acrescentam que uma autopercepção reduzida da saúde oral pode contribuir para o abandono dos cuidados diários de higiene oral e para a não procura de cuidados protetores, o que se repercute na QdV dos indivíduos pela degradação da condição geral da saúde oral e, conseqüentemente, nos sistemas de saúde.

A revisão da literatura é unânime no que respeita ao peso do impacto da saúde oral na QdV, pelo que urge a inserção desta variável nos construtos de pesquisa sobre a QdV relacionada com a saúde (Locker, 1996; Slade, 2012; Zucoloto, et al., 2016). A QdVRSO não apresenta uma conceptualização única e isolada, apesar de ser consensual entre os diferentes autores que é multidimensional e que reflete o conforto das pessoas durante a alimentação, o sono e as interações sociais, a autoestima e a satisfação individual com a condição de saúde oral (WHO, 2003; Hernández, et al., 2015; Monteiro, 2018a).

Numa perspetiva histórica, percebe-se que o estudo da relação entre a saúde oral e a QdV data apenas da década de 1980, sendo que este facto pode estar na dependência da relatividade atribuída até então à saúde oral enquanto componente da saúde em geral (Bennadi e Reddy, 2013; Sousa, 2016).

A definição de saúde da WHO incrementou o abandono da perspetiva patológica ao introduzir um paradigma multidimensional com inclusão das componentes física, mental

e social (WHO, 1946), o que resultou na necessidade da revisão das políticas de saúde e da posição dos próprios profissionais de saúde que sempre selecionaram a morbimortalidade como indicadores privilegiados na avaliação da condição de saúde do indivíduo e das populações (Fleck, 2000). Pese embora a inegável importância que detêm, estes dados são redutores por não refletirem o impacto da doença sobre a função ou o bem-estar psicossocial. Neste sentido, no que respeita à saúde oral e à relação que detém com a QdV relacionada com a saúde dos indivíduos, tornou-se evidente e necessária a estruturação de modelos teóricos e instrumentos de avaliação que garantissem a inclusão das diferentes componentes da saúde oral (Bennadi, et al., 2013; Sousa, 2016; Monteiro, 2018a).

A avaliação da saúde oral através da autoperceção contribui para a monitorização dos cuidados de saúde e traduz a posição do indivíduo perante a sua condição oral e o que define como a sua representatividade no nível de saúde em geral. Apesar de ser uma medida subjetiva e sensível aos determinantes da saúde oral já mencionados, permite aferir a perceção individual sobre as condições de saúde oral e a necessidade de intervenção dirigida a essa condição (Zucoloto, et al., 2016; Sáez-Prado, et al., 2016; Monteiro, 2018a; Echeverria, et al., 2019), facto que justifica a pertinência da sua avaliação.

A saúde oral tem uma relação bidirecional com a saúde em geral, pelo que os problemas de saúde oral têm impacto na economia familiar e nos sistemas de saúde (Patel, 2012). De acordo com Afonso e Silva (2015, p. 312) *as relações entre variáveis clínicas e os resultados em (...) QdVRSO não são diretas, porém moderadas por uma diversidade de variáveis, nomeadamente por variáveis individuais/pessoais, sociais ou ambientais*. Assim, importa a identificação de indicadores subjetivos de saúde que complementem os dados objetivos obtidos pela epidemiologia. No entanto, esta forma de pensar foi apenas desenvolvida e incrementada na década de 1990 uma vez que, até então, os investigadores e os próprios profissionais não eram dotados de ferramentas e conhecimentos que permitissem a avaliação do desconforto, a deficiência ou a disfuncionalidade causada pelas patologias orais (Slade e Spencer, 1994; Slade, 2012; Sousa, 2016).

No seguimento desta linha de pensamento crítico e uma vez que a perceção individual sobre o perfil de saúde oral tende a influenciar as práticas de autocuidado e a afetar a QdVRSO (Zucoloto, et al., 2016) surgiram, durante as últimas décadas, diversos instrumentos de avaliação do impacto da condição de saúde oral na QdV (Tabela 1).

Tabela 1: Instrumentos de avaliação da QdVRSO

Identificação	Autores Ano de publicação	Número de itens	Formato de resposta
<i>Social Impacts of Dental Diseases</i>	Cushing, et al. 1986	14	Sim, Não
<i>Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)</i>	Atchison e Dolan 1990	12	6 categorias Sempre - Nunca
<i>Dental Impact Profile</i>	Strauss e Hunt 1993	25	3 categorias Sem efeito - Com efeito
<i>Oral Health Impact Profile (OHIP)</i>	Slade e Spencer 1994	49	5 categorias Muito frequente - Nunca
<i>Subjective Oral Health Status Indicator</i>	Locker e Miller 1994	42	Dependente da questão
<i>Dental Impact on Daily Living</i>	Leao e Sheiham 1996	36	Dependente da questão
<i>Oral Impacts on Daily Performances</i>	Adulyanon e Sheiham 1997	9	Dependente da questão
<i>Oral Health Quality of Life UK</i>	McGrath e Bedi 2000	16	6 categorias Todo o tempo - Nenhum tempo

Fonte: Adaptado de Bennadi e Reddy (2013)

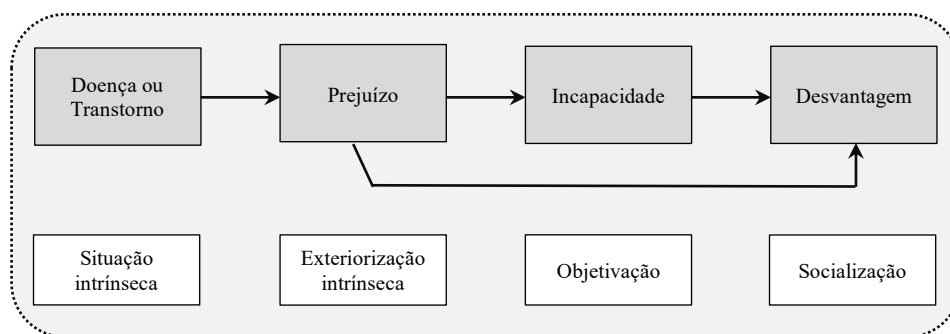
Dos instrumentos de avaliação da QdVRSO mencionados, o *Oral Health Impact Profile (OHIP)* é considerado o que dá maior ênfase aos impactos psicossociais e tem boas capacidades psicométricas para avaliar a QdVRSO, sendo um dos instrumentos mais utilizados com essa finalidade (Monteiro, 2018a, p. 26). Este instrumento, proposto por Slade e Spencer (1994), baseia-se no Modelo da Saúde Oral de Locker (1988) que avalia os domínios físico, psicológico e social quantificando, desta forma, a autopercepção do impacto da saúde oral (Zucoloto, et al., 2016). Gomes, et al. (2015) subscrevem esta opinião e acrescentam a pertinência da sua utilização em populações idosas.

3.3 – Modelo de saúde oral de Locker

A definição de um novo paradigma da saúde pela WHO (1946) e a sua objetivação enquanto conceito holístico propôs o abandono da tríade *etiologia-doença-sintomas* subjacente à *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* adotada pela mesma organização, mas considerada redutora na medida em que não reflete a realidade inerente ao contato com os sistemas de saúde por parte dos indivíduos (WHO, 2018a). Assim, em 1980, a WHO publica a *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (WHO, 1980) que se baseia numa sequência evolutiva do nível de saúde ao longo do ciclo vital. Estruturada de acordo com a Figura 1, a referida classificação contempla a doença ou transtorno como condição intrínseca inerente ou adquirida pelo indivíduo e os prejuízos causados pela doença, sendo

que estes conduzem a incapacidades que se traduzem em desvantagens. Ainda que sequencial, a relação entre estes conceitos não é linear, uma vez que as desvantagens podem acontecer sem que haja um estado de incapacidade (WHO, 1980).

Figura 1: Consequências da doença segundo a *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*

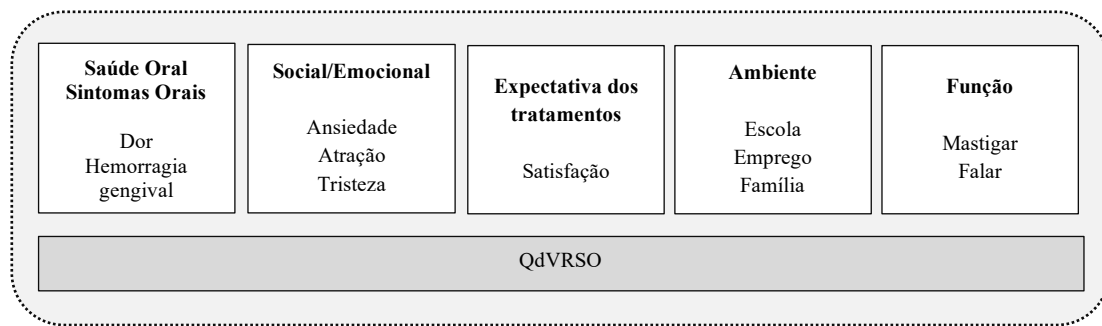


Fonte: Adaptado de WHO (1980)

Tradicionalmente, os profissionais de saúde oral recorrem a índices e taxas de doença para caracterizar a prevalência das patologias orais na comunidade. No entanto, ainda que relevantes, estas medidas refletem apenas o processo de doença, negligenciando, desta forma, o impacto que este tem na função ou no bem-estar psicossocial do indivíduo (Allen, 2003).

O conceito de QdV é indissociável dos fatores psicossociais da pessoa (Alzate-Urrea, et al., 2015; Beldiman, et al., 2017) pelo que, na avaliação da QdVRSO importa uma abordagem que integre as diferentes variáveis inerentes a este conceito (Locker, 1996; Slade, 2012; Zucoloto, et al., 2016). Desta forma, considerando que a QdVRSO se expressa pela interação da condição de saúde oral com os fatores biológicos (Atchison, et al., 2006), contextuais e sociais do indivíduo (Locker, et al., 2005), Locker propôs um conceito de QdVRSO que inclui as diferentes dimensões a considerar, sendo que é da interação entre as partes que resulta o todo quando se fala em QdVRSO (Hernández, et al., 2015), tal como se verifica pela análise da Figura 2.

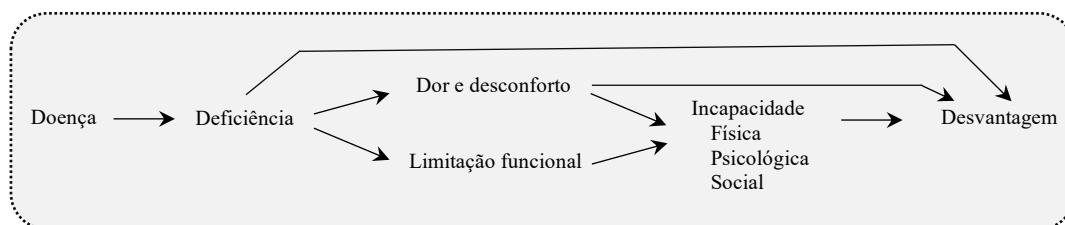
Figura 2: Conceito de QdVRSO



Fonte: Adaptado de Hernández, et al. (2015)

Decorrente da dimensão multifatorial da QdVRSO apresentada e fundamentado na *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (WHO, 1980), Locker (1988) estruturou um Modelo de Saúde Oral que permite a objetivação do *status* de QdVRSO dos indivíduos através da avaliação dos possíveis impactos funcionais e psicossociais decorrentes da condição oral (Figura 3). No modelo apresentado, o autor afirma que os indivíduos com uma ou mais zonas edêntulas são prejudicados, sendo que estes podem apresentar incapacidades decorrentes da perda dentária (de que são exemplo a dificuldade ou incapacidade de realizar atividades de vida diárias como a fala ou a mastigação) e desvantagens como a minimização do contacto social secundário ao constrangimento decorrente do edentulismo (Locker, 1988; Allen, 2003; Hernández, et al., 2015; Monteiro, 2018a).

Figura 3: Modelo conceptual de Locker para avaliação da saúde oral (1988)



Fonte: Adaptado de Allen (2003)

O Modelo de Saúde Oral de Locker assume a relação proporcional entre a QdV e a condição de saúde oral, baseando-se no facto do conceito de QdV não se reduzir aos indicadores clínicos (Monteiro, 2018a). Da mesma forma, ainda que questionado por

alguns autores que argumentam a ponderação na definição de relações diretas, é fortificado por resultados que evidenciam que a *understanding which aspects of oral disease have the greatest impact on well being may help to identify priorities for prevention and treatment*⁹ (Masood, et al., 2017, p. 79), o que se revela importante na definição de um desenvolvimento sustentável, na saúde em geral e na QdVRSO dos indivíduos.

3.4 – Impacto da saúde oral na qualidade de vida relacionada com a saúde do idoso

A evidência científica coadjuva na definição de eixos estruturantes e linhas orientadoras para a melhoria do estado de saúde da população, uma vez que permite alinhar os sistemas de saúde com as necessidades em saúde. No entanto, em grupos populacionais específicos como os idosos, a evidência científica sobre QdVRSO é escassa (Alzate-Urrea, et al., 2015; Gomes, et al., 2015; Rekhi, et al., 2016; Bulgarelli, et al., 2018), ainda que a relação entre a QdV e a saúde oral venha a ser motivo de interesse e investigação nos últimos anos.

Investigar a QdVRSO nos idosos garante que os indivíduos, independentemente da sua idade, terão oportunidade de realizar o seu potencial de saúde com dignidade e equidade ao longo do ciclo vital, tal como preconizado na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (United Nations, 2015). Ao mesmo tempo permite que entidades governamentais estabeleçam as parcerias necessárias para a melhoria da saúde ao longo da vida, garantindo que os indivíduos vivam mais tempo e de forma mais saudável (WHO, 2017).

Mozafari, et al. (2015) realizaram um estudo de caso-controle numa população iraniana concluindo que as funções da fala, higiene dentária, exercício físico e estado emocional se encontravam prejudicadas no grupo dos casos, sendo este constituído por indivíduos idosos com queixas orais, dentárias e maxilofaciais. Este facto vai ao encontro do referido pela FDI (2015) que identifica a fala, o sorriso, a alimentação e a socialização como funções fundamentais dependentes de uma adequada saúde oral.

⁹ A compreensão dos aspetos da doença oral que têm maior impacto no bem-estar pode ajudar a identificar prioridades para prevenção e tratamento

O mesmo estudo concluiu ainda que a QdV diminui com o aumento das funções prejudicadas, premissa evidenciada pela revisão da literatura realizada no presente enquadramento conceptual e corroborada por Alzate-Urrea, et al. (2015), Gomes, et al. (2015) e Bulgarelli, et al. (2018). Gomes, et al. (2015) recorreram à versão reduzida do OHIP (OHIP-14) para a investigação da QdVRSO em idosos diabéticos e concluíram que 84,1% dos idosos reportaram impacto negativo em pelo menos um dos itens avaliados, sendo que as dimensões mais pontuadas foram a funcional, a dor e a incapacidade física. Mozafari, et al. (2015) verificaram que, com o aumento da idade, os idosos tendem a lidar melhor com as complicações oromaxilofaciais. Este facto pode correlacionar-se com questões culturais na medida em que muitos dos idosos consideram que a degradação da saúde oral é proporcional ao aumento da idade, sendo esta uma condição natural. O mesmo resultado é inferido pela análise dos dados obtidos por Alzate-Urrea, et al. (2015) que concluíram haver um sentimento de resignação perante as condições de vulnerabilidade, uma vez que as doenças crónicas são próprias da etapa do ciclo vital em que os idosos se encontram.

Os determinantes da saúde que se relacionam com a QdV e com a saúde oral são variáveis amplamente investigadas, sendo que a literatura refere que os fatores socioeconómicos, as redes sociais de apoio, o acesso aos cuidados de saúde, a idade, o género e os fatores genéticos são determinantes no nível de saúde oral das populações e, conseqüentemente, na sua QdV (Glick, et al., 2012; WHO, 2012; FDI, 2015; United Nations, 2015). Assim, verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas na avaliação da QdVRSO de acordo com as características sociodemográficas da população, sendo que, nos idosos, o género feminino (Gomes, et al., 2015; Alzate-Urrea, et al., 2015; Rekhi, et al., 2016; Bulgarelli, et al., 2018) e um menor nível de escolaridade (Gomes, et al., 2015; Rekhi, et al., 2016) são variáveis associadas a uma menor QdVRSO.

Frequentemente, a população idosa é detentora de condições de saúde da cavidade oral precárias, facto reportado pelo índice de edentulismo e patologias orais que caracterizam este grupo populacional (OMD, 2019; OMD, 2019c). Este facto deve ser valorizado no contexto onde a população está inserida, sendo que *a precaridade da saúde oral (...) reflete não só o efeito cumulativo da patologia oral, mas provavelmente também a escassez de tratamento dentário ao longo do ciclo da vida* (Gomes, et al., 2015 p. 88). Paralelamente, traduz a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde oral, podendo este

facto derivar de questões económicas ou da iniquidade da distribuição dos referidos cuidados de saúde (OMD, 2019).

Ainda que os estudos referidos anteriormente tenham sido desenvolvidos em populações com características fisiológicas, culturais e sistemas de saúde muito diferentes, os seus autores são unânimes em afirmar que a saúde oral influencia a QdV dos indivíduos idosos e que esta deve ser investigada por forma a contribuir para a evidência científica que ainda é escassa neste domínio, embora emergente. Sendo a população idosa um grupo vulnerável e com pior QdVRSO relativamente à demais população, esta deve ser objeto de estudos científicos que alarguem o conhecimento deste fenómeno, sendo que, pelas características que englobam e pela perda de autonomia na procura de cuidados de saúde, os idosos institucionalizados em ERPI devem merecer especial atenção (Alzate-Urrea, et al., 2015)

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

A investigação fundamenta-se na aquisição de conhecimento baseado no empirismo e na crítica (Fortin, 2009), sendo que a definição do domínio de investigação é a etapa primária no desenho de qualquer estudo de investigação. No decorrer deste, a fase metodológica é alicerçante, imprimindo rigor e cientificidade ao processo de investigação, pelo que uma falha metodológica determina a invalidação das conclusões do estudo (Fortin, 2009). Corroborando esta premissa, Hernandez Sampieri, et al. (2010 p. 4) conceptualizam investigação como *un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno*¹⁰ por forma a confirmar hipóteses relativas a relações presumidas das variáveis em estudo e a descrever, predizer e explicar factos e acontecimentos ou fenómenos (Fortin, 2009). Assim, durante a fase metodológica, é estruturado o percurso a realizar para responder às questões de investigação e para confirmar ou rejeitar as hipóteses formuladas a partir da revisão da literatura efetuada.

1.1 – Pertinência do estudo

O envelhecimento das populações é uma realidade inevitável e com desafios para a sociedade e para as comunidades que ambicionam o prolongamento da longevidade com QdV. De acordo com Dartevelle e Fukai (2018) a saúde oral é condição essencial para a QdV ao longo do ciclo vital, sendo que a evidência científica revela que a saúde da boca e dos dentes contribui para a manutenção e melhoria da saúde em geral. Baseando-se nesta convicção, os mesmo autores referem que é necessário definir áreas de investigação e implementar medidas específicas que garantam a identificação de lacunas e a equidade no acesso à promoção da saúde e prevenção da doença oral.

Na Declaração de Tóquio, o World Congress (2015) reitera que a saúde oral é um direito humano fundamental que exige esforços e que deve ser sustentado numa abordagem da saúde oral em todas as políticas. Desta forma, importa a melhoria de áreas tão distintas

¹⁰ um conjunto de processos sistemáticos, críticos e empíricos que se aplicam ao estudo de um fenómeno

como a objetivação de dados para a formulação de políticas de saúde oral e o reconhecimento da saúde oral enquanto determinante da QdV.

Pelo descrito anteriormente, a QdV e a saúde oral apresentam-se como duas variáveis com possível associação. No entanto, há outros fatores que, por serem determinantes para a saúde do indivíduo, merecem ser investigados e relacionados com estas variáveis, constituindo-se como interrogações que poderão ser exploradas por forma a fornecer contributos de domínio científico. A análise do estado da arte sobre a presumível relação entre a QdV e a saúde oral e a pertinência que a reveste no campo da fundamentação da definição de estratégias, assim como a possibilidade de contributo para a melhoria do estado de saúde e satisfação das necessidades de um grupo que é vulnerável, conduz à definição da premissa que de seguida se enuncia como questão de investigação

Será que a QdV se relaciona com a saúde oral de idosos institucionalizados?

A QdVRSO é fundamental para o planeamento de programas de saúde, mas é escassa a investigação nesta área, nomeadamente no que respeita a grupos específicos como os idosos (Alzate-Urrea, et al., 2015; Gomes, et al., 2015; Rekhi, et al., 2016; Bulgarelli, et al., 2018). A *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health* (WHO, 2017 p. IV) enfatiza *the importance of improved data, measurement, and research, and involving older people in all decisions that concern them*¹¹, ficando evidente que o alinhamento dos objetivos do PNPSO (DGS, 2019) com as estratégias do Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015) contribui para a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (United Nations, 2015). Assim, investigar a QdVRSO nos idosos institucionalizados garante que os indivíduos, independentemente da sua idade, terão oportunidade de realizar o seu potencial de saúde com dignidade e equidade ao longo do ciclo vital, tal como preconizado no referido documento.

1.2 – Tipo de estudo

Em ciências sociais e humanas a seleção do tipo de estudo a encetar assume especial importância na medida em que dita o rumo e a estruturação da investigação. Observar o

¹¹ a importância de melhorar os dados, a medição e a pesquisa e envolver os idosos em todas as decisões que lhes dizem respeito

comportamento de uma população e a relação entre as variáveis decorrentes ou influenciadoras desse comportamento são os objetivos primários de qualquer estudo. Partindo deste fundamento, o investigador encaminha-se para a descrição pura ou combinada com um estudo analítico que lhe vai permitir aferir a relação entre o estado de saúde dos indivíduos e as variáveis em estudo (Bonita, et al., 2010).

Coutinho (2014) ressalva que, embora alguns estudos objetivem a descrição de determinados traços ou atributos de uma população, a maioria visa a determinação correlacional das variáveis, sendo por isso exploratórios. Estes têm como objetivo principal *fornecer pistas para estudos futuros* (Coutinho, 2014 p. 318) e assumem o formato de transversal ou longitudinal, de acordo com o horizonte temporal a que a recolha de dados respeita.

Sendo propósito último da dissertação de natureza científica que se desenvolve a avaliação da autoperceção sobre o impacto da saúde oral na QdV de idosos institucionalizados em ERPI, define-se para a presente investigação a realização de um estudo empírico, transversal e correlacional, com abordagem quantitativa.

1.3 – Objetivos do estudo

O início de uma investigação pauta-se, por vezes, pela indefinição e dúvida, sendo que *o primeiro problema que se põe ao investigador é muito simplesmente o de saber como começar bem o seu trabalho* (Quivy e Campenhoudt, 2008 p. 31). Importa por isso definir a questão de partida que traduz a inquietação de quem investiga e norteia o caminho a percorrer, assim como a definição de objetivos que enunciem o que o investigador tenciona fazer para responder às questões de investigação (Fortin, 2009). Num paradigma conceptual, os objetivos são os enunciados que conduzem a investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos na problemática em questão, pelo que a sua descrição deve confluir para o tipo de investigação que se pretende realizar (Fortin, 2009).

Assente nos pressupostos enunciados, na revisão do estado da arte efetuada e tendo presente que a avaliação da QdV através da autoperceção possibilita a catalogação de dados subjetivos que completam a evidência objetiva, definem-se como objetivos do presente estudo de investigação:

- i. Caraterizar a amostra nas variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais;
- ii. Avaliar o autorrelato do impacto da saúde oral na QdV de idosos institucionalizados;
- iii. Analisar a relação entre a QdVRSO e as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais.

1.4 – População, amostra e contexto

A investigação caracteriza-se pela confrontação entre os dados epidemiológicos e das ciências sociais e os dados observáveis em determinada população. Partindo deste pressuposto, o investigador valida ou rejeita as hipóteses construídas, pelo que se torna necessário definir um campo de análise que represente o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados obtidos (Coutinho, 2014).

O concelho de Bragança, no Nordeste Transmontano, ocupa 1 173,6 Quilómetros Quadrados (Km²) da área territorial nacional que se distribuem por 39 freguesias, englobando estas 114 aldeias, uma vila e uma cidade. Geograficamente, faz fronteira a Norte-Noroeste com Espanha, a Oeste com Vinhais, a Sul com Macedo de Cavaleiros e a Sudoeste com o concelho de Vimioso, sendo que tem uma amplitude altimétrica de 1164 metros o que confere ao concelho variações climáticas importantes que se repercutem na vida dos habitantes (INE, 2018).

No que respeita aos setores de atividade profissional, em 2011, verificava-se um claro predomínio do setor terciário que corresponde a 78,8% da população empregada economicamente ativa, tendo o setor primário uma representação residual de 4,6% (INE, 2012).

Com uma densidade populacional de 28,7 habitantes/Km² (INE, 2018), Bragança espelha o que acontece no país e conhece o crescendo contínuo do envelhecimento demográfico, sendo que, segundo dados censitários, em 2011, tinha cerca de 179 idosos por cada 100 jovens, valor que evoluiu para 210,5 em 2017 (PORDATA, 2019). Assim, infere-se que é um concelho envelhecido, informação corroborada pelo Anuário Estatístico da Região Norte 2017 (INE, 2018) que evidencia que, em dezembro de 2017, cerca de 25% da

população do concelho de Bragança tinha 65 ou mais anos e desta 50,1% tinha 75 e mais anos.

De entre os idosos do concelho, em janeiro de 2019, cerca de 800 encontravam-se institucionalizados nas 22 ERPI disponíveis e localizadas nas diferentes localidades rurais e urbanas (Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019), o que representa uma taxa de ocupação de 96,4% destas redes de apoio.

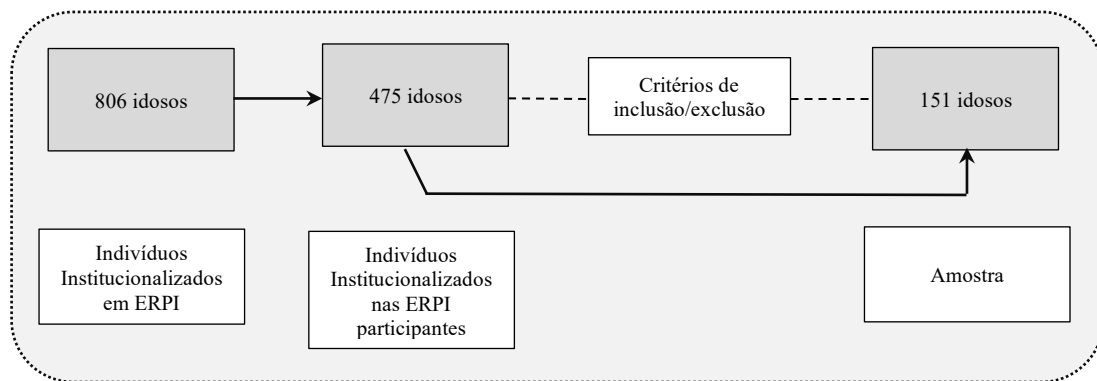
Atendendo aos factos referidos anteriormente, no desenho da investigação que se encetou era expectável que a população alvo fosse vasta, estivesse dispersa por uma área geográfica abrangente e apresentasse características biopsicossociais e clínicas muito ambíguas. Assim, definiram-se critérios de inclusão que permitiram a uniformização das unidades de análise, considerando-se candidatos a participar no estudo todos os indivíduos que, concomitantemente, à data da recolha de dados cumpriam os pressupostos que seguidamente se enumeram:

- i. Ter capacidade para compreender e assinar o consentimento informado, livre e esclarecido;
- ii. Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- iii. Ter nacionalidade portuguesa;
- iv. Estar institucionalizado em ERPI do concelho de Bragança.

Foram excluídos todos os indivíduos que responderam incorretamente a pelo menos uma questão da avaliação da orientação relativa ao tempo, espaço e pessoa constante no instrumento de recolha de dados.

De acordo com os dados facultados pelas ERPI que autorizaram a inclusão no estudo, a população da presente investigação é constituída por 475 idosos, dos quais 160 são candidatos a participar no estudo, tal como ilustrado no processo de amostragem representado na figura 4.

Figura 4: Processo de amostragem



A identificação dos indivíduos candidatos foi feita pelo diretor técnico das diferentes ERPI, sendo esta fundamentada no comportamento diário do idoso e nos dados constantes no seu processo clínico, nomeadamente a informação concernente à aplicação do *Mini Mental State Examination*, uma vez que este é o questionário eleito pelas instituições que fazem avaliação regular do estado mental dos residentes.

Dos idosos candidatos a participar no estudo, 9 foram excluídos na fase de recolha de dados, sendo a exclusão devida a dificuldade na comunicação recetiva por hipoacusia severa ($n = 3$), ausência do idoso no momento de recolha de dados na ERPI ($n = 1$) e recusa do idoso em consentir a participação na investigação ($n = 5$). Assim, a amostra final é constituída por 151 indivíduos, o que representa 31,8% dos idosos institucionalizados nas ERPI que o integram à data da recolha de dados e 18,7% dos idosos institucionalizados no concelho de Bragança de acordo com dados referidos na Carta Social 2018 (Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019).

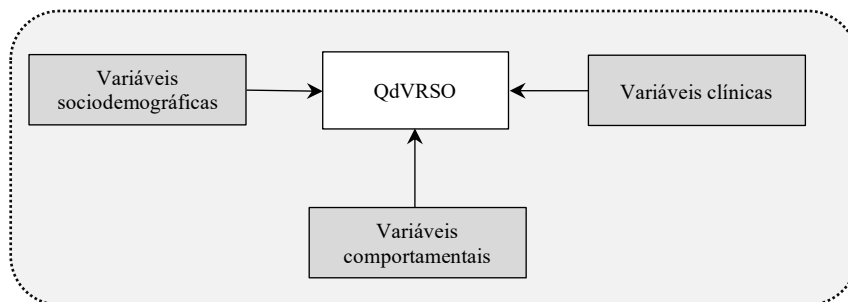
1.5 – Definição e operacionalização das variáveis

As variáveis de um estudo de investigação são atributos que expressam um contexto e traduzem as qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações, sendo fim último de uma investigação a compreensão da forma como as variáveis se comportam e relacionam em determinada população (Fortin, 2009). Assim, a análise da

relação e influência de uma variável sobre as outras permite a inferência de conclusões e a generalização dos resultados obtidos.

A investigação da QdVRSO em idosos institucionalizados encaminha para a necessária definição de um conjunto de variáveis fundamentadas pela literatura e que se relacionam intrinsecamente, conforme representado na Figura 5.

Figura 5: Relação conceitual das variáveis



A observação e interpretação da mesma figura evidencia que, para a caracterização da população em estudo, foi identificada a QdVRSO como variável dependente, sendo que as variáveis sociodemográficas, as variáveis clínicas e as variáveis comportamentais agrupam variáveis independentes que se operacionalizam de acordo com o estruturado na Tabela 2.

Tabela 2: Operacionalização das variáveis

	Identificação	Descrição	Tipo	Operacionalização
Variáveis sociodemográficas	<i>Residência</i>	Local de residência anterior à institucionalização na ERPI	<i>Nominal</i>	1. Urbana 2. Rural
	<i>Idade</i>	Período cronológico, em anos, desde a data de nascimento até à data de recolha de dados	<i>Nominal</i>	1. [65-81 anos] 2. [82-85 anos] 3. [86-99 anos]
	<i>Género</i>	Diferenciação sociocultural entre homens e mulheres (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2020)	<i>Nominal</i>	1. Masculino 2. Feminino
	<i>Estado civil</i>	Condição do indivíduo perante a lei civil	<i>Nominal</i>	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Divorciado(a) 4. Separado(a) 5. União de facto 6. Viúvo(a)
	<i>Escolaridade</i>	Nível máximo de escolaridade frequentado em estabelecimentos de ensino	<i>Ordinal</i>	1. Sem escolaridade 2. 1º CEB 3. 2º CEB 4. 3º CEB 5. Ensino secundário 6. Ensino superior
	<i>Atividade profissional</i>	Situação profissional no momento de recolha de dados	<i>Nominal</i>	1. Ativo 2. Reformado
	<i>Setor de atividade profissional</i>	Atividade económica habitual desempenhada como meio de sobrevivência (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2020) durante a vida ativa	<i>Nominal</i>	1. Setor primário 2. Setor secundário 3. Setor terciário
Variáveis clínicas	<i>Antecedentes patológicos relevantes</i>	Presença de pelo menos uma condição física ou psicológica anterior que tem significado no estado de saúde atual do indivíduo	<i>Nominal</i>	1. Sim 2. Não
	<i>Patologia</i>	Alteração do estado normal de saúde do indivíduo, de acordo com os sistemas do corpo humano ¹²	<i>Nominal</i>	1. Neoplasias 2. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 3. Doenças do sistema nervoso 4. Doenças do olho e anexos 5. Doenças do ouvido e processo mastóide 6. Doenças do aparelho circulatório 7. Doenças do aparelho respiratório 8. Doenças do aparelho digestivo 9. Doenças do aparelho musculoesquelético e do tecido conjuntivo 10. Doenças do aparelho geniturinário 11. Não sabe especificar

¹² Operacionalização de acordo com a 11ª versão da *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (WHO, 2018a).

Variáveis clínicas	<i>Regime terapêutico crónico</i>	Utilização regular de medicamentos para tratar as patologias, no momento de recolha de dados	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
	<i>Terapêutica crónica</i>	Substâncias ou compostos com propriedades curativas ou preventivas de doenças ou dos seus sintomas (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2020) utilizadas pelo indivíduo na data da recolha de dados ¹³	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antihipertensores 2. Insulinas, antidiabéticos e glucagon 3. Antidislipidémicos 4. Analgésicos e antipiréticos 5. Antiparkinsonianos 6. Antiácidos e antiulcerosos 7. Hormonas e anti-hormonas 8. Antianémicos 9. Psicofármacos 10. Outros medicamentos usados em disfunções geniturinárias 11. Medicamentos que atuam no osso e no metabolismo do cálcio 12. Antiepiléticos 13. Anticoagulantes e antitrombóticos 14. Antieméticos e antivertiginosos 15. Não sabe especificar
	<i>Tabagismo</i>	História de consumo anterior ou atual de tabaco	<i>Ordinal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca fumou 2. Fumou, mas já não fuma 3. Fuma 1 - 10 cigarros/dia 4. Fuma 10 - 20 cigarros/dia 5. Fuma mais de 20 cigarros/dia
	<i>Etilismo</i>	História de consumo anterior ou atual de bebidas alcoólicas	<i>Ordinal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca bebeu 2. Bebeu, mas já não bebe 3. Bebe raramente 4. 1-2 copos/refeição 5. Mais de 2 copos/refeição 6. Bebe também fora das refeições
	<i>Dentição natural</i>	Presença de um ou mais dentes naturais no momento da recolha de dados	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
	<i>Edentulismo</i>	Ausência total ou parcial de dentes, congénita ou adquirida (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2020), no momento de recolha de dados	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
	<i>Prótese dentária</i>	Uso de estrutura fixa ou móvel constituída por um dente ou conjunto de dentes artificiais para substituição dos dentes em falta (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2020)	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
	<i>Patologia oral</i>	Presença de algum problema com os dentes, boca ou prótese dentária que condicione a necessidade de uma consulta com um profissional de saúde oral no momento de recolha de dados	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
	<i>Avaliação da saúde oral</i>	Resultado da noção do indivíduo sobre a sua saúde oral, de acordo com a escala apresentada	<i>Ordinal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Má 2. Razoável 3. Boa 4. Muito boa

¹³ Operacionalização de acordo com a Classificação Farmacoterapêutica do Medicamento (Despacho nº 4742/2014)

Variáveis clínicas	<i>Saúde oral e QdV</i>	Medida em que o indivíduo considera que a saúde oral afeta a QdV, de acordo com a escala apresentada	<i>Ordinal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Pouco 3. Moderadamente 4. Muito
	<i>Consistência alimentar</i>	Estado dos alimentos que melhor se adequa à condição oral do indivíduo, nos 12 meses anteriores à recolha de dados	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cremosa 2. Mole 3. Qualquer consistência
	<i>Alteração da consistência alimentar</i>	Necessidade de alterar as características dos alimentos ingeridos nos 12 meses anteriores à recolha de dados, devido à condição oral do indivíduo	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
	<i>Quantidade de alimentos</i>	Necessidade de reduzir a quantidade de alimentos ingeridos nos 12 meses anteriores à recolha de dados, devido à condição oral do indivíduo	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
Variáveis comportamentais	<i>Consulta com profissionais de saúde oral</i>	Hábito de frequência de consultas com profissionais de saúde oral	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim, com regularidade 2. Sim, quando é necessário 3. Não
	<i>Periodicidade das consultas</i>	Periodicidade de frequência de consultas com profissionais de saúde oral, caso o indivíduo o faça com regularidade	<i>Ordinal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 vez/ano 2. 2 vezes/ano 3. Mais de 2 vezes/ano
	<i>Última consulta</i>	Data da última consulta do indivíduo com um profissional de saúde oral	<i>Ordinal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 1 ano 2. 1 – 3 anos 3. Mais de 3 anos 4. Nunca fui a uma consulta 5. Não sei/Não tenho a certeza
	<i>Motivo da consulta</i>	Razão que levou o indivíduo a consultar um profissional de saúde oral nos 2 anos que antecederam a recolha de dados (possibilidade de escolha múltipla)	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilância da saúde da boca 2. Tratamento dentário 3. Motivos relacionados com a prótese dentária 4. Extração dentária 5. Situação de urgência 6. Não consultei
	<i>Motivo de ausência de consulta</i>	Razão que levou o indivíduo a não consultar um profissional de saúde oral nos 2 anos que antecederam a recolha de dados (possibilidade de escolha múltipla)	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não considero importante 2. Custo das consultas 3. Tenho dificuldade em aceder às consultas 4. Medo 5. Outro. Especifique
	<i>Escovagem dos dentes</i>	Hábito de escovar os dentes	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
	<i>Frequência da escovagem dos dentes</i>	Frequência com que o indivíduo escova os dentes e a boca	<i>Ordinal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. De manhã 3. Após as refeições 4. Antes de deitar 5. De manhã e antes de deitar

Variáveis comportamentais	<i>Material de escovagem dos dentes</i>	Material utilizado pelo indivíduo para a escovagem dos dentes e da boca	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escova dentária 2. Esponja de higiene oral 3. Pasta dentífrica 4. Fio dentário 5. Água 6. Colutório 7. Não escovo os dentes e a boca
	<i>Troca da escova de dentes</i>	Frequência com que o indivíduo troca a escova dentária	<i>Ordinal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3/3 meses 2. 6/6 meses 3. 12/12 meses 4. Quando está visivelmente danificada 5. Não uso escova dentária 6. Não sei/não tenho a certeza
	<i>Frequência da escovagem da prótese dentária</i>	Frequência com que o indivíduo escova a prótese dentária	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. De manhã 3. Após as refeições 4. Antes de deitar 5. De manhã e antes de deitar 6. Não aplicável
	<i>Material de escovagem da prótese dentária</i>	Material utilizado pelo indivíduo para a escovagem da prótese dentária	<i>Nominal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escova dentária 2. Esponja de higiene oral 3. Pasta dentífrica 4. Água 5. Colutório 6. Não escovo a prótese dentária 7. Não aplicável

Enquanto variável dependente, a QdVRSO foi avaliada pela implementação do OHIP-14-PT tendo-se, desta forma, aferido a incapacidade, o desconforto e a desvantagem auto-referidos. O OHIP-14-PT integra dois itens para cada uma das sete dimensões, sendo que cada questão é respondida por seleção do valor conceptual da escala tipo *Lickert* que corresponde à realidade do respondente nos últimos 12 meses. Cada questão do OHIP-14-PT foi pontuada entre 0 e 4, em que 0 corresponde a *Nunca*, 1 a *Raramente*, 2 a *Poucas vezes*, 3 a *Algumas vezes* e 4 a *Quase sempre*, permitindo desta forma a tradução dos resultados através do método da adição. Procedeu-se também à dicotomização da variável QdVRSO em *Com impacto* e *Sem impacto*, considerando-se que a QdVRSO tem impacto nas dimensões avaliadas quando pelo menos um dos itens da dimensão é pontuado com os valores 3 ou 4.

1.6 – Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados constituiu-se como uma etapa fundamental do processo de investigação na medida em que é a partir dos dados recolhidos que se concebem as conclusões e possíveis generalizações do estudo realizado. Assim, o investigador recorre ao uso de instrumentos de recolha de dados que lhe permitam transformar em dados a informação comunicada pelo indivíduo, sendo que *todo o qualquer plano de investigação, seja ela de cariz quantitativo, qualitativo ou multimetodológico implica uma recolha de dados originais por parte do investigador* (Coutinho, 2014 p. 105).

Com fundamento nos objetivos definidos e atendendo às características sociodemográficas expectáveis para a amostra, o estudo foi encetado pela realização de inquéritos aos participantes através de entrevistas efetuadas pela investigadora, sendo que o instrumento de recolha de dados (Anexo 1) engloba um questionário sociodemográfico construído para o efeito e o OHIP-14 desenvolvido por Slade (1997) e traduzido e adaptado para a língua e cultura portuguesas por Afonso (2014).

Questionário sociodemográfico

Objetivando a recolha de informação caracterizadora dos participantes foi construído um questionário sociodemográfico em que os indivíduos responderam a questões relativas ao local de residência anterior à institucionalização, idade, género, estado civil, nível de escolaridade, atividade profissional, dados clínicos, hábitos alimentares (consistência e quantidade de alimentos) e comportamentais relacionados com a saúde oral. O questionário sociodemográfico integrou ainda duas questões relativas à autoperceção da saúde oral.

De entre os dados clínicos, aferiram-se os antecedentes patológicos relevantes, o regime terapêutico crónico e os hábitos de adição tabágica e etílica. Os comportamentos relativos à saúde oral foram monitorizados com recurso à caracterização dos hábitos de procura de cuidados de saúde oral e hábitos de higiene oral, tendo-se ainda questionado se o participante tinha dentes naturais, zonas edêntulas e se fazia uso de prótese dentária.

OHIP-14-PT

Com o desenvolvimento do OHIP, Slade e Spencer (1994) perspetivaram a construção de uma medida para a QdVRSO que incluísse o autorrelato da disfunção, do desconforto e da deficiência secundário à saúde oral. Para tal, desenvolveram um conjunto de 49 questões e agruparam-nas nas sete dimensões preconizadas no Modelo de Saúde Oral de Locker (Locker, 1988).

Atendendo à extensão do OHIP e ao facto desta se constituir como uma possível barreira à sua implementação, Slade (1997) desenvolveu o OHIP-14, tendo esta versão sido traduzida e adaptada para a língua e cultura portuguesas por Afonso (2014).

Fundamentado no Modelo Saúde Oral de Locker (Locker, 1988) e na *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* desenvolvida pela WHO (1980), o OHIP-14 deriva da versão original do OHIP, está traduzido e adaptado para inúmeras línguas e culturas e é o instrumento de avaliação da QdVRSO mais utilizado (Afonso, 2014). Segundo Afonso, et al. (2017 p. 375) *permite, numa única administração, recolher informações relativas à gravidade, extensão e prevalência dos*

impactos negativos na QdV relacionada com a saúde oral, sendo que Rodrigues (2015) afirma que esta versão apresenta propriedades psicométricas semelhantes à versão original do OHIP. É constituído por 14 questões que se distribuem de forma equitativa pelas sete dimensões consideradas pelo OHIP (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem), pelo que apresenta uma variedade de domínios, ainda que não os integre de forma positiva. Paralelamente, é um instrumento de rápida administração e análise, que apresenta valores de corte e que resulta do contributo dos indivíduos e não apenas de dados académicos, o que valoriza a perceção individual e os factos considerados mais relevantes pelo respondente (Afonso, 2014; Monteiro, 2018a). No entanto, quando aplicado por profissionais de saúde, importa eliminar o possível viés de resultados inerente à presunção de que estes conhecem a perspetiva do indivíduo (Afonso, 2014; Monteiro, 2018a), sendo esta uma desvantagem do OHIP-14 que não é corroborada por Sousa, et al. (2009) e por Rocha, et al. (2016). Os mesmos autores opinam também que, devido às características populacionais dos diferentes países onde foi validado, o OHIP-14 pode ser aplicado na forma de entrevista sem que se verifiquem diferenças no *score* total e em cada domínio.

No que respeita à adaptação do OHIP-14 para a língua e cultura portuguesas realizada por Afonso, et al. (2017), foi evidenciado que este se constituiu como um *instrumento com boa validade de construto e boa validade concorrente, elevada fidelidade e sensibilidade a características sociodemográficas, clínicas e de autoperceção* (Afonso, 2014 p. V). Esta versão integra duas perguntas para cada uma das sete dimensões do OHIP (Tabela 3) e apresenta propriedades psicométricas semelhantes à versão original (Rodrigues, 2015). Tem uma consistência interna global para as sete dimensões com Alfa de Chronbach = 0,95, o que sugere que *a versão portuguesa, para Portugal, apresenta uma fidelidade muito boa* (Afonso, et al., 2017 p. 384), sendo que se apresenta como um *instrumento fiável, válido e com boa capacidade de discriminar entre grupos, para a utilização em estudos centrados na QdVRSO em adultos portugueses* (Afonso, et al., 2017 p. 95).

Tabela 3: Distribuição dos itens avaliados pelo OHIP-14-PT de acordo com as dimensões

Dimensão	Itens a avaliar
<i>Dimensão 1</i> Limitação funcional	<i>Item 1</i> - Dificuldade em pronunciar palavras/frases <i>Item 2</i> - Diminuição da sensibilidade do paladar
<i>Dimensão 2</i> Dor física	<i>Item 3</i> - Sensação de dor <i>Item 4</i> - Sensação de desconforto no ato de comer
<i>Dimensão 3</i> Desconforto psicológico	<i>Item 5</i> - Pouco à vontade <i>Item 6</i> - Tensão provocada pela condição oral
<i>Dimensão 4</i> Incapacidade física	<i>Item 7</i> - Possível prejuízo na alimentação (deixar de comer) <i>Item 8</i> - Necessidade de interromper as refeições
<i>Dimensão 5</i> Incapacidade psicológica	<i>Item 9</i> - Dificuldade em relaxar <i>Item 10</i> - Vergonha pela condição oral
<i>Dimensão 6</i> Incapacidade social	<i>Item 11</i> - Dificuldade em realizar atividades habituais <i>Item 12</i> - Impacto na interação com os outros (menos tolerante)
<i>Dimensão 7</i> Desvantagem	<i>Item 13</i> - Menos satisfação com a vida em geral <i>Item 14</i> - Perceção de incapacidade em desenvolver as suas atividades

Fonte: Adaptado de Afonso (2014)

De acordo com Afonso (2014) a pontuação do OHIP-14-PT para o indivíduo pode ser obtida pelo método de contagem simples ou pelo método de adição. No primeiro procede-se à contabilização do número de impactos negativos considerando-se que as respostas *Quase sempre* e *Algumas vezes* resultam em impacto na dimensão avaliada. Os resultados variam entre 0 e 14. No segundo atribuem-se pontuações padronizadas a cada conceito da escala tipo *Lickert* (0 = *Nunca*, 1 = *Raramente*, 2 = *Poucas vezes*, 3 = *Algumas vezes* e 4 = *Quase sempre*) e procede-se à sua soma, posicionando-se o resultado obtido no intervalo de 0 a 56 pontos, sendo que quanto mais elevado for o resultado obtido pior é a QdVRSO (Locker, 1996; Slade, 1997; Afonso, 2014).

Os resultados obtidos pela implementação do OHIP-14 permitem averiguar a gravidade, a extensão e a prevalência das consequências funcionais e psicológicas associadas aos problemas de saúde oral do indivíduo (Locker e Quiñonez, 2009). Assim, a gravidade refere-se ao método de adição, a extensão está na dependência do valor obtido no método de contagem simples e a prevalência corresponde à percentagem de indivíduos que classifica um ou mais itens em *Algumas vezes* e *Quase sempre* (Afonso, 2014).

No presente estudo as pontuações do OHIP-14-PT foram interpretadas com base no método de adição para a totalidade dos itens e para as dimensões, justificando-se esta opção com o facto deste ser um método com melhor desempenho comparativamente ao método de contagem simples (Allen, 2003), na medida em que *impactos raros podem ser relatados incorretamente no ponto de corte [Poucas vezes], contribuindo para falsos positivos* (Afonso, 2014 p. 72). No entanto, procedeu-se também ao cálculo da

prevalência por forma a enriquecer os dados descritores da QdVRSO da amostra e a dicotomizar a variável dependente em *Com impacto* e *Sem impacto*.

1.7 – Procedimento de recolha de dados

Pensar em investigar a QdVRSO de idosos institucionalizados em ERPI antecipa a necessidade de estruturar e implementar uma metodologia consistente e bem definida por forma a conferir ao estudo a validade necessária e o respeito pelos preceitos éticos. Atendendo à vulnerabilidade da população e tendo presente a possibilidade da ocorrência de perdas ao longo da investigação, procedeu-se à constituição de uma amostra baseada num processo de amostragem criterial cujo denominador comum são os critérios de inclusão e exclusão enunciados anteriormente. Objetivando-se a realização de um estudo transversal, abrangente e representativo, identificaram-se as ERPI do concelho de Bragança através da consulta dos dados constantes na Carta Social 2018 (Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019), tendo-se posteriormente procedido à catalogação das referidas redes de apoio social. No seguimento desta forma de agir e no sentido de dar a conhecer a vontade de realizar o estudo, foi estabelecido contacto através de e-mail enviado para o endereço eletrónico oficial das diferentes ERPI, sendo solicitado o agendamento de uma reunião para apresentação do estudo, objetivos definidos e forma de proceder. Das 22 ERPI existentes, obteve-se resposta positiva de 11 instituições, indisponibilidade para integrar o estudo de uma e ausência de resposta das restantes. Salienta-se que na Carta Social 2018 (Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019) são referidas 3 ERPI que integram o mesmo organismo, pelo que estas foram agrupadas conforme indicação dos órgãos diretivos da instituição, o que conduz a que, na apresentação dos dados relativos ao presente estudo, se faça menção a 9 ERPI.

Às instituições que manifestaram vontade em participar no estudo de investigação, foi solicitada autorização e a resposta a um breve questionário (Anexo 2) enviado pela plataforma *GoogleForms*® que possibilitou a caracterização genérica da instituição no que respeita aos princípios internos de cuidados de higiene oral e à caracterização da população residente e a determinação do campo de análise que permitiu a definição da amostra.

A recolha de dados, que aconteceu no período temporal de dezembro de 2019 a janeiro de 2020, foi conseguida através da realização, pela investigadora, de um inquérito na forma de entrevista estruturada fundamentada no instrumento de recolha de dados, decorrendo esta nas instalações da ERPI onde o idoso reside. No local, a identificação dos idosos candidatos a integrar o estudo foi realizada pelo diretor técnico ou pessoa indicada por este, sendo que o momento de recolha de dados se iniciou, conforme definido, pela confirmação do cumprimento dos critérios de inclusão e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido.

1.8 - Tratamento estatístico dos dados

A recolha de dados culmina com a agregação da informação transmitida pelos participantes no estudo sendo posteriormente necessário organizar e analisar os dados obtidos por forma a inferir conclusões e a produzir evidência científica (Coutinho, 2014). Atendendo a que na investigação sob o paradigma quantitativo os dados se exprimem muitas vezes em números, a estatística assume uma posição determinante na sua tradução, à semelhança do saber pensar, responsabilidade e espírito crítico do investigador (Coutinho, 2014).

A análise dos dados obtidos na presente investigação emerge do recurso a medidas de estatística descritiva e inferencial, objetivando-se com as primeiras a descrição da amostra e com as segundas a inferência de conclusões que visam a generalização para a população.

Por forma a obter uma leitura transversal dos dados obtidos e a descrever de forma estruturada a sua distribuição, foram aplicadas medidas de análise descritiva. As variáveis categóricas foram descritas em tabelas e gráficos de frequências absolutas (N) e relativas (n), enquanto que, para a descrição das variáveis contínuas, se fez recurso a medidas de tendência central (média (M), mediana e moda) e a medidas de variabilidade (Mínimo (Mín.), máximo (Máx.), desvio padrão (dp) e percentis).

Para a inferência estatística recorreu-se a testes não paramétricos com um nível de significância (p) de 0,05, o que corresponde a um intervalo de confiança de 95%. Elegeu-se o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado para a análise da associação de variáveis nominais e ordinais e o Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r) para a medição do grau de associação entre duas variáveis quantitativas, considerando-se que existe uma relação

linear positiva fraca se $0,200 < r < 0,390$, positiva moderada se $0,400 < r < 0,690$ e positiva forte se $0,700 < r < 0,890$ (Nunes e Afonso, 2010).

O tratamento estatístico dos dados foi processado no programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 23.

1.9 – Procedimentos éticos e deontológicos

A unicidade do Ser humano evidencia-se por um conjunto de características que o torna capaz de refletir sobre os seus atos e por ter capacidade de tomada de decisão, pelo que qualquer investigação que o envolva está obrigada a atender a um conjunto de princípios éticos, morais e deontológicos. De acordo com o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2018 p. 2) *a integridade científica constituiu-se como um princípio ético a observar em toda a investigação*, uma vez que esta objetiva a procura de conhecimento através do recurso a métodos científica e eticamente robustos. Assim, ainda que a condução de um estudo de investigação se apresente como um momento desafiante, ao investigador é exigida uma conduta de responsabilidade, respeito, honestidade e confiabilidade que garantam a verdade em ciência. Fortin (2009) salvaguarda ainda que este desafio pode significar a lesão dos direitos humanos fundamentais colocando em questão o rigor científico, pelo que é essencial o respeito pelas normas deontológicas e princípios éticos em saúde.

O consentimento informado, livre e esclarecido é a forma legal de respeito pela vontade manifestada pelo indivíduo, estando preconizado na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013) e na Convenção de Oviedo (Resolução da Assembleia da República nº 1/2001). Desta forma, é garantida a transmissão da informação necessária e o cumprimento da vontade da pessoa que participa no estudo.

De acordo com os dogmas referidos anteriormente e por forma a respeitar o preconizado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2018), após pedido de parecer externo, foi obtida a decisão favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (UICISA:E), conforme Parecer nº P624/11-2019 (Anexo 3), o que legitimou o respeito pelos princípios éticos e validou a conformidade do estudo.

A integração das ERPI no estudo foi precedida de um pedido de autorização para realização do mesmo (Anexo 4) dirigido ao diretor técnico, pelo que apenas foram consideradas as instituições que consentiram a participação. Da mesma forma, para que os participantes fossem verdadeiramente informados e esclarecidos, foi solicitada a leitura, reflexão e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido que se anexa (Anexo 5). Foram garantidos o anonimato, a confidencialidade de dados e a possibilidade de desistir em qualquer momento do estudo, sendo que os dados recolhidos apenas serão utilizados para a presente investigação e destruídos no seu término.

A utilização do OHIP-14-PT foi precedida da autorização por parte da autora, conforme explícito no Anexo 6.

2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Finda a recolha de dados, a análise e interpretação dos resultados obtidos assume-se como uma etapa estruturante do processo de investigação, uma vez que respeita à observação comportamental e à descrição das variáveis em estudo na amostra. Este processo torna exequível a confrontação com o estado da arte e a inferência de possíveis conclusões, sendo tais factos sejam abordados e desenvolvidos no capítulo que se segue.

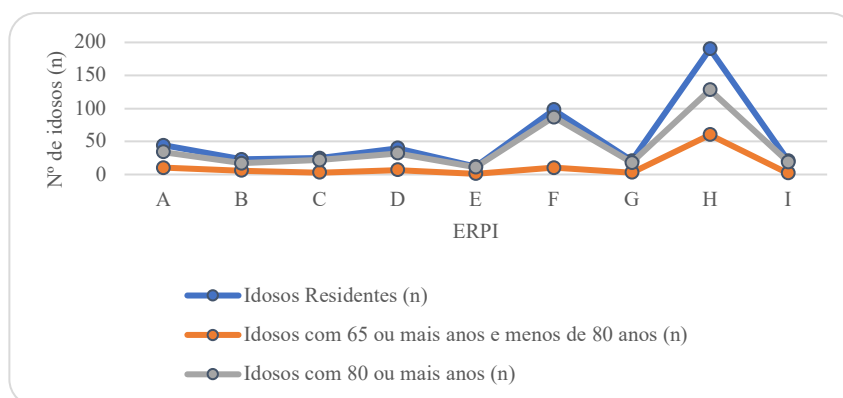
Objetivando uma apresentação sequencial e lógica dos resultados, proceder-se-á à apresentação dos dados obtidos à luz da estatística descritiva e, posteriormente, da estatística inferencial.

2.1 – Estatística descritiva

A investigação da QdVRSO de idosos institucionalizados tem, por inerência, um conjunto de desafios que estão na dependência das características biopsicossociais dos indivíduos e de fatores relacionados com as instituições onde estes residem. Os contextos encontrados durante a recolha de dados foram díspares e traduzem a realidade onde se inserem, ainda que, na visita às ERPI que integram o estudo, se tenha verificado a coexistência de uma missão e valores direcionados para a pessoa idosa.

O presente estudo incidiu em 9 ERPI, sendo que destas 2 estão localizadas em Bragança (n = 386 idosos) e as restantes em meio rural (n = 88 idosos), situando-se a mais distante a 44,6 Km da sede de Município. Nos idosos residentes, predominam os indivíduos com 80 ou mais anos (Gráfico 1), dados que refletem a imagem do concelho. A ERPI com mais residentes acolhe 190 idosos e a que tem menor capacidade acolhe 12 indivíduos. À data da recolha de dados a taxa de ocupação de todas as ERPI era de 100,0%.

Gráfico 1: Distribuição dos idosos de acordo com a idade e a ERPI onde residem



No que concerne à saúde oral dos residentes, esta é uma variável de preocupação para os dirigentes de todas as ERPI, ainda que apenas 3 instituições avaliem a condição oral dos idosos com regularidade, sendo que em 2 esta avaliação é da responsabilidade de profissionais externos à ERPI e numa é realizada por profissionais de saúde afetos à instituição.

A amostra do presente estudo resultou do processo de amostragem ilustrado na Figura 4. Dos 160 indivíduos identificados como candidatos a participar no estudo, 151 integraram-no efetivamente, cumprindo os critérios de inclusão e exclusão definidos. Assim, todos os participantes têm 65 ou mais anos de idade, nacionalidade portuguesa, capacidade cognitiva preservada e residem, à data da recolha de dados, numa das 9 ERPI que concordaram em participar no estudo. De acordo com a distribuição apresentada na Tabela 4, verifica-se que a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do género feminino (70,2%, n = 106), sendo a ERPI codificada com a letra H a que tem maior número de idosos participantes (27,2%, n = 41) e a codificada com a letra E a que tem menos (n = 6), representando 4,0% da amostra.

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo a instituição de residência e género

ERPI	Género (n)		TOTAL	
	Masculino	Feminino	N	%
A	4	12	16	10,6
B	3	11	14	9,3
C	7	8	15	9,9
D	4	12	16	10,6
E	2	4	6	4,0
F	9	19	28	18,5
G	2	5	7	4,6
H	10	31	41	27,2
I	4	4	8	5,3
TOTAL (N)	45	106	151	100,0

De entre os participantes, o indivíduo mais novo tem 65 anos e o mais velho 99 anos de idade, com idade média de 84,4 anos e dp de 6,4 anos. Constatou-se também que a mediana é de 85,0 anos, o que permite afirmar que se trata de uma população muito envelhecida de acordo com a definição adotada pela WHO (1999). A distribuição da idade segundo o género permite inferir que, em média, os participantes do género feminino têm 84,8 anos (dp = 0,64) e os participantes do género masculino 83,7 anos (dp = 0,89). A mulher mais nova tem 65 anos e a mais velha 99 anos, enquanto que para o género masculino os valores de idade variam entre os 69 e os 96 anos. Na amostra em estudo, a idade é uma variável que não assume uma distribuição normal ($p = 0,007$ no Teste Kolmogorov-Smirnov) verificando-se que, quando são estabelecidos grupos etários em função dos percentis, 46,4% dos idosos inquiridos ($n = 70$) têm entre 86 e 99 anos e 27,2% ($n = 41$) têm entre 82 e 85 anos.

A análise das variáveis sociodemográficas (Tabela 5) revelou que a grande maioria dos inquiridos é viúvo (70,2%, $n = 106$) e que frequentou o ensino até ao 1º CEB (53,6%, $n = 81$), sendo que, atualmente, todos são reformados. No que respeita ao local de residência anterior à institucionalização, 79,5% dos idosos ($n = 120$) referiram residir em meio rural, facto que sustenta o tipo de atividade exercida pelos indivíduos, na medida em que a agricultura foi a atividade profissional mencionada como ocupação durante a vida ativa por 43,7% da amostra ($n = 66$), seguindo-se a profissão de doméstica (29,8%, $n = 45$), o que faz com que o setor primário de atividade seja o que tem maior representatividade (74,8%, $n = 113$). No entanto, foram também referidas as profissões de mineiro (1,3%, $n = 2$), costureira (3,3%, $n = 5$), jardineiro (0,7%, $n = 1$), carpinteiro (0,7%, $n = 1$), padeiro (0,7%, $n = 1$), cozinheiro (1,3%, $n = 2$), profissional da construção civil (4,0%, $n = 6$), comerciante (1,3%, $n = 2$), funcionário público (6,6%, $n = 10$), profissional das forças de segurança (2,0%, $n = 3$) e professor (4,6%, $n = 7$). Estes dados validam o baixo nível de escolaridade encontrado na amostra, na qual 34,4% dos indivíduos ($n = 52$) são analfabetos e apenas 4,6% ($n = 7$) completou o ensino superior.

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas

		n	%
Género	Masculino	45	29,8
	Feminino	106	70,2
	Total (N)	151	100,0
Residência anterior à institucionalização	Urbana	31	20,5
	Rural	120	79,5
	Total (N)	151	100,0
Estado civil	Solteiro(a)	14	9,3
	Casado(a)	28	18,5
	Divorciado(a)	3	2,0
	Viúvo(a)	106	70,2
	Total (N)	151	100,0
Nível de escolaridade	Sem escolaridade	52	34,5
	1º CEB (1-4 anos)	81	53,7
	2º CEB (5-6 anos)	7	4,6
	3º CEB (7-9 anos)	2	1,3
	Ensino secundário	2	1,3
	Ensino superior	7	4,6
	Total (N)	151	100,0
Atividade profissional	Reformado	151	100,0
Setor de atividade profissional	Primário	113	74,8
	Secundário	18	11,9
	Terciário	20	13,3
	Total (N)	151	100,0

Tendo o presente estudo como unidade de análise o indivíduo idoso, a condição de saúde dos respondentes resulta das experiências vivenciadas ao longo do ciclo vital e é influenciada por um conjunto de fatores que definem o nível de saúde da pessoa na velhice. Assim, por forma a caracterizar a condição de saúde dos respondentes, foi questionado se estes tinham antecedentes patológicos relevantes e se tinham um regime terapêutico crónico, sendo que 96,0% (n = 145) referiram ter pelo menos uma patologia e 94,0% (n = 142) tomar, habitualmente, algum tipo de medicação (Tabela 6).

Nos indivíduos que responderam afirmativamente à questão *Sofre de algum tipo de doença?* foram aferidos os antecedentes patológicos, verificando-se que as doenças do aparelho circulatório são as que têm maior representatividade, estando presentes em 71,5% da amostra (n = 108). Prevalencem também as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (60,9%) e as doenças do aparelho musculoesquelético e do tecido conjuntivo (49,0%, n = 74). As patologias menos prevalentes são as doenças do olho e anexos e as doenças do aparelho geniturinário, ambas presentes em 8,0% dos inquiridos (n = 12). Com valores similares (8,6%, n = 13) foram referidas as doenças do ouvido e processo mastóide e as doenças do aparelho digestivo, sendo que no estudo das variáveis clínicas também se verificou a menção a doenças do aparelho respiratório (14,6%, n = 22) e a neoplasias (9,3%, n = 14). É ainda de referir que 2,0% dos inquiridos (n = 3) sabe que tem pelo menos uma patologia, mas não a sabe especificar.

Para a caracterização do regime terapêutico crônico dos participantes no estudo recorreu-se à classificação farmacoterapêutica do medicamento de acordo com o Despacho nº 4742/2014, objetivando-se que os antihipertensores (63,6%, n = 96), os antidiabéticos (34,4%, n = 52) e os medicamentos com atuação no metabolismo da glicose (27,2%, n = 41) são os fármacos com maior prevalência, conforme se infere pela análise da tabela que se segue.

Tabela 6: Distribuição da amostra segundo as variáveis clínicas

		n	%
Antecedentes patológicos relevantes	Sim	145	96,0
	Não	6	4,0
	Total (N)	151	100,0
	<i>Doenças do aparelho circulatório</i>	108	71,5
	<i>Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas</i>	92	60,9
	<i>Doenças do aparelho musculoesquelético e do tecido conjuntivo</i>	74	49,0
	<i>Doenças do sistema nervoso</i>	36	23,8
	<i>Doenças do aparelho respiratório</i>	22	14,6
	<i>Neoplasias</i>	14	9,3
	<i>Doenças do ouvido e processo mastóide</i>	13	8,6
	<i>Doenças do aparelho digestivo</i>	13	8,6
	<i>Doenças do olho e anexos</i>	12	8,0
	<i>Doenças do aparelho geniturinário</i>	12	8,0
	<i>Não sabe especificar</i>	3	2,0
Regime terapêutico crônico	Sim	142	94,0
	Não	9	6,0
	Total (N)	151	100,0
	<i>Antihipertensores</i>	96	63,6
	<i>Antidiabéticos</i>	52	34,4
	<i>Insulina, antidiabéticos e glucagon</i>	41	27,2
	<i>Psicofármacos</i>	40	26,5
	<i>Analgésicos e antipiréticos</i>	34	22,5
	<i>Antiasmáticos e broncodilatadores</i>	18	11,9
	<i>Antiarrítmicos</i>	17	11,3
	<i>Antiácidos e antiulcerosos</i>	16	10,6
	<i>Anticoagulantes e antitrombóticos</i>	14	9,3
	<i>Antiparkinsonianos</i>	5	3,3
	<i>Antianêmicos</i>	4	2,6
	<i>Antieméticos e antivertiginosos</i>	4	2,6
	<i>Hormonas e antihormonas</i>	2	1,3
	<i>Antiepiléticos</i>	1	0,7
	<i>Não sabe especificar</i>	10	6,6
Uso de tabaco	Nunca fumou	126	83,4
	Fumou, mas já não fuma	20	13,3
	Fuma 1-10 cigarros/dia	2	1,3
	Fuma 10-20 cigarros/dia	1	0,7
	Fuma mais de 20 cigarros/dia	2	1,3
	Total (N)	151	100,0
Consumo de álcool	Nunca bebeu	64	42,4
	Bebeu, mas já não bebe	50	33,1
	Bebe raramente	6	4,0
	Bebe 1-2 copos/refeição	28	18,5
	Bebe mais de 2 copos/refeição	2	1,3
	Bebe também fora da refeição	1	0,7
	Total (N)	151	100,0

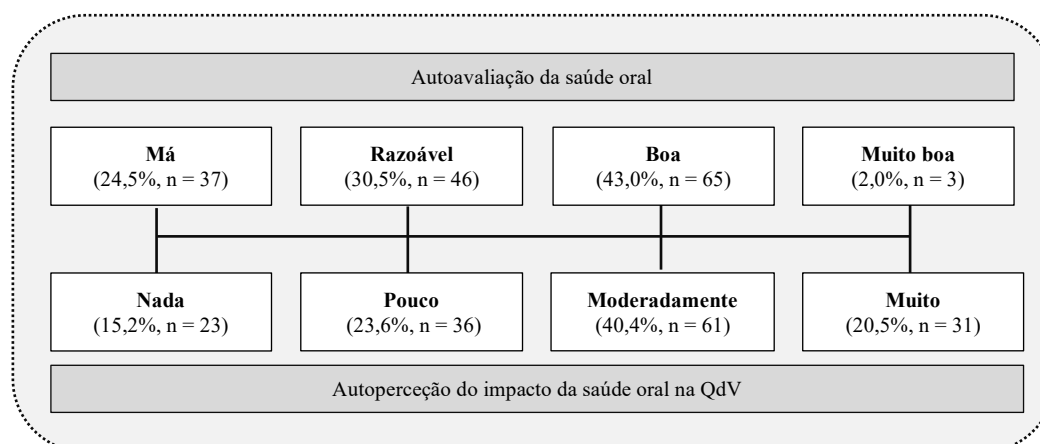
No que concerne ao uso de tabaco, verifica-se que 83,4% dos indivíduos (n = 126) nunca fumaram e 13,3% (n = 20) fumaram, mas referem já não fumar. Dos que têm tabagismo ativo (3,3%, n = 5), 40,0% (n = 2) fumam de 1 a 10 cigarros por dia e igual percentagem mais de 20 cigarros por dia. Relativamente ao consumo de álcool, 42,4% dos respondentes (n = 64) nunca ingeriram bebidas alcoólicas e 33,1% (n = 50) fê-lo no passado. No entanto, 18,5% dos respondentes (n = 28) mantêm a ingestão de 1 a 2 copos por refeição e uma percentagem residual de 0,7% (n = 1) ingere bebidas alcoólicas também fora das refeições, tal como se observa na Tabela 6.

Quando questionados sobre a necessidade de alterar a consistência dos alimentos nos 12 meses que antecederam a recolha de dados, a grande maioria dos inquiridos (68,2%, n = 103), refere não ter sentido essa necessidade. Contudo, 70,2% (n = 106) elegem a dieta cremosa ou mole como aquela que melhor se adequa à sua condição oral e apenas 29,8% (n = 45) dos indivíduos ingerem alimentos de qualquer consistência. Verificou-se ainda que, dos idosos que necessitaram de alterar a consistência da dieta devido a problemas dos dentes, boca ou prótese dentária (31,8%, n = 48), 52,1% (n = 25) reduziram também a quantidade de alimentos ingeridos.

Do total de inquiridos, 65,6% (n = 99) têm dentes naturais e 34,4% (n = 52) são desdentados totais sendo que, dos indivíduos com zonas edêntulas (98,7%, n = 149), a maioria (53,7%, n = 80) não usa prótese dentária.

Apesar de 45,7% da amostra (n = 69) considerar que, no momento da recolha de dados, tinha pelo menos um problema com os dentes, boca ou prótese dentária que o fizesse pensar que necessitava de uma consulta com profissionais de saúde oral, 45,0% dos indivíduos (n = 68) autoavaliam a saúde oral em *Boa* ou *Muito boa* e 30,5% (n = 46) em *Razoável* (Figura 6). Quando questionados sobre a medida em que a saúde oral afeta a QdV, a avaliação dos respondentes prevalece na opção *Moderadamente* (40,4%, n = 61), havendo 15,2% (n = 23) que responderam *Nada* e 20,5% (n = 31) *Muito*, tal como se verifica na análise da mesma figura.

Figura 6: Autoavaliação da condição de saúde oral e autopercepção do impacto da saúde oral na QdV dos inquiridos



De entre os respondentes que consideram que têm uma saúde oral *Boa* ou *Muito boa*, 48,5% (n = 33) têm zonas edêntulas e usam prótese dentária e 41,3% (n = 33) têm zonas edêntulas, mas não usam prótese dentária (41,25%, n = 33) sendo que, dos que autoavaliam a saúde oral em *Má* (24,5%, n = 37), a maioria tem edentulismo e não usa prótese dentária (67,6%, n = 25), conforme se verifica na tabela que se segue.

Tabela 7: Autoavaliação da condição de saúde oral segundo o uso de prótese dentária e edentulismo

Uso de prótese dentária		Autoavaliação da condição de saúde oral	Edentulismo (n)		Total (N)
			Sim	Não	
Sim	<i>Autoavaliação da condição de saúde oral</i>	Má	12		12
		Razoável	24		24
		Boa	31	-	31
		Muito Boa	2		2
		Total (n)	69		69
Não	<i>Autoavaliação da condição de saúde oral</i>	Má	25	0	64
		Razoável	22	0	50
		Boa	32	2	6
		Muito Boa	1	0	28
		Total (n)	80	2	2
Total (N)			149	2	151

No que concerne aos hábitos de higiene oral, verificou-se que 68,2% dos respondentes (n = 103) tem o hábito de escovar os dentes e a boca, enquanto que 31,8% (n = 48) nunca o fazem. Dos indivíduos que higienizam a cavidade oral, 50,5% (n = 52) fazem-no de manhã e 17,5% (n = 18) antes de deitar, sendo que os restantes (32,0%, n = 33) escovam os dentes e a boca mais do que uma vez por dia (Tabela 8). Aferindo a mesma variável

comportamental, mas relacionada com a escovagem da prótese dentária pelos idosos que a usam (45,7%, n = 69), verificou-se que 53,6% (n = 37) procede à sua higienização mais do que uma vez por dia e que 2,9% (n = 2) nunca o faz.

Tabela 8: Distribuição da amostra segundo as variáveis comportamentais

		n	%
Hábito de escovar os dentes e a boca	Sim	103	68,2
	Não	48	31,8
	Total (N)	151	100,0
Frequência da escovagem dos dentes e da boca	Nunca	48	31,8
	De manhã	52	34,4
	Após as refeições	12	7,9
	Antes de deitar	18	11,9
	De manhã e antes de deitar	21	13,9
Total (N)	151	100,0	
Frequência de escovagem da prótese dentária	Nunca	2	2,9
	De manhã	22	31,9
	Após as refeições	10	14,5
	Antes de deitar	20	29,0
	De manhã e antes de deitar	15	21,7
Total (n)¹	69	100,0	
Hábito de frequência de consultas com profissionais de saúde oral	Sim, com regularidade	6	4,0
	Sim, quando é necessário	62	41,0
	Não	83	55,0
Total (N)	151	100,0	
Data da última consulta com um profissional de saúde oral	Menos de 1 ano	27	17,9
	De 1 a 3 anos	20	13,2
	Mais de 3 anos	39	25,8
	Nunca fui a uma consulta	26	17,2
	Não sei/Não tenho a certeza	39	25,8
	Total (N)	151	100,0

¹ – Indivíduos que usam prótese dentária

Do total de idosos que escovam os dentes e a boca (68,2%, n = 103), 62,1% (n = 64) utilizam água, 48,5% (n = 50) escova dentária, 46,6% (n = 48) pasta dentífrica e 43,7% (n = 45) recorrem ao uso de colutório. O fio dentário e a esponja de higiene oral são utilizados por apenas 1 indivíduo (1,0%). No que respeita à escovagem da prótese dentária, objetivou-se que a escolha do material utilizado tem uma distribuição mais homogénea, havendo preferência pela escova dentária (62,7%, n = 42), pela pasta dentífrica (56,7%, n = 38) e pela água (56,7%, n = 38). O colutório é utilizado por 33,8% (n = 23) dos idosos que escovam a prótese dentária e a esponja de higiene oral por 1,5% (n = 1).

Dos respondentes que utilizam escova dentária para a escovagem dos dentes e da boca e/ou da prótese dentária (46,4%, n = 70), a maioria (68,6%, n = 48) procede à sua substituição quando está visivelmente estragada. Dos restantes, 10,0% (n = 7) troca-a de

12 em 12 meses, 8,6% (n = 6) de 6 em 6 meses e 5,4% (n = 4) de 3 em 3 meses, havendo 5 idosos que referiram não saber com que frequência o fazem.

No momento da recolha de dados, 45,7% dos inquiridos (n = 69) respondeu *Sim* à questão *Tem algum problema com a boca ou prótese dentária que o façam pensar que necessita de uma consulta com um profissional de saúde oral?*, mas 55,0% (n = 83) referiu não ter o hábito de frequentar consultas de profissionais de saúde oral. Dos que têm este hábito, a maioria (91,2%, n = 62) fá-lo apenas quando é necessário e, do total de idosos, apenas 4,0% (n = 6) o faz com regularidade (Tabela 8).

No que respeita à data da última consulta com um profissional de saúde oral, a análise da mesma tabela demonstra que 17,2% dos participantes (n = 26) nunca foi a uma consulta com estes profissionais e 25,8% (n = 39) fê-lo há mais de 3 anos, sendo que igual percentagem não sabe ou não tem a certeza.

Quando questionados sobre o que os motivou a procurar um profissional de saúde oral nos últimos dois anos, a resposta prevalente foi *Motivos relacionados com a prótese dentária* (49,0%, n = 24), seguida de *Extração dentária* (28,6%, n = 14) e *Tratamento dentário* (20,4%, n = 10). Igual número de respondentes (18,4%, n = 9) apontou a *Vigilância da boca* e uma *Situação de urgência*. Constatou-se ainda que 102 indivíduos (67,5%) não consultaram um profissional de saúde oral nos últimos 2 anos, sendo que destes, 67 (65,7%) referiram este comportamento de não procura de profissionais de saúde oral porque não o consideraram importante e 43 (42,2%) pelo custo associado às consultas. A dificuldade no acesso aos cuidados de saúde oral foi referenciada por 32 idosos (31,4%) e o medo por 9 (8,8%).

O autorrelato da QdVRSO dos inquiridos foi avaliado com recurso ao OHIP-14-PT, observando-se que, na amostra em estudo, a pontuação média obtida pela análise segundo o método da adição foi de 18,22, com um Mín. = 0,00 e um Máx. = 50,00 (dp = 10,66), sendo que a moda é de 0,00.

A Tabela 9 representa a distribuição da amostra segundo a resposta aos itens do OHIP-14-PT. Constatou-se que a maioria dos inquiridos nunca teve a percepção de incapacidade para desenvolver as suas atividades (86,8%, n = 131) e dificuldade para as realizar (75,5%, n = 114) devido a problemas relacionados com os dentes, boca ou prótese dentária. Da mesma forma, 76,8% dos respondentes (n = 116) referiram que a condição oral não tem significado na interação com os outros e 56,3% (n = 85) que nunca os

impediu de relaxar. Os itens mais pontuados foram a *Necessidade de interromper as refeições* e a *Sensação de desconforto no ato de comer* devido a problemas relacionados com a boca os dentes ou a prótese dentária, sendo que no primeiro 39,7% referiu desconforto algumas vezes (n = 60) e no segundo 35,1% (n = 53) atribuiu a mesma resposta.

Tabela 9: Distribuição da amostra de acordo com os itens do OHIP-14-PT

	Nunca		Raramente		Poucas vezes		Algumas vezes		Quase sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dificuldade em pronunciar as palavras/frases	33	21,9	35	23,2	21	13,9	50	33,1	12	7,9
Diminuição da sensibilidade do paladar	37	24,5	34	22,5	23	15,2	45	29,8	12	7,9
Sensação de dor	34	22,5	31	20,5	27	17,9	36	23,8	23	15,2
Sensação de desconforto no ato de comer	25	16,6	19	12,6	13	8,6	53	35,1	41	27,2
Pouco à vontade	51	33,8	42	27,8	25	16,6	27	17,9	6	4,0
Tensão provocada pela condição oral	66	43,7	42	27,8	19	12,6	23	15,2	1	0,7
Possível prejuízo na alimentação	24	15,9	20	13,2	41	27,2	49	32,5	17	11,3
Necessidade de interromper as refeições	25	16,6	16	10,6	18	11,9	60	39,7	32	21,2
Dificuldade em relaxar	85	56,3	48	31,8	14	9,3	4	2,6	0	0,0
Vergonha pela condição oral	67	44,4	22	14,6	14	9,3	40	26,5	8	5,3
Impacto na interação com os outros	116	76,8	28	18,5	6	4,0	1	0,7	0	0,0
Dificuldade em realizar atividades habituais	114	75,5	28	18,5	6	4,0	3	2,0	0	0,0
Menos satisfação com a vida em geral	73	48,3	49	32,5	12	7,9	15	9,9	2	1,3
Perceção de incapacidade em desenvolver as suas atividades	131	86,8	16	10,6	3	2,0	1	0,7	0	0,0

No que respeita à distribuição dos itens avaliados pelo OHIP-14-PT segundo as dimensões (explanadas na Tabela 2), objetivou-se que, em média, as dimensões mais pontuadas foram a *Incapacidade física* (M = 4,483, dp= 2,511), a *Dor física* (M = 4,325, dp= 2,687) e a *Limitação funcional* (M = 3,563, dp= 2,325) e as menos pontuadas foram a *Incapacidade Social* (M = 0,609, dp= 1,125) e a *Desvantagem* (M = 1,000, dp= 1,342), conforme se observa pela análise da Tabela 10.

Tabela 10: Medidas de tendência central e de dispersão para o OHIP-14-PT, segundo o método de adição e por dimensão

	M	dp	Mín.	Máx.
OHIP-14-PT Total	18,219	10,664	0,00	50,00
Dimensão 1	3,563	2,325	0,00	8,00
Dimensão 2	4,325	2,687	0,00	8,00
Dimensão 3	2,318	2,228	0,00	8,00
Dimensão 4	4,483	2,511	0,00	8,00
Dimensão 5	1,921	1,906	0,00	6,00
Dimensão 6	0,609	1,125	0,00	6,00
Dimensão 7	1,000	1,342	0,00	6,00

Para avaliação das consequências funcionais e psicológicas associadas aos problemas de saúde oral dos indivíduos, calculou-se a prevalência dos respondentes que classificaram um ou mais itens do OHIP-14-PT em *Algumas vezes* ou *Quase sempre*, verificando-se desta forma se a saúde oral tem impacto na QdV. Assim, confirmou-se que a grande maioria da amostra considera que a sensação de desconforto durante a alimentação (62,3%, n = 94) e a necessidade de interromper as refeições (60,9%, n = 92) têm impacto na QdV. Os restantes itens do OHIP-14-PT foram avaliados pela maioria dos respondentes como não tendo impacto na sua QdV (Tabela 11), sendo que a quase totalidade da amostra referiu que, nos 12 meses que antecederam a recolha de dados, os problemas dos dentes, boca ou prótese dentária não tiveram impacto na perceção de incapacidade para o desempenho das tarefas habituais (99,3%, n = 150), na interação com os outros (99,3%, n = 150), na capacidade de realização das atividades habituais (99,3%, n = 150) e na capacidade de relaxar (97,4%, n = 147).

Tabela 11: Medidas de dispersão e de tendência central para os itens do OHIP-14-PT, segundo o impacto na QdVRSO

	Com impacto na QdVRSO				Sem impacto na QdVRSO			
	n	%	M	dp	n	%	M	dp
Dificuldade em pronunciar as palavras/frases	62	41,1	3,194	0,398	89	58,9	0,865	0,772
Diminuição da sensibilidade do paladar	57	37,7	3,211	0,411	94	62,3	0,851	0,789
Sensação de dor	59	39,1	3,390	0,492	92	60,9	0,924	0,815
Sensação de desconforto no ato de comer	94	62,3	3,436	0,499	57	37,7	0,790	0,796
Pouco à vontade	33	21,9	3,182	0,392	118	78,1	0,780	0,775
Tensão provocada pela condição oral	24	15,9	3,042	0,204	127	84,1	0,630	0,733
Possível prejuízo na alimentação	66	43,7	3,258	0,441	85	56,3	1,200	0,856
Necessidade de interromper as refeições	92	60,9	3,348	0,479	59	39,1	0,881	0,853
Dificuldade em relaxar	4	2,6	3,000	0,000	147	97,4	0,517	0,666
Vergonha pela condição oral	48	31,8	3,167	0,377	103	68,2	0,485	0,726
Impacto na interação com os outros	1	0,7	3,000	-	150	99,3	0,267	0,527
Dificuldade em realizar atividades habituais	3	2,0	3,000	0,000	148	98,0	0,270	0,529
Menos satisfação com a vida em geral	17	11,3	3,117	0,332	134	88,7	0,545	0,656
Perceção de incapacidade em desenvolver as suas atividades	1	0,7	3,000	-	150	99,3	0,147	0,408

A interpretação da tabela anterior permite ainda inferir que apenas um respondente (0,7% da amostra) considerou que os problemas dos dentes, boca ou prótese dentária tem impacto na interação com os outros e na perceção de incapacidade para o desenvolvimento das atividades. Pela análise do conteúdo dos dados obtidos, objetivou-se que a média das respostas dos participantes que considera que a saúde oral tem impacto na QdV está mais próxima da pontuação respeitante à opção *Algumas vezes* (3,000 \geq M

$\leq 3,436$, $0,000 \leq dp \leq 0,499$), enquanto que, para os que consideram haver ausência de impacto da saúde oral na QdV, a pontuação média predomina na opção *Raramente* ($0,517 \geq M \leq 1,200$, $0,656 \leq dp \leq 0,856$) exceto para os itens *Vergonha pela condição oral* ($M = 0,485$, $dp = 0,726$), *Impacto na interação com os outros* ($M = 0,267$, $dp = 0,527$), *Dificuldade em realizar as atividades habituais* ($M = 0,270$, $dp = 0,529$) e *Percepção de incapacidade em desenvolver as suas atividades* ($M = 0,147$, $dp = 0,408$).

Na avaliação global da QdVRSO, 75,5% dos respondentes ($n = 114$) consideram que a saúde oral tem impacto na sua QdV, pontuando pelo menos um item do OHIP-14-PT em *Algumas vezes* ou *Quase sempre*.

2.2 – Estatística inferencial

Objetivando a análise relacional entre as variáveis estudadas e a QdVRSO, a inferência estatística será fundamentada na apreciação dos dados obtidos e no comportamento que estes apresentam dentro da amostra por forma a obter possíveis generalizações para a população.

A tabela 12 ilustra a distribuição da amostra de acordo com a correlação estatística para as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais estratificadas segundo o género, sendo que há significado estatístico entre esta variável e o uso de tabaco ($p = 0,000$), o consumo de álcool ($p = 0,000$), a presença de dentição natural ($p = 0,040$), de zonas edentulas ($p = 0,029$) e o uso de prótese dentária ($p = 0,019$).

Tabela 12: Distribuição da amostra segundo a correlação estatística das variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais e o género

		Género				Total		p^1
		Masculino		Feminino		N	%	
		n	%	n	%			
Residência anterior à institucionalização	Rural	37	82,2	83	78,3	120	79,5	0,298
	Urbana	8	17,8	23	21,7	31	20,5	
	Total	45	100,0	106	100,0	151	100,0	
Grupo etário	[65-81]	16	35,6	24	22,6	40	26,5	0,159
	[82-85]	13	28,9	28	26,4	41	27,1	
	[86-99]	16	35,6	54	51,0	70	46,4	
	Total	45	100,0	106	100,0	151	100,0	
Estado civil	Solteiro(a)	1	2,2	13	12,3	14	9,3	0,100
	Casado(a)	14	31,1	14	13,2	28	18,6	
	Divorciado(a)	2	4,4	1	0,9	3	2,0	
	Viúvo(a)	28	62,2	78	73,6	106	70,1	
	Total	45	100,0	106	100,0	151	100,0	

Nível de escolaridade	Sem escolaridade	12	26,7	40	37,7	52	34,5	0,306
	1º CEB	30	66,6	51	48,1	81	53,7	
	2º CEB	1	2,2	6	5,7	7	4,6	
	3º CEB	1	2,2	1	0,9	2	1,3	
	Ensino secundário	0	0,0	2	1,8	2	1,3	
	Ensino superior	1	2,2	6	5,7	7	4,6	
Total		45	100,0	106	100,0	151	100,0	
Sector de atividade	Primário	29	64,4	84	79,2	113	74,8	0,096
	Secundário	9	20,0	9	8,5	18	11,9	
	Terciário	7	15,6	13	12,3	20	13,3	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Antecedentes patológicos	Sim	43	95,6	102	96,2	145	96,6	0,847
	Não	2	4,4	4	3,8	6	4,0	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Regime terapêutico crônico	Sim	43	95,6	99	93,4	142	94,0	0,608
	Não	2	4,4	7	6,6	9	6,0	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Uso de tabaco	Sim	5	11,1	0	0,0	5	3,1	0,000
	Não	40	88,9	106	100,0	146	96,7	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Consumo de álcool	Sim	28	62,2	9	8,5	37	24,5	0,000
	Não	17	37,8	97	91,5	114	75,5	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Dentição natural	Sim	35	77,8	64	60,4	99	65,6	0,040
	Não	10	22,2	42	39,6	52	34,4	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Edentulismo	Sim	43	95,6	106	100,0	149	98,7	0,029
	Não	2	4,4	0	0,0	2	1,3	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Uso de prótese dentária	Sim	14	31,1	55	51,9	69	45,7	0,019
	Não	31	68,9	51	48,1	82	54,3	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Autoavaliação da saúde oral	Má	10	22,2	27	25,5	37	24,5	0,188
	Razoável	9	20,0	37	34,9	46	30,5	
	Boa	25	55,6	40	37,7	65	43,0	
	Muito boa	1	2,2	2	1,9	3	2,0	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Medida em que a saúde oral afeta a QdV	Nada	8	17,8	15	14,2	23	15,3	0,940
	Pouco	11	24,4	25	23,6	36	23,8	
	Moderadamente	17	37,8	44	41,5	61	40,4	
	Muito	9	20,0	22	20,7	31	20,5	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Frequência de consultas com profissionais de saúde oral	Sim	21	46,7	47	44,3	68	45,0	0,957
	Não	24	53,3	59	55,7	83	55,0	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Hábito de escovagem da boca e dos dentes	Sim	28	62,2	75	70,8	103	68,2	0,303
	Não	17	37,8	31	29,2	48	31,8	
	Total		45	100,0	106	100,0	151	
Hábito de escovagem da prótese dentária	Sim	14	100,0	53	96,4	67	97,1	0,099
	Não	0	0,0	2	3,6	2	2,9	
	Total²		14	100,0	55	100,0	69	

¹ – A negrito variáveis com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$ para o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado para um intervalo de confiança de 95%)

² – Indivíduos que usam prótese dentária

Ainda que não haja diferenças estatisticamente significativas entre o género e o grupo etário, constatou-se que as mulheres são mais velhas que os homens, sendo que 51,0% das participantes do género feminino ($n = 54$) têm entre 86 e 99 anos de idade.

No que respeita à escolaridade, aferiu-se que, apesar de haver uma percentagem relativa mais elevada de mulheres analfabetas comparativamente aos homens (37,7%, $n = 40$ e 26,7, $n = 12$, respetivamente), de entre os participantes que frequentaram o ensino, as

mulheres têm um nível de escolaridade superior, ainda que, proporcionalmente, haja mais homens com profissões que se incluem no setor de atividade terciário (15,6%, n = 7).

Na autoavaliação da saúde oral não há diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do género masculino e do género feminino, verificando-se que uma percentagem muito semelhante de homens e mulheres autoavaliou a saúde oral em *Má* (22,2%, n = 10 e 25,5%, n = 27, respetivamente) ou em *Muito boa* (2,2%, n = 1 e 1,9 n = 2, respetivamente). A maioria dos homens (55,6%, n = 25) considerou que tem uma saúde oral *Boa*, enquanto que para o género feminino, a distribuição foi homogénea entre as diferentes pontuações da escala de *Likert* utilizada. Esta homogeneidade foi também objetivada na avaliação da medida em que a saúde oral afeta a QdV segundo o género. Nesta variável, ambos os géneros predominam na resposta *Moderadamente* (37,8% (n = 17) dos homens e 41,5% (n = 44) das mulheres), sendo a opção *Pouco* (24,4% (n = 11) dos homens e 23,5% (n = 25) das mulheres) a segunda mais pontuada.

A maioria dos homens (53,3%, n = 24) e das mulheres (55,7%, n = 59) não frequenta consultas de profissionais de saúde oral, mas tem o hábito de escovar a boca e os dentes (62,2%, n = 28 homens e 70,8%, n = 75 mulheres). De entre os participantes que usam prótese dentária, a totalidade dos homens (100,0%, n = 45) procede à sua escovagem, enquanto que 3,6% das mulheres (n = 2) não o faz.

A análise da tabela 13, relativa à relação estatística entre as variáveis sociodemográficas e a QdVRSO, permite inferir que não há diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões do OHIP-14-PT e o local de residência anterior à institucionalização. No entanto, no estudo correlacional item por item verificou-se que há significado estatístico entre esta variável e os itens 4 ($p = 0,029$), 7 ($p = 0,022$), 11 ($p = 0,024$) e 13 ($p = 0,002$), sendo que os itens 4 e 8 foram pontuados em *Algumas vezes* ou *Quase sempre* pela maioria dos respondentes, independentemente do seu local de residência anterior à institucionalização.

No autorrelato da QdVRSO não foram aferidas diferenças estatísticas significativas quando se procedeu à distribuição estratificada da amostra segundo os grupos etários, dado que o valor de p é superior a 0,05 para todas as dimensões e itens do OHIP-14-PT, verificando-se o mesmo na correlação da variável dependente com o estado civil dos participantes.

No que concerne ao género, não há associação estatística entre esta variável e as dimensões do OHIP-14-PT, mas há diferenças com significado estatístico na pontuação do item 4 ($p = 0,036$) sendo que, proporcionalmente e na resposta a este item, há mais mulheres (63,2%, $n = 77$) do que homens (60,0%, $n = 27$) a considerar que o desconforto durante a ingestão de alimentos tem impacto na QdV.

Tabela 13: Valores de p para o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado: correlação entre as variáveis sociodemográficas e o OHIP-14-PT

	Residência anterior ¹	Grupo etário	Género ¹	Estado civil	Nível de escolaridade ¹	Setor de atividade profissional ¹
Dimensão 1	0,105	0,521	0,959	0,059	0,658	0,114
Item 1	0,576	0,848	0,530	0,299	0,801	0,548
Item 2	0,158	0,359	0,792	0,208	0,322	0,035
Dimensão 2	0,140	0,214	0,134	0,696	0,603	0,154
Item 3	0,163	0,499	0,151	0,540	0,448	0,093
Item 4	0,029	0,589	0,036	0,215	0,239	0,011
Dimensão 3	0,427	0,516	0,958	0,749	0,565	0,604
Item 5	0,498	0,112	0,767	0,935	0,503	0,442
Item 6	0,197	0,538	0,840	0,349	0,782	0,882
Dimensão 4	0,130	0,525	0,763	0,639	0,219	0,065
Item 7	0,022	0,613	0,557	0,601	0,134	0,040
Item 8	0,123	0,157	0,353	0,869	0,096	0,029
Dimensão 5	0,731	0,291	0,359	0,939	0,289	0,159
Item 9	0,099	0,996	0,062	0,871	0,036	0,492
Item 10	0,814	0,774	0,429	0,203	0,576	0,366
Dimensão 6	0,081	0,576	0,642	0,640	0,260	0,857
Item 11	0,024	0,738	0,650	0,540	0,374	0,243
Item 12	0,241	0,469	0,617	0,877	0,224	0,871
Dimensão 7	0,112	0,204	0,300	0,575	0,001	0,529
Item 13	0,002	0,453	0,134	0,336	0,791	0,457
Item 14	0,898	0,486	0,395	0,303	0,000	0,128
OHIP-14-PT	0,384	0,329	0,874	0,976	0,003	0,081

¹ – A negrito variáveis com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$ para o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado para um intervalo de confiança de 95%)

Pela análise dos valores apresentados na tabela anterior, verificou-se que há associação entre a Dimensão 7 do OHIP-14-PT e o nível de escolaridade ($p = 0,001$), assim como desta variável com os itens 9 ($p = 0,039$) e 14 ($p = 0,000$). Na resposta à questão *Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas relacionados com os seus dentes, boca ou prótese dentária*, 75,0% dos participantes no estudo que consideraram que este item tem impacto na QdV ($n = 3$) têm o 1º CEB e 25,0% ($n = 1$) o 3º CEB, enquanto que a totalidade dos respondentes que consideram que os problemas de saúde oral têm impacto no seu funcionamento durante o desenvolvimento das tarefas diárias tem o 3º CEB (100,0%, $n = 1$).

Para a variável setor de atividade profissional durante a vida ativa, constatou-se que há diferenças estatisticamente significativas com os itens 2 ($p = 0,035$), 4 ($p = 0,011$), 7 ($p = 0,040$) e 8 ($p = 0,029$). Na pontuação do item 4 a maioria dos respondentes que o pontuam

em *Algumas vezes* ou *Quase sempre* teve uma atividade profissional enquadrada no setor primário (78,7%, n = 74), verificando-se o mesmo nos itens 7 (83,3%, n = 55) e 8 (70,3%, n = 73). Para o item 2 do OHIP-14-PT, 56,6% (n = 64) dos respondentes deste setor de atividade profissional consideraram que o paladar não piorou devido a problemas relacionados com os dentes, boca ou prótese dentária.

Com fundamento na globalidade do OHIP-14-PT e considerando o método de adição, aferiu-se que o *score* médio dos respondentes é de 18,22 (dp = 10,66), havendo diferença estatística entre o *score* total do referido instrumento de recolha de dados e o nível de escolaridade ($p = 0,003$), inferindo-se que, de entre os indivíduos com escolaridade, os que detêm um nível mais elevado de literacia autorrelatam melhor QdVRSO. Assim, os respondentes que frequentaram o 1º CEB têm *scores* que variam entre o 0 e os 50, valor indicativo de pior QdVRSO, seguindo-se os respondentes com o 3º CEB cujo *score* máximo obtido foi de 43. Na amostra estudada, os participantes com o ensino secundário foram os que relataram melhor QdVRSO, uma vez que 50,0% (n = 1) referiu que a saúde oral não tinha impacto na sua QdV e os restantes 50,0% (n = 1) obtiveram um *score* de 2. No que respeita aos inquiridos sem escolaridade verificou-se um *score* mínimo para o OHIP-14-PT de 0 e máximo de 40, sendo que os *scores* prevalentes foram o 13, 20, 21 e 26 (7,7%, n = 4). Contudo, os respondentes sem escolaridade obtiveram *scores* máximos inferiores aos obtidos pelos indivíduos com o 1º ou com o 3º CEB, indicando melhor QDVRSO.

Na correlação das variáveis clínicas com o autorrelato da QdVRSO (Tabela 14), há diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com e sem antecedentes patológicos na Dimensão 2 ($p = 0,044$) e na Dimensão 4 ($p = 0,011$) do OHIP-14-PT. Objetivou-se que, na Dimensão 2 e proporcionalmente, os respondentes sem antecedentes patológicos de relevo têm melhor QdVRSO, na medida em que o *score* máximo obtido foi de 3 (33,3%, n = 3), enquanto que nos indivíduos com antecedentes patológicos a pontuação variou entre o 0 (16,6%, n = 24) e o 8 (15,9%, n = 23), com predomínio no 6 (19,3%, n = 28). Na pontuação da Dimensão 4, 13,8% (n = 20) dos respondentes com antecedentes patológicos referiram que os problemas com os dentes, boca ou prótese dentária nunca constituíram um prejuízo na alimentação nem significaram a necessidade de interromper as refeições (*score* 0), ainda que 20,1% (n = 30) tenham obtido um *score* 6 e 10,3% (n = 15) *score* 8.

O regime terapêutico crónico não tem associação estatística com as dimensões do OHIP-14-PT. No entanto, verificou-se existir significado estatístico desta variável clínica com o Item 4 ($p = 0,000$), sendo que 65,5% ($n = 93$) dos respondentes com regime terapêutico crónico referiram que o desconforto sentido durante a ingestão de alimentos tem impacto na QdVRSO.

Nos respondentes com dentição natural há diferenças estatísticas significativas nas Dimensões 2 ($p = 0,035$) e 5 ($p = 0,015$). Paradoxalmente, não se verificou qualquer associação estatística entre o edentulismo total ou parcial e a QdVRSO autorrelatada. Ainda que, dos 99 respondentes com dentição natural, 21,1% ($n = 21$) tenham *score* 0 na Dimensão 2, 63,6% ($n = 63$) obtiveram *score* igual ou superior a 4, o que revela pior QdVRSO no que respeita à dor física. O mesmo não se verificou na correlação da Dimensão 5 com a presença de dentição natural, inferindo-se que os indivíduos que têm dentes naturais têm melhor QdVRSO na avaliação da incapacidade psicológica causada por problemas com os dentes, boca ou prótese dentária, uma vez que 42,4% dos respondentes ($n = 42$) obtiveram *score* 0 nesta dimensão.

A autoavaliação da saúde oral foi aferida pelo posicionamento numa escala de *Likert*, verificando-se que, na amostra estudada, há diferenças estatisticamente significativas na associação desta variável com as Dimensões 1 ($p = 0,001$), 2 ($p = 0,001$), 3 ($p = 0,002$) e 4 ($p = 0,002$) e com os Itens 1 ($p = 0,001$), 2 ($p = 0,000$), 3 ($p = 0,001$), 4 ($p = 0,000$), 5 ($p = 0,010$), 7 ($p = 0,000$), 8 ($p = 0,001$) e 9 ($p = 0,002$) do OHIP-14-PT. Da mesma forma, constatou-se haver significado estatístico com o *score* total obtido pelo método de adição do referido instrumento de recolha de dados, inferindo-se que os indivíduos que autoavaliaram a saúde oral em *Boa* ou *Muito boa* obtiveram *scores* mais baixos, o que significa melhor QdVRSO.

Pela análise da resposta à questão *Em que medida considera que a sua saúde oral afeta a sua QdV?* verificou-se que os indivíduos que responderam *Nada* ou *Pouco* (39,1%, $n = 59$), autorrelataram melhor QdVRSO, na medida em que o *score* máximo obtido no OHIP-14-PT foi de 33, enquanto que aqueles que consideram que a condição de saúde oral afeta *Moderadamente* ou *Muito* a QdV (60,9%, $n = 92$) obtiveram um *score* máximo de 50. O estudo correlacional da referida variável clínica evidencia que o valor de p é inferior a 0,05 nas Dimensões 1 ($p = 0,029$), 2 ($p = 0,039$) e 5 ($p = 0,001$) e nos Itens 3 ($p = 0,002$), 5 ($p = 0,033$) e 9 ($p = 0,008$) do OHIP-14-PT, pelo que se considera haver diferenças com significado estatístico.

Tabela 14: Valores de *p* para o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado: correlação entre as variáveis clínicas e o OHIP-14-PT

	Antecedentes patológicos ¹	Regime terapêutico crônico ¹	Dentição natural ¹	Edentulismo	Uso de prótese dentária ¹	Autoavaliação da saúde oral ¹	Medida em que a saúde oral afeta a QdV ¹
Dimensão 1	0,795	0,147	0,405	0,781	0,450	0,001	0,029
Item 1	0,431	0,760	0,752	0,472	0,472	0,001	0,726
Item 2	0,935	0,750	0,050	0,528	0,528	0,000	0,075
Dimensão 2	0,044	0,053	0,035	0,878	0,301	0,001	0,039
Item 3	0,393	0,132	0,731	0,672	0,101	0,001	0,002
Item 4	0,045	0,000	0,226	0,649	0,011	0,000	0,672
Dimensão 3	0,319	0,400	0,865	0,937	0,715	0,002	0,127
Item 5	0,215	0,201	0,769	0,679	0,958	0,010	0,033
Item 6	0,627	0,251	0,832	0,917	0,799	0,074	0,080
Dimensão 4	0,011	0,072	0,721	0,856	0,626	0,002	0,171
Item 7	0,529	0,105	0,263	0,605	0,741	0,000	0,397
Item 8	0,218	0,068	0,934	0,679	0,793	0,001	0,056
Dimensão 5	0,969	0,761	0,015	0,566	0,604	0,111	0,001
Item 9	0,776	0,862	0,430	0,665	0,177	0,002	0,008
Item 10	0,247	0,268	0,474	0,333	0,549	0,159	0,700
Dimensão 6	0,916	0,719	0,818	0,973	0,740	0,931	0,359
Item 11	0,597	0,409	0,908	0,894	0,428	0,725	0,135
Item 12	0,933	0,886	0,669	0,883	0,891	0,874	0,404
Dimensão 7	0,264	0,910	0,373	0,904	0,728	0,194	0,232
Item 13	0,064	0,571	0,608	0,705	0,863	0,065	0,438
Item 14	0,942	0,967	0,981	0,958	0,622	0,580	0,360
OHIP-14-PT	0,361	0,510	0,510	1,000	0,730	0,045	0,044

¹ – A negrito variáveis com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$ para o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado para um intervalo de confiança de 95%)

O estudo da relação estatística entre as variáveis comportamentais e a QdVRSO é ilustrado na Tabela 15 e evidencia que não há diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões do OHIP-14-PT e a escovagem dos dentes e da boca e a escovagem da prótese dentária, mas há entre as Dimensões 6 ($p = 0,040$) e 7 ($p = 0,032$) do referido instrumento de autorrelato da QdVRSO e o comportamento de procura de consultas de profissionais de saúde oral. Na Dimensão 6 e para a variável *Frequência de consultas de profissionais de saúde oral*, 78,3% dos indivíduos que não têm o hábito de frequentar consultas de saúde oral ($n = 65$) obtiveram *score* 0. A análise da Dimensão 7, que avalia a desvantagem secundária à presença de problemas com a boca, dentes ou prótese dentária, evidencia que os respondentes que frequentam com regularidade consultas com profissionais de saúde oral são os que autorrelatam melhor QdVRSO e aqueles que as frequentam apenas quando é necessário os que detêm *scores* mais elevados para a dimensão, significando maior desvantagem.

Na correlação item por item, verificou-se existir diferença com significado estatístico entre o hábito de frequentar consultas de profissionais de saúde oral e o Item 12 do OHIP-14-PT ($p = 0,009$), sendo que a totalidade de indivíduos que pontuou este item em *Poucas vezes* ou *Raramente* (14,5%, $n = 9$), frequenta as referidas consultas quando é necessário. A inferência estatística objetiva também que o hábito de escovagem da boca e dos dentes tem significado estatístico na correlação com os Itens 2 ($p = 0,045$) e 7 ($p = 0,020$). Da totalidade de indivíduos que escova os dentes e a boca (68,2%, $n = 103$), 30,1% ($n = 31$) referem que este comportamento tem impacto na diminuição da sensibilidade do paladar, valor que aumenta para 54,2% ($n = 26$) nos participantes que não têm como comportamento habitual a escovagem dos dentes e da boca (31,8%, $n = 48$). Da mesma forma, proporcionalmente, há mais indivíduos que não escovam os dentes e a boca a referir que este comportamento tem impacto no regime alimentar com possível prejuízo na alimentação (62,5%, $n = 30$) do que respondentes que têm hábitos de higiene oral (35,0%, $n = 36$).

Na correlação da variável *Escovagem da prótese dentária* com o *score* total do autorrelato da QdVRSO obtido pelo método de adição, verificou-se que os respondentes que nunca escovam a prótese dentária têm pior QdVRSO, havendo diferenças estatisticamente significativas entre a referida variável comportamental e a variável dependente ($p = 0,018$).

Tabela 15: Valores de p para o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado: correlação entre as variáveis comportamentais e o OHIP-14-PT

	Escovagem dos dentes e da boca ¹	Escovagem da prótese dentária ¹	Frequência de consultas de profissionais de saúde oral ¹
Dimensão 1	0,100	0,174	0,088
<i>Item 1</i>	0,052	0,524	0,733
<i>Item 2</i>	0,045	0,325	0,538
Dimensão 2	0,162	0,438	0,090
<i>Item 3</i>	0,051	0,347	0,200
<i>Item 4</i>	0,111	0,347	0,883
Dimensão 3	0,058	0,479	0,285
<i>Item 5</i>	0,108	0,293	0,492
<i>Item 6</i>	0,420	0,474	0,079
Dimensão 4	0,128	0,271	0,108
<i>Item 7</i>	0,020	0,760	0,363
<i>Item 8</i>	0,245	0,334	0,060
Dimensão 5	0,383	0,113	0,281
<i>Item 9</i>	0,287	0,442	0,274
<i>Item 10</i>	0,764	0,310	0,188
Dimensão 6	0,683	0,410	0,040
<i>Item 11</i>	0,515	0,118	0,051
<i>Item 12</i>	0,625	0,606	0,009
Dimensão 7	0,180	0,727	0,032
<i>Item 13</i>	0,314	0,917	0,055
<i>Item 14</i>	0,072	0,113	0,309
OHIP-14-PT	0,091	0,018	0,513

¹ – A negrito variáveis com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$ para o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado para um intervalo de confiança de 95%)

Objetivando a percepção do tipo de relação entre as diferentes dimensões do OHIP-14-PT, procedeu-se ao cálculo da Correlação de *Pearson* (Tabela 14) verificando-se, que há uma correlação linear entre todas as dimensões, sendo que esta é positiva forte entre a Dimensão 3 e a Dimensão 5 ($r = 0,761$).

Tabela 16: Valores de r e de p para a Correlação de *Pearson* entre as dimensões do OHIP-14-PT

	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Dimensão 4	Dimensão 5	Dimensão 6	Dimensão 7
Dimensão 1							
r	1	0,546 ²	0,398 ²	0,658 ²	0,365 ¹	0,245 ¹	0,359 ¹
p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000
Dimensão 2							
r	0,546 ²	1	0,505 ²	0,829 ²	0,433 ²	0,309 ¹	0,298 ¹
p	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Dimensão 3							
r	0,398 ²	0,505 ²	1	0,544 ²	0,761 ³	0,846 ²	0,317 ¹
p	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000
Dimensão 4							
r	0,658 ²	0,829 ²	0,544 ²	1	0,533 ²	0,339 ¹	0,287 ¹
p	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
Dimensão 5							
r	0,365 ¹	0,433 ²	0,761 ³	0,533 ²	1	0,604 ²	0,375 ¹
p	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
Dimensão 6							
r	0,245 ¹	0,309 ¹	0,846 ²	0,339 ¹	0,604 ²	1	0,565 ²
p	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000
Dimensão 7							
r	0,359 ¹	0,298 ¹	0,317 ¹	0,287 ¹	0,375 ¹	0,565 ²	1
p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

¹ – Correlação linear fraca

² – Correlação linear moderada

³ – Correlação linear forte

Pela análise da tabela anterior, infere-se que os *scores* de cada dimensão tendem a ser mais elevados quando são mais altos nas restantes, indicando que os indivíduos com pior QdVRSO para uma dimensão tende a ter maior impacto da saúde oral na QdV nas restantes dimensões do OHIP-14-PT.

3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O aumento da longevidade está na dependência do desenvolvimento científico e tecnológico e é uma realidade que pauta a atualidade e que caracteriza o percurso de vida do Ser Humano. Ainda que de forma desigual, a humanidade assiste a transformações demográficas caracterizadas pelo envelhecimento populacional (WHO, 2017), realidade que se traduz em desafios para a sociedade e com significado no indivíduo, na medida em que uma vida mais longa pode resultar numa sobrevivência caracterizada por incapacidades e dependência. Assim, cuidadores e decisores políticos são incitados à definição de políticas e à implementação de respostas que vão ao encontro das necessidades inerentes a esta condição (WHO, 2012; Bloom, et al., 2015; DGS, 2017), sendo as redes sociais de apoio um recurso com valor estratégico.

A investigação da QdVRSO no idoso traduz-se em contributos que garantem a melhor saúde possível na velhice, permitindo o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável almejados na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (United Nations, 2015). Paralelamente, o paradigma inerente à revisão conceptual de saúde pela WHO reitera a importância da inclusão das componentes física, mental e social (WHO, 1946), sendo que, para os profissionais de saúde, o desafio da medição da QdV em idosos ultrapassa a caracterização sociodemográfica da população e a aferição de indicadores de morbimortalidade. Bennadi, et al. (2013), Sousa (2016) e Monteiro (2018a) reforçam a pertinência da avaliação da autoperceção do indivíduo no que respeita à QdVRSO, na medida em que esta reflete o impacto da condição oral nas dimensões funcional e psicossocial da pessoa, respeitando o holismo que lhe está inerente.

Fundamentada nos pressupostos anteriores, a investigação empírica que se encetou tem como finalidade a caracterização sociodemográfica, clínica e comportamental da amostra e a análise relacional destas variáveis com o autorrelato da QdVRSO, sendo que a amostra é constituída por 151 idosos residentes em ERPI do concelho de Bragança. Este estudo constituiu-se como pioneiro, uma vez que é escassa a investigação da referida temática em Portugal e inexistente na área geográfica onde foi realizado. A nível mundial, a evidência científica é mais frequente, ainda que pouco direcionada para os idosos institucionalizados nas redes sociais de apoio, sendo de referir os estudos de Cornejo, et al. (2013), de Sônego, et al. (2013) e de Rekhi, et al. (2016).

Na amostra estudada predominam os indivíduos do género feminino (70,2%, n = 106), institucionalizados em ERPI localizadas em meio rural (54,3%, n = 82) e provenientes de localidades rurais (79,5%, n = 109). A média de idades é de 84,8 anos nas mulheres e de 83,7 anos nos homens, sendo que a maioria dos indivíduos é viúvo (70,2%, n = 106), frequentou o ensino até ao 1º CEB (53,6%, n = 81) e teve uma atividade profissional incluída no setor de atividade primário (74,8%, n = 113).

Os dados encontrados sobrepõem o expectável, na medida em que o concelho de Bragança é caracterizado pelo envelhecimento populacional assistindo, na última década, ao incremento do índice de envelhecimento que, em 2018, foi de 215,1 idosos por cada 100 jovens (PORDATA, 2019c). Paralelamente, o índice de longevidade evidencia que, no mesmo ano, de entre os idosos residentes no concelho, 50,2% tinham 75 e mais anos, valor acima da média nacional (PORDATA, 2019c), sendo que cerca de 50,0% dos residentes em ERPI são idosos com 80 e mais anos (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2019a). Estes dados encontram reflexo na amostra, uma vez que o grupo etário predominante é o dos 86 aos 99 anos de idade (46,4%, n = 70) e 92,7% dos respondentes (n = 140) têm 75 ou mais anos.

Proporcionalmente, em 2018, o concelho de Bragança tinha mais indivíduos do género feminino com 65 e mais anos do que do género masculino (PORDATA, 2019c) e, em 2017, na região Norte a esperança de vida aos 65 anos para as mulheres era de 21,0 anos, enquanto que para os homens era de 18,6 anos (PORDATA, 2019d). Assim, na amostra estudada, o predomínio de indivíduos do género feminino e com idade média superior, pode estar na dependência dos dados referidos anteriormente. Nos estudos que realizaram, Gomes, et al. (2015), Beldiman, et al. (2017) e Umniyati, et al. (2018) constataram a superioridade de indivíduos do género feminino, sendo que os referidos autores suportam os resultados aferidos com a diferença da esperança média de vida entre os géneros. Na perspetiva de Sônego, et al. (2013), estes achados evidenciam a maior adesão das mulheres às redes sociais de apoio na terceira idade como um fator contributivo.

No presente estudo, prevalece a institucionalização de idosos em ERPI sediadas em meio rural, realidade justificável pela oferta destas redes sociais de apoio em localidades rurais que, na área geográfica abrangida, representam 60,4% da capacidade dos referidos equipamentos (Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019). No entanto, a preferência por esta localização

pode também advir do facto da maioria dos respondentes provir de meio rural mantendo, desta forma, a residência em contextos próximos dos que caracterizaram o seu percurso de vida. Tal como preconizado pela DGS (2017), é expectável que o indivíduo, ainda que idoso, participe na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica da comunidade onde se insere, sendo que a institucionalização em contextos próximos dos vivenciados durante a vida adulta contribui para o envelhecimento ativo e saudável maximizando, desta forma, as oportunidades de melhoria da QdV dos indivíduos que envelhecem (WHO, 2012).

No que respeita ao nível de literacia da amostra, constatou-se que este é baixo, tendo o analfabetismo um peso importante (34,5%, n = 52), ainda que o 1º CEB seja o nível de escolaridade presente na maioria dos respondentes (53,6%, n = 81). Regredindo no tempo cronológico e atendendo ao contexto essencialmente rural da amostra, é lícito afirmar que a idade escolar dos participantes foi caracterizada por dificuldades socioeconómicas e decorreu em meios subdesenvolvidos em que a alfabetismo infantil não era uma prioridade para as famílias. As crianças eram tidas como fonte de rendimento necessário à sobrevivência, pelo que a progressão académica estava reservada a um grupo restrito de indivíduos, opinião reforçada pelos respondentes durante a recolha de dados. O nível de literacia encontrado está em concordância com os dados nacionais, uma vez que, em 2019, 20,0% da população portuguesa com 65 e mais anos não tinha escolaridade e 52,8% tinham completado o 1º CEB (PORDATA, 2020). Decorrente desta particularidade da amostra, emerge a caracterização profissional durante a vida ativa, havendo congruência entre o nível de escolaridade encontrado e a distribuição dos respondentes de acordo com o setor de atividade profissional.

Neste estudo, os respondentes do género feminino revelaram pior QdVRSO, obtendo *scores* no OHIP-14-PT mais elevados. Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Gomes, et al. (2015), Motallebnejad, et al. (2015) e Beldiman, et al. (2017), mas não refletem os encontrados por Castrejón-Pérez, et al. (2017) e por Umniyati, et al. (2018) que evidenciaram a ausência de diferenças nas pontuações do OHIP-14 segundo o género. Ulinski, et al (2013) e Motallebnejad, et al. (2015) referem a maior importância atribuída pelas mulheres à aparência decorrente da condição oral como fator preditor da pior QdVRSO relatada. No entanto, a atitude da mulher perante a saúde oral e a saúde em geral decorrente do seu papel enquanto elemento que assume os cuidados à família, pode

contribuir para que esta atribua maior significado aos aspetos subjetivos da saúde oral e às repercussões que traduz na saúde em geral.

Na correlação das variáveis sociodemográficas com o OHIP-14-PT verificou-se existir associação com significado estatístico entre o nível de literacia da amostra e o *score* total do OHIP-14-PT obtido pelo método de adição, sendo que quanto mais elevado é o nível de escolaridade, melhor a QdVRSO autorrelatada. Estes dados espelham os encontrados por Sônego, et al. (2013), Gomes, et al. (2015), Beldiman, et al. (2017), Castrejón-Pérez, et al., (2017), Dallasta, et al. (2019) e por Echeverria, et al. (2019) e vão ao encontro do referido por Martins, et al. (2010) que consideram que quanto maior o nível educacional, melhor a autoperceção da saúde oral. Contrariamente ao evidenciado por Dallasta, et al. (2019) no estudo realizado em idosos da cidade de Santa Maria, no Brasil, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o nível de literacia dos respondentes e a Dimensão 7 do OHIP-14-PT, sendo de referir que um nível superior de literacia é um fator protetor no paradigma holístico do conceito de saúde em geral, podendo ser associado ao aumento da procura e ao melhor acesso à informação relativa à promoção da saúde e prevenção da doença oral, o que tem significado na condição de saúde oral e, consequentemente, na QdVRSO (Martins, et al., 2010; Dallasta, et al., 2019).

A análise das variáveis clínicas evidenciou que a amostra é constituída por indivíduos com múltiplas patologias e polimedicados, com predomínio das doenças do aparelho circulatório e das doenças endócrinas, metabólicas ou nutricionais. No estudo correlacional dos antecedentes patológicos com as dimensões do OHIP-14-PT aferiu-se significado estatístico desta variável com as dimensões *Dor física* e *Incapacidade física*. Segundo Oliveira, et al. (2018) existe evidência científica que correlaciona a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* com a saúde oral, sendo que a ocorrência de agravos orais pode estar na dependência da fisiopatologia ou do tratamento medicamentoso destas doenças. De entre os participantes em estudo, os indivíduos com patologia do aparelho circulatório ou doença endócrina, metabólica ou nutricional relataram pior QdVRSO, obtendo um *score* mais elevado no índice OHIP-14-PT do que os indivíduos sem estas patologias. Ainda que, isoladamente, a associação entre os antecedentes patológicos e o regime terapêutico dos indivíduos permita apenas a inferência restritiva e dirigida, os dados em análise podem ser justificados pelo referido anteriormente. Mata, et al. (2019) corroboram esta posição baseando-a no estudo que desenvolveram onde concluíram que idosos com comorbilidades apresentam pior QdVRSO comparativamente a idosos sem

patologias, sendo que, segundo Sônego, et al. (2013) o uso de determinados grupos de medicamentos, como os antihipertensores, incrementam no indivíduo o risco de desenvolvimento de doença oral.

Zucoloto, et al. (2016), num estudo transversal realizado em São Paulo, entre 2012 e 2013, obtiveram resultados similares aos encontrados na investigação realizada, afirmando que as doenças crónicas contribuem significativamente e de forma negativa para a QdVRSO pelo impacto que representam no bem-estar do indivíduo e pela possibilidade de incrementarem a perda de autonomia. Sônego, et al. (2013) referem-se ao processo de envelhecimento como etiologia de possíveis alterações morfológicas, funcionais e psicológicas que contribuem para o decréscimo do nível de higiene oral que culmina com a degradação da saúde oral dos indivíduos. Particularizando para os idosos institucionalizados em ERPI, um grupo de peritos do European College of Gerodontology e da European Geriatrics Medicine Society (Kossioni, et al., 2018) releva o papel dos cuidadores formais e dos dirigentes das ERPI na definição estratégica de orientações a serem implementadas nas instituições por forma a que a higiene e a saúde orais não sejam descuidadas.

No que concerne aos comportamentos relacionados com a saúde, a adição ao álcool e ao tabaco é preditiva de pior saúde oral, na medida em que favorece a cárie dentária, o edentulismo, a alteração do paladar e do olfato e aumenta a possibilidade de desenvolvimento de doença neoplásica da cavidade oral (DGS, 2014; Almoznino, et al., 2015; FDI, 2015a; Sousa, 2016). Os dados obtidos neste estudo sobrepõem esta evidência, revelando que os indivíduos sem hábitos de adição tabágica ou de consumo de álcool apresentam *scores* mais baixos no índice OHIP-14-PT.

A condição oral dos respondentes caracteriza-se pela precaridade, sendo que 34,4% (n = 52) são desdentados totais e, do total de indivíduos com zonas edêntulas (98,75, n = 149), a maioria (53,7%, n = 80) não usa prótese dentária para reabilitar a cavidade oral. Os dados encontrados refletem o verificado no estudo de base populacional realizado pela OMD (2019b), ainda que este não estratifique os resultados obtidos por grupos etários. De acordo com o revelado pela referida investigação, 69,0% da população portuguesa têm zonas edêntulas e destes, 9,4% são desdentados totais, sendo que 48,6% dos indivíduos com zonas edêntulas não têm mecanismos de substituição dentária. Paçô (2014) , num estudo realizado em idosos diabéticos do concelho de Alfândega da Fé (distrito de Bragança), aferiu valores inferiores de indivíduos com edentulismo total e

superiores de idosos com dentição total, ainda que mencione uma condição oral global pobre. Num estudo desenvolvido em idosos institucionalizados de Barcelona, Cornejo, et al. (2013) evidenciaram a elevada prevalência de problemas de saúde oral, associando-os à baixa QdVRSO. Este facto espelha e legitima as correlações encontradas no estudo efetuado, na medida em que se verificou existir associação com significado estatístico entre as dimensões *Dor física e Incapacidade psicológica* do OHIP-14-PT e a presença de dentes naturais, sendo que a perda de dentição natural se apresenta como preditor negativo da QdVRSO no domínio da dor física e a presença de dentes como preditor positivo no domínio da incapacidade psicológica, à semelhança do descrito nos estudos de Paçô (2014), Sáez-Prado, et al. (2016) e Umniyati, et al. (2018). Assim, na amostra estudada infere-se que os indivíduos atribuem importância à função mastigatória dos dentes, mas também à função estética, o que corrobora a posição de Gomes, et al. (2015) que afirmam que o edentulismo, mais do que o compromisso da mastigação e da fonética, tem repercussões na estética afetando a autoimagem e a autoestima. Importa, desta forma, que na definição de estratégias em saúde oral os decisores políticos considerem a evidência científica relacionada com a perda dentária e o impacto desta na QdV dos idosos devido à alteração da mastigação, fala, nutrição, estética, aspetos psicológicos, autoestima e relações sociais.

Atendendo a que a investigação realizada foi dirigida a um *setting* populacional específico, é essencial ter presente que a condição oral do idoso resulta do percurso de saúde durante o ciclo de vida do indivíduo (Oliveira, et al., 2018). De entre os fatores biológicos, a idade é uma variável com significado na saúde em geral e na saúde oral, sendo que o avançar da idade é sinónimo de diminuição do nível de saúde oral (WHO, 2005; Umniyati, et al., 2018; WHO, 2019a). Paralelamente, a perspetiva cronológica da definição de estratégias relativas à prevenção da doença e promoção da saúde oral revela a segregação dos idosos enquanto grupo alvo da intervenção (Sônego, et al., 2013), acrescendo o facto de muitos indivíduos dependerem do cuidador no acesso aos cuidados de saúde oral. Neste contexto, os resultados aferidos no estudo desenvolvido devem ser lidos e interpretados com especial interesse, na medida em que 73,6% dos participantes (n = 111) têm 82 ou mais anos e, em Portugal, à semelhança da restante Europa e do mundo, o acesso à saúde oral caracteriza-se pela dificuldade e inadequação dos recursos face às exigências populacionais, nomeadamente no que respeita à resposta dada pelo SNS. Nas zonas rurais do interior português, a história de acesso aos cuidados de saúde

oral pauta-se pela desigualdade e pela escassez de recursos (Paçô, 2014), sendo que o isolamento e a distância geográfica comprometem o acesso a cuidados de saúde oral durante o ciclo de vida (Furtado e Pereira, 2010). Contudo, assiste-se à evolução das políticas favorecedoras da equidade e acesso aos cuidados de saúde oral, sendo os idosos um grupo específico contemplado no PNPSO (Circular Informativa nº 04/DSPPS/DCVAE, 2008). Desta forma, é premente a sensibilização dos cuidadores e do próprio indivíduo para a adoção de comportamentos protetores e para a procura de cuidados de saúde oral enquanto veículos para a melhoria da QdVRSO.

No momento da recolha de dados, quase metade dos respondentes (45,7%, n = 69) referenciaram a presença de pelo menos um problema com os dentes, boca ou prótese dentária que os fazia considerar a necessidade de uma consulta com profissionais de saúde oral, valor inferior ao exposto no estudo de Sônego, et al. (2013). Contudo, uma percentagem muito semelhante de indivíduos (45,0%, n = 68) autoavaliou a saúde oral em *Boa* ou *Muito boa*, ainda que 40,4% (n = 61) reconheçam que esta afeta moderadamente a sua QdV, tal como verificado por Ribeiro, et al. (2012) e por Paçô (2014) em estudos desenvolvidos em Portugal. Resultados similares foram aferidos por Ulinski, et al. (2013) no Brasil, Shaghaghian, et al. (2015) no Irão e por Castrejón-Pérez, et al. (2017) no estudo realizado no México.

Os indicadores de acesso da população portuguesa aos cuidados de saúde oral revelam a baixa frequência de consultas com profissionais de saúde oral, sendo que, em 2019, 6,8% da população portuguesa nunca tinha frequentado uma consulta de medicina dentária (OMD, 2019b). Nos idosos, a autoavaliação da saúde oral é uma variável complexa que vincula crenças, percurso de vida, acesso aos cuidados de saúde oral e comportamentos adquiridos de hábitos de higiene oral, estando este conjunto de fatores representado na autoperceção da saúde oral do idoso. Paçô (2014) referencia que o idoso tende a aceitar a precaridade da condição oral como circunstância intrínseca à idade, pelo que a divergência entre a condição oral aferida e a avaliação da saúde oral autorreferida pode estar na dependência do mencionado, indicando a subvalorização e a aceitação por parte dos respondentes da precaridade da condição oral.

A revisão da literatura revela que os comportamentos de prevenção da doença oral são um fator protetor da condição oral e enfatiza a pertinência e interesse da promoção da saúde da boca e dos dentes. Na investigação encetada verificou-se que, apesar da maioria dos respondentes (68,2%, n= 103) ter o hábito de escovar os dentes e a boca, apenas

17,5% (n = 18) o fazem antes de deitar, período do dia preconizado pela DGS (2019) e pela OMD (2019a) como obrigatório para este comportamento, ainda que deva ser complementado pela higienização em outros momentos diferentes do dia. A evidência encontrada sobrepõe o relatado no III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (Calado, et al., 2015) e corrobora a parca condição oral encontrada nesta amostra, na medida em que representa os hábitos de higiene oral durante o ciclo de vida. No que respeita aos comportamentos de procura de cuidados de saúde oral, verificou-se que a maioria dos respondentes (55,0%, n = 83) não tem o hábito de frequentar consultas de profissionais de saúde oral e, dos que o têm, apenas 4,0% (n = 6) o faz com regularidade, sendo que os principais motivos autorreferidos para este comportamento são a pouca importância atribuída à necessidade de vigilância da condição oral e o custo monetário associado. Os resultados aferidos estão em concordância com os evidenciados pela OMD (2019a) e demonstram a necessidade de promover a educação para a saúde relacionada com a saúde oral e a pertinência de repensar políticas de acesso aos cuidados de saúde oral. Ainda que o idoso seja, atualmente, integrado como grupo com possível benefício do cheque-dentista (Circular Informativa nº 04/DSPPS/DCVAE, 2008), a divulgação desta medida carece de maior abrangência, facto demonstrado pela parca adesão verificada no seu usufruto, conforme revelado no Barómetro da Saúde Oral (OMD, 2019a). A mesma fonte, evidencia ainda que, em 2019, 59,4% da população portuguesa desconhecia que o SNS disponibiliza a área de medicina dentária, sendo que não há estudos dirigidos para a intervenção do enfermeiro na prevenção da doença e na promoção da saúde oral.

No que respeita à especificidade da amostra estudada, a institucionalização em ERPI pode ser entendida como um fator facilitador e promotor de comportamentos de procura de cuidados de saúde, assim como de hábitos de higiene oral adequados. Contudo, ressalva-se a importância do papel do cuidador, na medida em que, tratando-se de uma população muito idosa e com algumas limitações funcionais, é fundamental garantir a motivação e a instrução do indivíduo, sem descuidar a supervisão dos cuidados. Enquanto profissional que integra a equipa multidisciplinar de cuidados ao indivíduo, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária assume uma posição de destaque na prevenção da doença e na promoção da saúde oral sendo que, fundamentando a sua atuação na metodologia do planeamento em saúde, deve fazer uma avaliação concisa do estado de saúde de *settings* mais vulneráveis e promover o empoderamento do indivíduo e dos cuidadores através de

ações de sensibilização e de instrução. De acordo com Cunha, et al. (2014), na saúde oral, o desempenho do enfermeiro deve evidenciar-se na prevenção primária, podendo os preditores da QdVRSO fundamentar a estruturação de um programa de promoção de saúde oral nos idosos. Silva, et al. (2011) corroboram esta opinião e valorizam o conhecimento dos profissionais de enfermagem no que respeita à importância de manter os dentes e a função dos mesmos ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo, pelo que a educação da comunidade sobre as práticas de saúde oral é premente.

O holismo inerente à conceptualização de saúde advoga a inclusão da autoperceção enquanto variável determinante do paradigma da QdV, sendo que, quando esta é fundamentada na esfera da percepção do indivíduo contribui para a avaliação efetiva da intervenção dos profissionais de saúde (Silva, 2007; Silva, et al., 2014; Jerez-Roig, et al., 2016; Zanesco, et al., 2018).

A análise do *score* total do OHIP-14-PT obtido pelos respondentes ($M = 18,22$, $dp = 10,66$) evidencia que a amostra autorrelata um nível moderado de QdVRSO, à semelhança dos estudos desenvolvidos por Sáez-Prado, et al., (2016), Skośkiewicz-Malinowska, et al. (2016), Afonso, et al. (2017), Dallasta, et al. (2019), Echeverria, et al. (2019) e por Mata, et al., (2019). No estudo desenvolvido no Irão, Motallebnejad, et al., (2015) aferiram um *score* médio para o OHIP-14 de 22,4 ($dp = 8,2$) demonstrando pior QdVRSO.

Na apreciação item por item, verificou-se que a pontuação dos itens *Sensação de desconforto no ato de comer* e *Necessidade de interromper as refeições* prevalece na opção *Quase sempre* (27,2%, $n = 41$ e 21,2%, $n = 32$, respetivamente), tal como no estudo desenvolvido por Umniyati, et al. (2018). As dimensões mais pontuadas são as que respeitam à *Incapacidade física* ($M = 4,48$, $dp = 2,51$) e à *Dor física* ($M = 4,33$, $dp = 2,69$) e as menos pontuadas à *Incapacidade social* ($M = 0,61$, $dp = 1,13$) e à *Desvantagem* ($M = 1,00$, $dp = 1,34$), sendo que estes resultados espelham os aferidos por Sáez-Prado, et al., (2016) e por Dallasta, et al., (2019), refletindo também o evidenciado por Echeverria, et al., (2019) no que respeita ao impacto da dor física e por Paçô (2014) relativamente à incapacidade física.

O estudo da QdVRSO dos idosos institucionalizados que integraram a amostra sugere que estes relevam as consequências funcionais em detrimento da componente psicossocial, na medida em que o desconforto psicológico, a incapacidade psicossocial e a desvantagem foram pouco pontuadas. Ainda que a correlação com a dieta que melhor

se adequa à condição oral não tenha evidenciado significado estatístico, aferiu-se também que apenas 28,9% dos indivíduos (n = 45) ingere alimentos de qualquer consistência, o que corrobora o impacto da disfunção física relacionada com saúde oral na QdV dos idosos estudados. Assim, da associação das premissas referidas anteriormente emerge a necessária reflexão, dado que a ingestão nutricional no idoso tende a estar comprometida quando decorre de uma condição oral precária que culmina com a seleção de alimentos nutricionalmente desequilibrados. Paçô (2014) e Echeverria, et al., (2019) valorizam a disfunção mastigatória inerente à precaridade da condição oral como fator favorecedor da desnutrição, enquanto que Dallasta, et al., (2019), numa visão mais holística do Ser Humano, enfatizam o *status* psicológico do indivíduo. De acordo com estes autores, as perturbações de personalidade, o isolamento social e a solidão enfraquecem o idoso potenciando o desinteresse por um plano alimentar saudável e consistente que culmina com o comprometimento das funções fisiológicas e, conseqüentemente, com a degradação do estado de saúde e da QdV. De igual forma, a WHO (2019a) reitera que, nos idosos, a precaridade da saúde oral determina o comprometimento da capacidade de mastigação e a conseqüente ingestão nutricional deficitária, sendo que a degradação da resposta imunitária subsequente a este estado verte para uma condição de saúde deficitária e traduz-se em perda de QdV (Saarela, et al., 2014; Porter, et al., 2015; Monteiro, 2018).

No contexto da amostra estudada há uma aparente subvalorização do impacto da condição oral na QdV, caracterizando-se o autorrelato dos idosos pelo sentimento de habituação à precaridade da condição oral o que determina a aceitação da disfunção, do desconforto e da desvantagem como conseqüências do processo de envelhecimento. Esta evidência encontra eco na literatura. De acordo com Sônego, et al. (2013) as perdas dentárias e as patologias da cavidade oral evoluem de forma gradual ao longo do ciclo vital, possibilitando a adaptação do indivíduo à nova condição e a implementação de estratégias que permitam a satisfação das necessidades, nomeadamente no que concerne à função mastigatória. Paralelamente, reconhece-se que a população idosa viveu num contexto em que o modelo de cuidados de saúde oral se caracterizava pela desigualdade de acesso e de disponibilização de cuidados, sendo que estes eram frequentemente mutiladores (Cornejo, et al., 2013). Ainda que, no que respeita à saúde oral do idoso, o SNS tenha evoluído favoravelmente na definição de políticas protetoras, importa considerar o contexto cultural dos indivíduos e das comunidades, na medida em que este conflui para que haja diferentes perceções perante a mesma condição. Assim, o nível de QdVRSO

evidenciado na amostra pode demonstrar que os respondentes não consideram a saúde oral como determinante da saúde em geral e da QdV, nomeadamente no que respeita ao domínio psicossocial. Os factos enunciados traduzem a necessidade de intervenção dos decisores políticos no que respeita à reflexão sobre o paradigma da saúde oral ainda fundamentado no modelo biomédico, mas também a pertinência da definição de uma prestação de cuidados de saúde oral integral e integrada nos cuidados de saúde primários, conforme previsto no Despacho nº 8861-A/2018. O referido documento releva a necessidade de articulação entre os diferentes profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, por forma a integrar a saúde oral nos indicadores de saúde das equipas de saúde familiar, valorizando o desenvolvimento de ações de empoderamento do indivíduo e de promoção da literacia em saúde oral. Assim, neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária deve fundamentar a sua intervenção na identificação das necessidades dos *settings* mais vulneráveis, na promoção do trabalho em parceria e na liderança de projetos que visem a capacitação de grupos e comunidades.

CONCLUSÕES

Os indicadores da população portuguesa caracterizam-se, na atualidade, pelo envelhecimento demográfico, sendo que esta é uma realidade multifatorial para a qual contribui o aumento da esperança média de vida, o decréscimo das taxas de natalidade e de fecundidade e o prolongamento da vida secundário à evolução técnica e científica. Decorrente desta mutação, predominam os indivíduos idosos que, pelo percurso ao longo do ciclo vital e pelas características biopsicossociais que lhe são inerentes, representam desafios para a sociedade e para as entidades governamentais que são, desta forma, incitadas à definição de políticas abrangentes e direcionadas para as necessidades deste *setting* populacional.

A saúde oral é uma componente da saúde em geral, havendo unanimidade na opinião científica no que respeita à relevância da condição oral para o estado de saúde geral do indivíduo. Contudo, é igualmente consensual a escassez de evidência que ultrapasse os indicadores de morbimortalidade concernentes à patologia oral, facto que empobrece o conhecimento científico e que torna redutora a caracterização das necessidades individuais, nomeadamente no que respeito ao idoso. Como resposta a esta lacuna, desenhou-se um estudo transversal que objetivou a caracterização sociodemográfica, clínica e comportamental de idosos institucionalizados em ERPI, assim como a avaliação e análise da QdVRSO da amostra aferindo-se, desta forma, indicadores subjetivos relacionados com a autoperceção do indivíduo sobre o impacto da saúde oral na QdV.

A caracterização sociodemográfica da amostra estudada é representativa dos indicadores populacionais regionais e nacionais. Evidenciou-se a ausência de significado estatístico entre as variáveis sociodemográficas estudadas e o nível de QdVRSO autorrelatada pela implementação do OHIP-14-PT, com exceção do nível de literacia dos respondentes, inferindo-se que quanto mais elevado é o nível de escolaridade, melhor é a QdVRSO.

Do estudo das variáveis clínicas, concluiu-se que predominam as doenças crónicas com significado na QdVRSO. A fisiopatologia e o regime terapêutico associado à doença crónica são fatores determinantes da degradação da condição oral, vertendo na redução do nível de QdV dos indivíduos. Assim, evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões *Dor física* e *Incapacidade física* e a presença de antecedentes patológicos relevantes, sendo que os indivíduos que têm antecedentes patológicos relataram maior impacto da saúde oral na QdV com possível prejuízo da

alimentação. Esta premissa é corroborada pela associação estatística evidenciada entre a o regime terapêutico crónico e o desconforto sentido durante a ingestão de alimentos.

Os idosos institucionalizados que participaram no estudo revelaram preferência por alimentos de consistência mole ou cremosa, apesar de não terem necessidade de alterar o tipo de dieta nos 12 meses que antecederam a recolha de dados. Este facto exprime a adaptação gradual ao longo do ciclo vital às necessidades impostas pela degradação da condição oral. Os cuidadores formais devem, desta forma, promover a implementação de planos alimentares adequados e nutricionalmente equilibrados, na medida em que os idosos com necessidade de alterar a consistência alimentar relatam redução da ingestão de alimentos o que concorre para a degradação do estado nutricional com a consequente repercussão no estado de saúde geral do indivíduo e redução da QdV.

A condição oral dos idosos resulta dos comportamentos de procura de saúde e dos hábitos de higiene oral, concluindo-se que o edentulismo e a ausência de uso de prótese dentária são preditores de pior QdVRSO. Os idosos com dentição natural têm pior QdVRSO no que respeita à dimensão *Dor física*, mas obtêm pontuações mais baixas na avaliação da dimensão *Incapacidade psicológica* do OHIP-14-PT, permitindo inferir que a saúde oral do idoso influencia positiva ou negativamente todas as dimensões da vida social e do bem-estar, repercutindo-se na QdV.

A precaridade da condição oral encontrada na amostra coaduna-se com a caracterização das variáveis comportamentais encontrada. Contudo, infere-se que, apesar dos esforços desenvolvidos pelas entidades governamentais para promover a equidade de acesso, há ainda dificuldade no acesso dos idosos aos cuidados de saúde oral. Ficou evidente que a distância geográfica, a dependência de cuidadores e os custos associados são barreiras ao uso dos serviços de saúde oral, pelo que é premente a revisão das políticas de saúde e a sensibilização dos dirigentes das ERPI para a importância dos diferentes níveis de prevenção na manutenção da saúde oral dos residentes e, consequentemente, da sua QdV.

No que respeita ao autorrelato da QdVRSO, concluiu-se que o *score* mais elevado numa das dimensões do OHIP-14-PT é preditor de impacto da saúde oral nas restantes dimensões confirmando-se, desta forma, que o *status* de saúde oral é determinante da saúde em geral e da QdV do indivíduo. Da mesma forma, evidenciou-se que a *Dor física* e a *Incapacidade física* foram as dimensões mais pontuadas e a *Incapacidade social* e a *Desvantagem* as menos pontuadas. Este facto traduz a maior importância que o idoso atribui à função da cavidade oral e ao conforto físico secundário à condição oral em

detrimento das componentes psicossociais. Ainda que o autorrelato da QdVRSO reporte à experiência subjetiva do indivíduo no que respeita ao seu bem-estar funcional, social e psicológico, importa ter presente que o idoso vivencia mudanças de caráter psicológico ao longo do ciclo vital que, por vezes, resultam em isolamento social e solidão. Assim, apesar da institucionalização em ERPI ser facilitadora da interação social entre os indivíduos, infere-se que o desinteresse pelas atividades de vida diária pode determinar a subvalorização das competências psicossociais enquanto determinantes da QdV em geral.

A pesquisa em ciências sociais apresenta, por inerência, algumas limitações que devem ser consideradas na análise e interpretação dos resultados, a fim de limitar o possível viés.

Para a investigação da QdVRSO de idosos institucionalizados optou-se pelo desenho de um estudo transversal, sendo esta decisão fundamentada no horizonte temporal definido. Contudo, este facto limita a possibilidade da determinação de uma relação causal entre as variáveis estudadas e a QdVRSO. Considera-se, no entanto, que os resultados apresentados são válidos e representativos da população idosa estudada, permitindo a caracterização da sua QdVRSO.

Atendendo à dimensão da amostra estudada, não é exequível a generalização dos resultados à população de idosos institucionalizados em ERPI. Porém, os dados aferidos podem constituir o ponto de partida para a reflexão e a sensibilização necessárias à mudança do paradigma da saúde oral num *setting* que é vulnerável e fundamentar a intervenção dos cuidadores formais por forma a promover a QdV.

No desenvolvimento da presente investigação, a escassez de estudos prévios apresentou-se como uma barreira, na medida em que, apesar da QdVRSO em idosos ser uma temática que emerge no estudo das ciências sociais, a institucionalização em ERPI é ainda uma variável não estudada, contribuindo para que a evidência científica seja diminuta. Considera-se, pelo referido, que as limitações encontradas podem cimentar futuras investigações proporcionando contributos baseados na evidência.

O enfermeiro, pelas competências que lhe são inerentes e enquanto profissional de saúde de proximidade com o indivíduo, assume uma posição de destaque no que respeita à prevenção primária. Assim, sugere-se que, com fundamento no conhecimento que detêm relativamente aos preditores da QdVRSO, os enfermeiros estruturam programas de promoção da saúde oral no idoso, sendo pertinente a definição de um plano

interdisciplinar que objetive a melhoria da QdVRSO, promovendo o envelhecimento ativo.

De igual forma, considera-se oportuno que o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, fazendo uso das suas competências específicas, promova a capacitação de grupos e da comunidade, nomeadamente através do incremento da literacia em saúde oral nos idosos e nos cuidadores formais. Nas ERPI, é premente a sensibilização dos cuidadores diretos e dos dirigentes para a importância da manutenção de hábitos de higiene oral regulares e enquadrados no cuidado geral ao indivíduo, assim como a necessidade de favorecer o acesso e estimular os comportamentos de procura de cuidados de saúde oral. Os dados obtidos neste estudo encaminham para a necessidade de incutir na população idosa a premissa de que a condição oral pode ser mantida ao longo do ciclo vital, proporcionando um nível mais elevado de saúde em geral e de QdV.

Apesar de, atualmente, o SNS contemplar a disponibilização de serviços afetos à saúde oral, urge a efetivação mais abrangente das políticas direcionadas para o idoso de forma a que estas se tornem acessíveis aos mais desfavorecidos. Assim, sugere-se a definição de indicadores de impacto sensíveis às intervenções de enfermagem alocadas à saúde oral do idoso, tendo presente que o enfermeiro e, particularmente, o enfermeiro com competências acrescidas em saúde comunitária são, por inerência das suas funções, um elo fundamental nas ações de promoção da literacia e de empoderamento de indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, A. - **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Adaptação linguística e cultural do OHIP-14**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2014. Tese de mestrado.

AFONSO, A. [et al.] - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: validação portuguesa do OHIP-14. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Vol. 18, Nº 2 (2017), p. 374-388.

AFONSO, A. e SILVA, I - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral e Variáveis Associadas: Revisão integrativa. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Vol. 16, Nº 3 (2015), p. 311-330.

AGUDELO-SUÁREZ, A. [et al.] - Salud bucal y genero en relación a la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín: Los puntos de vista del personal de salud. **Universidad y Salud**. (2016), p. 58-68.

ALLEN, P. - Assessment of oral health related quality of life. **Health and quality of Life Outcomes**. Vol. 1, Nº 40 (2003), p. 1-8.

ALMOZNINO, G. [et al.] - Lifestyle and dental attendance as predictors of oral health-related quality of life. **Oral Diseases**. Vol. 21 (2015), p. 659-666.

ALZATE-URREA, S. [et al.] - Calidade de vida y salud bucal: Perspetiva de adultos mayores atendidos en la rede hospitalaria pública de Medellín, Colombia. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**. Vol. 14, Nº 29 (2015), p. 83-96.

ANTUNES, S. - **Avaliação da Saúde Oral num Grupo de Idosos Institucionalizados no Concelho de Vagos**. Porto : Universidade Fernando Pessoa, 2013. Tese de mestrado.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL - **Declaração de Helsínquia - Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos**. Fortaleza, 2013.

ATCHISON, K. [et al.] - Using patient self-report data to evaluate orofacial surgical outcomes. **Community Dent Oral Epidemiol**. Vol. 34 (2006), p. 93-102.

BARBATO, P. e PERES, K. - Contextual socioeconomic determinants of tooth loss in adults and elderly: a systematic review. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Vol. 18, Nº 2 (2015), p. 357-371.

BELDIMAN, M. [et al.] - Quality of Life and Psychological and Social Aspects for Elderly Patients - The Oral Health Impact Profile Questionnaire. **Romanian Journal of Oral Rehabilitation**. Vol. 9, Nº 1 (2017), p. 39-46.

BENNADI, D. e REDDY, C. - Oral Health Related Quality of Life. **J Int Soc Prev Community Dent**. Vol. 3, Nº 1 (2013), p. 1-6.

BLOOM, D. [et al.] - Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. **The Lancet**. Vol. 385 (2015), p. 649-657.

BONITA, R. [et al.] - **Epidemiologia Básica**. São Paulo : Livraria Santos Editora Comp. Imp. Ldª, 2010.

BULGARELLI, J. [et al.] - Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 52, Nº 44 (2018), p. 1-9.

CALADO, R. [et al.] - **III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos**. Lisboa : DGS, 2015.

CARDOSO, R. - Necessidade de Execução de Tratamentos de saúde Oral em Idosos Institucionalizados. Viseu: Universidade Caótila Portuguesa, Departamento de Ciências da Saúde, 2014. Dissertação de mestrado.

CASTREJÓN-PÉREZ, R. [et al.] - Negative impact of oral health conditions on oral health quality of life of community dwellin elders in Mexico city, a population based study. **Geriatrics Gerontology Int**. Vol. 17 (2017), p. 744-752.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Water, Sanitation & Environmentally-related Hygiene. **Dental hygiene**. [Em linha] (2016). [Consultado em 13 de outubro de 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/dental/index.html>>.

CENTRO DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PORTUGAL - **Governos afirmam conceito de "Sociedade para Todas as Idades"**. ONU Portugal, s.d.

CIRCULAR INFORMATIVA Nº 04/DSPPS/DCVAE - **Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Grávidas e Idosos beneficiários do complemento solidário**. Lisboa : DGS, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA - **Integridade na Investigação Científica - Recomendação**. 2018.

CORNEJO, M. [et al.] - Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. Vol. 18, Nº 2 (2013), p. e285-e292.

COUTINHO, C. - **Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática**. Coimbra : Almedina, 2ª Edição, 2014. ISBN: 978-972-40-5137-6.

CUNHA, M. [et al.] - Intervenção dos enfermeiros na promoção da saúde oral em idosos. Revisão sistemática da literatura. **Millenium**. Vol. 46 (2014), p. 167-178.

DALLASTA, T. [et al.] - Quality of life related to oral health among elderly of a socialization group. **O Mundo da Saúde**. (2019), p. 418-437.

DARTEVELLE, S. e FUKAI, K. - An in-depth look at oral health and healthy ageing. **FDI World Oral Health Forum** [Em linha] (2018). [Consultado em 9 de novembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.fdiworldddental.org/news/20180711/an-in-depth-look-at-oral-health-and-healthy-ageing>>.

DESPACHO N° 4742/2014 - **Diário da República, 2ª Série**. N° 37 (2 de abril de 2014) p. 8860-8869.

DESPACHO N° 8861-A/2018 - **Diário da República, 2ª Série**. N° 180 (18 de setembro de 2018) p.25678-(2)-25678-(3)

DGS - **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral**. [Em linha] (2014). [Consultado em 22 de setembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.saudeoral.min-saude.pt>>.

— - **Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020**. Lisboa : DGS, 2015.

— - **Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho nº 12427/2016).** Lisboa: DGS, 2017.

— - **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Portugal 2019.** Lisboa : DGS, 2019.

DGS - DIVISÃO DE DOENÇAS GENÉTICAS, CRÓNICAS E GERIÁTRICAS - **Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas.** Lisboa : DGS, 2006. ISBN 972-675-155-1.

DICIONÁRIO INFOPÉDIA DA LÍNGUA PORTUGUESA - **Infopédia Dicionários Porto Editora.** [Em linha] (2003-2020). [Consultado em 13 de março de 2020]. Disponível em WWW: <URL:<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>>.

ECHEVERRIA, M. [et al.] - Oral health-related quality of life in older adults - longitudinal study. **Gerontology.** Vol. 36 (2019), p. 118-124.

EUROSTAT - Estrutura populacional e envelhecimento. [Em linha] (2019). [Consultado em 4 de setembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL:https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt>.

FDI - **El Desafío de las Enfermedades Bucodentales. Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental.** Myriad Editions, 2ª Edição, 2015. ISBN: 978-2-9700934-9-7.

— - **The Challenge of Oral Disease. A call for Global action. The Oral Health Atlas.** Genebra : FDI World Dental Federation, 2015a. ISBN: 978-2-9700934-8-0.

— - FDI's Definition of oral health. **FDI**. [Em linha] (2016). [Consultado em 21 de setembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>>.

— - **Como viver com uma boca saudável ao longo da vida**. Genebra : FDI World Dental Federation, 2017.

FERREIRA, M. [et al.] - Social representation of older adults regarding quality of life. **Revista Brasileira Enfermagem**. Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of care in Gerontology Nursing", Vol. 70, Nº 4 (2017), p. 840-847.

FISHER, J. [et al.] - Strengthening oral health for universal health coverage. **The Lancet**. Vol. 392 (2018), p. 899-901.

FLECK, M. - O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 5, Nº 1 (2000), p. 33-38.

FORTIN, M. - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures : Lusodidata, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS E HELPAGE INTERNATIONAL - **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Fundo de População das Nações Unidas e HelpAge International, 2012.

FURTADO, C. e PEREIRA, J. - **Equidade e acesso aos cuidados de saúde**. 2010.

GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO - MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL - **Carta Social - Rede de Serviços e**

Equipamentos 2017. Lisboa : Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2017. ISBN: 978-972-704-422-1.

— - Carta Social 2018. [Em linha] (2019). [Consultado em 6 de setembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=04&cod_concelho=02&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2107&nome=&localpostal>.

— - **Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2018.** Lisboa , 2019a. ISBN: 978-972-704-430-6.

GBD 2016 DISEASES AND INJURY AND PREVALENCE - Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet.** Vol. 390 (2017), p. 1211-1259.

GLICK, M. [et al.] - Ordem dos Médicos Dentistas. **Conduzir o Mundo a uma Ótima Saúde Oral - FDI Visão 2020. Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral.** [Em linha] (2012). [Consultado em 21 de setembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.omd.pt/observatorio/futuro/>>.

GOMES, M. [et al.] - Preditores Clínicos da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Idosos Diabéticos. **Revista de Enfermagem Referência.** Série IV, Nº 7 (2015), p. 81-89.

GUADALUPE, S. e CARDOSO, J. - As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa. **Revista Sociedade e Estado.** Vol. 33, Nº 1(2018), p. 215-250.

HERNÁNDEZ, J. [et al.] - Oral Health Quality of Life. **Emerging Trends in Oral Health Sciences and Dentistry**. 2015, p. 691-715.

HERNANDEZ SAMPIERI, R. [et al.] - **Metodologia de la Investigación**. México : McGrawHill/Interamericana Editores, 2010. ISBN: 978-607-15-0291-9.

INE - **Censos 2011 Resultados Definitivos Portugal**. Lisboa : INE, I.P., 2012. ISBN 978-989-25-0181-9.

— - **Projeções da População Residente 2015-2080**. INE, 2017.

— - **Anuário Estatístico da Região Norte 2017**. Lisboa : INE, I.P., 2018. ISSN 0871-911X.

JEREZ-ROIG, J. [et al.] - Autoperceção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 21, Nº 11 (2016), p. 3367-3375.

KOSSIONI, A. [et al.] - An Expert Opinion from the European College of Gerodontology and the European Geriatric Medicine Society: European Policy Recommendations on Oral Health in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**. Vol. 66 (2018), p. 609-613.

LINI, E. [et al.] - Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. Vol. 19, Nº 6 (2016), p. 1004-1014.

LOCKER, D. - Concepts of oral health, disease and quality of life. In SLADE, G. - **Measuring oral health quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, 1996. p. 11-23.

LOCKER, D. [et al.] - Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. **Cleft Palate Craniofac J.** Vol. 42 (2005), p. 260-266.

LOCKER, D. e QUIÑONEZ, C. - Functional and Psychosocial Impacts of Oral Disorders in Canadian Adults: A National Population Survey. **JCDA.** Vol. 75, Nº 7 (2009), p. 521-521e.

LOCKER, D. - Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health.** Vol. 5, Nº 1 (1988), p. 3-18.

LOURENÇO, A. e BARROS, P. - **Cuidados de Saúde Oral | Universalização.** Lisboa, 2016.

MARTINS, A. [et al.] - Autoperceção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Revista Saúde Pública.** Vol. 44, Nº 5 (2010), p. 912-922.

MASOOD, M. [et al.] - The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. **Journal of Dentistry.** Vol. 56 (2017), p. 78-83.

MATA, C. [et al.] - The relationship between oral-health-related quality of life and general health in an elderly population: A cross-sectional study. **Gerodontology.** Vol. 36 (2019), p. 71-77.

MONTEIRO, A. - **Cuidados de Saúde Oral Aplicados a Idosos Institucionalizados Dependentes.** Viseu : Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2018. Dissertação de mestrado.

MONTEIRO, A. - **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Pacientes com Diabetes tipo 2: Relação com Variáveis Sociodemográficas, Comportamentais e Clínicas**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública, 2018a. Dissertação de mestrado.

MOTALLEBNEJAD, M. [et al.] - The evaluation of oral health-related factors on quality of life of the elderly in Babol. **Contemp Clin Dent**. Vol. 6, Nº 3 (2015), p. 313-317.

MOZAFARI, P. [et al.] - Oral Health Related Quality of Life in a Group of Geriatrics. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. Vol. 9, Nº 11 (2015), p. 52-55.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE - Oral health for adults in care homes. **NICE guideline**. 2016.

NUNES, C. e AFONSO, A. - **Estatísticas e Probabilidades. Aplicações e Soluções em SPSS**. Escolar Editora, 2010. ISBN 9789725922996.

OLIVEIRA, E. [et al.] - Quality of life and oral health among hypertensive and diabetic people in a Brazilian Southeastern city. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 23, Nº 3 (2018), p. 763-772.

OMD - **Barómetro da Saúde Oral**. OMD, 4ª Edição, 2019.

— - Prevenção e higiene oral. **Saúde oral**. [Em linha] (2019a). [Consultado em 13 de outubro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.omd.pt/publico/prevencao-higiene-oral/>>.

— - **Barómetro da Saúde Oral**. 5ª Edição, 2019b.

— - **Os Números da Ordem.** OMD, 2019c.

PAÇÔ, M. - **Avaliação do impacto da saúde oral em utentes diabéticos com idade superior ou igual a 65 anos.** Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, 2014. Tese de mestrado.

PATEL, R. - **The State of Oral Health in Europe Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe.** Oral Health European Platform, 2012.

PENETRO, F. - **As representações sociais sobre o processo de envelhecimento de idosos beneficiários do Serviço de Apoio Domiciliário e de idosos residentes em Estrutura Residencial.** Porto: Instituto Superior de Serviço Social, 2017. Tese de mestrado.

PESTANA, M. e GAGEIRO, J. - **Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementariedade do SPSS.** Lisboa : Edições Sílabo, 6ª Edição, 2014. ISBN: 978-972-618-775-2.

PORDATA - BI das regiões: Bragança. PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo. [Em linha] (2019). [Consultado em 6 de setembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.pordata.pt/Municipios>>.

— - Taxa de risco de pobreza por grupo etário: antes e após transferências sociais. **PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo.** [Em linha] (2019a). [Consultado em 17 de setembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+risco+de+pobreza+por+grupo+etário+antes+e+após+transferências+sociais-3009>>.

— - Indicadores de envelhecimento. **PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo.** [Em linha] (2019b). [Consultado em 19 de setembro de 2019].

Disponível em WWW: <URL: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526-3741>>.

— - Municípios. **PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo**. [Em linha] (2019c). [Consultado em 10 de março de 2020]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+longevidade-457>>.

— - Óbitos e Esperança de Vida. **PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo**. [Em linha] (2019d). [Consultado em 10 de março de 2020]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.pordata.pt/Subtema/Municipios/Óbitos+e+Esperança+de+Vida-213>>.

— - Escolaridade da População. **PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo**. [Em linha] (2020). [Consultado em 10 de março de 2020]. Disponível em WWW: <URL: [https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentage+m\)-2266](https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentage+m)-2266)>.

PORTER, J. [et al.] - The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. **Health and Quality of Life Outcomes**. Vol. 13, Nº 102 (2015) p. 1-8.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. - **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa : Gradiva, 2008. ISBN: 972-662-275-1.

REDONDO, N. [et al.] - Modalidades de allegamiento residencial en la población adulta mayor argentina e mexicana: determinantes socioeconómicos e diferencias regionales. **Estudios Demográficos e Urbanos**. Vol. 30, Nº 3 (2015), p. 597-649.

REKHI, A. [et al.] - Periodontal status and oral health-related quality of life in elderly residents of aged care homes in Delhi. **Geriatrics Gerontology International**. Vol. 16 (2016), p. 474-480.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA Nº 1/2001. – **Diário da República, I Série**. Nº 2 (de 3 de janeiro de 2001) , p. 14-36.

RIBEIRO, D. [et al.] - 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**. Vol. 53, Nº 4 (2012), p. 221-226.

ROCHA, E. [et al.] - Impact of Tooth Loss on Quality of Life. **Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic**. 2016, Vol. 16, Nº 1 (2016), p. 69-78.

RODRIGUES, G. - **Adaptação para a população portuguesa de instrumentos de avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida**. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, 2015. Tese de mestrado.

ROMÁN, X. [et al.] - Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en los Adultos Mayores. **Texto Contexto Enferm**. Vol. 26, Nº 2 (2017), p. 2-10.

SÁEZ-PRADO, B. [et al.] - Oral health and quality of life in the municipal senior citizen's social clubs for people over 65 of Valencia, Spain. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. Vol. 21, Nº 6 (2016), p. e672-e678.

SAARELA, R. [et al.] - Dentition status, malnutrition and mortality among older service housing residents. **Journal of Nutrition, Health and Aging**. Vol. 18, Nº 1 (2014), p. 34-38.

SANTOS, J. [et al.] - Oral Hygiene habits in Portugal: results from the first Health Examination Survey (INSEF 2015). **Acta Odontologica Scandinavica**. (2019), p. 1-6.

SHAGHAGHIAN, S. [et al.] - Oral health-related quality of life removable partial denture wearers and related factors. **Journal of Oral Rehabilitation**. Vol. 42 (2015), p. 40-48.

SILVA, D. [et al.] - Self-perceived oral health and associated factors among the elderly in Campinas, Southeastern Brazil, 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 45, Nº 6 (2011), p. 1145-1153.

SILVA, I. - Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral. **Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa**. [Em linha] (2007). [Consultado em 16 de outubro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/452>>.

SILVA, I. [et al.] - Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**. Vol. 17, Nº 2 (2014), p. 275-287.

SKOŚKIEWICZ-MALINOWSKA, K. [et al.] - Oral Health and Quality of Life in Old Age: A Cross-Sectional Pilot Project in Germany and Poland. **Adv Clin Exp Med**. Vol. 25, Nº 5 (2016), p. 951-959.

SLADE, G. - Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry Oral Epidemiology**. Vol. 25 (1997), p. 284-290.

SLADE, G. e SPENCER, A. - Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dental Health**. Vol. 11, Nº 1 (1994), p. 3-11.

SLADE, G. - Oral health-related quality of life is important for patients, but what about populations?. **Community Dent Oral Epidemiol.** Vol. 49, Suplemento N° 2 (2012), p. 39-42.

SOARES, E. - The Care of Institutionalized Elderly: Principles for Action of Multidisciplinary Team. **Gerontology&Geriatric Research.** Vol. 3, N° 5 (2014), p. 1-5.

SOUSA, P. [et al.] - Differences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) used as a questionnaire or in a interview. **Braz Oral Res.** Vol. 23, N° 4 (2009), p. 358-364.

SOUSA, S. - **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral.** Coimbra : Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, 2016. Tese de mestrado.

SOUZA, M. [et al.] - Estudo Populacional Sobre Determinantes da Autopercepção da Saúde de Idosos Residentes em Comunidade. *Ciencia y Enfermería.* Vol. XXII, N° 2 (2016), p. 13-26.

SÔNEGO, P. [et al.] - Autopercepção da saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados do Município de Araraquara - SP. **Revista Uniara.** Vol. 16, N° 2 (2013), p. 37-53.

THE WHOQOL GROUP - The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine.** Vol. 41, N° 10 (1995), p. 1403-1409.

ULINSKI, K. [et al.] - Factors related to oral health-related quality of life of independent brazilian elderly. **Internacional Journal of Dentistry.** Vol. 2013, ID 705047 (2013), p. 1-8.

UMNIYATI, H. [et al.] - The relationship between anterior tooth loss and quality of life among elderly in Posbindu, bojongnangka, Kelapa Dua Sub-District, Tangerang, Jakarta-Indonesia. **Bali Medical Journal**. Vol. 7, N° 3 (2018), p. 626-630.

UNITED NATIONS - **Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**. Nova Iorque : United Nations, 2002.

— - **Transforming Our World: The 2030 Agenda For Sustainable Development**. United Nations, 2015.

UNITED NATIONS - DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION - **World Population Prospects 2019: Data Booklet**. United Nations, 2019.

— - **World Population Prospects 2019: Highlights**. Nova Iorque : United Nations, 2019a. ISBN: 978-92-1-148316-1.

VERBREE, L. [et al.] - Oral health care in older people in long term care facilities: A systematic review of implementation strategies. **International Journal of Nursing Studies**. Vol. 50 (2013), p. 569-582.

WATT, R. [et al.] - London Charter on Oral Health Inequalities. **Journal of Dental Research**. Vol. 95, N° 3 (2016), p. 245-247.

WHO - **Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the International Health Conference**. Nova Iorque : WHO, 1946.

— - **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of diseases.** Genebra : WHO, 1980. ISBN 92 4 154126 1.

— - **Health Promotion: a discussion document.** Genebra : WHO, 1984.

— - **Programme on Mental Health. WHOQOL: Measuring quality of life.** Genebra : WHO Publications, 1997.

— - **Men Ageing And Health - Achieving health across life span.** WHO, 1999.

— - **Active Ageing, A Policy Framework.** Madrid : WHO, 2002.

— - **The Objectives of the WHO Global Oral Health Programme.** [Em linha] (2002a). [Consultado em 22 de setembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: https://www.who.int/oral_health/objectives/en/>.

— - **Concepts and methods of community-based initiatives. Community-Based Initiatives Series.** Genebra : WHO, 2003.

— - **Oral Health in Ageing Societies. Integration of Oral health and General Health.** Genebra : WHO, 2005. ISBN 978 92 4 159450 1.

— - **Equity, social determinants and public health programmes.** Genebra : WHO, 2010. ISBN 978 92 4 156397.

— - **Good Health add Life to Years - Global Brief for World Health Day.** Genebra : WHO, 2012.

— - **Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** Genebra : World Health Organization, 2015.

— - **Tokyo Declaration on Dental Care and Oral Health for Healthy Longevity .** [Em linha] (2015a) [Consultado em 15 de outubro de 2019]. Disponível em WWW: URL: <https://www.who.int/oral_health/tokyodeclaration_final.pdf>.

— - **Global strategy and action plan on ageing and health.** Genebra : World Health Organization, 2017. ISBN 978-92-4-151350-0.

— - Ageing and health. **World Health Organization.** [Em linha] (2018). [Consultado em 8 de setembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>>.

— - **Classifications. ICD-11 is here!** [Em linha] (2018a). [Consultado em 24 de outubro de 2019]. Disponível em WWW: <URL:<https://www.who.int/classifications/icd/en/>>.

— - **Oral Health - Important target groups.** [Em linha] (2019). [Consultado em 21 de setembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL:https://www.who.int/oral_health/action/groups/en/index1.html>.

— - **Cobertura Universal de saúde.** [Em linha] (2019a). [Consultado em 23 de setembro de 2019]. Disponível em WWW: <URL:[https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc))>.

WHO - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - **Evidence and resources to act on health inequities, social determinants and meet the SDGs.** Copenhaga : WHO, 2019.

WORLD CONGRESS - **Tokyo Declaration on Dental Care and Oral Health for Healthy Longevity.** Tóquio, 2015.

ZANESCO, C. [et al.] - Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. Vol. 21, Nº 3 (2018), p. 293-303.

ZUCOLOTO, M. [et al.] - Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**. Vol. 16, Nº 55 (2016), p. 1-6

ANEXOS

Anexo 1

Instrumento de recolha de dados

O questionário que a seguir se apresenta visa a recolha de dados para o estudo **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral de Idosos Institucionalizados**. A referida investigação objetiva aferir a autoperceção do idoso sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida (QdV). Pretende-se ainda caracterizar os hábitos de higiene oral e identificar os determinantes sociodemográficos relacionados com a QdV relacionada com a saúde oral.

Solicita-se que responda a um conjunto de questões com base nas indicações fornecidas em cada enunciado. Por favor, **responda a todas as questões colocadas**.

O preenchimento do instrumento de recolha de dados para o qual solicitamos a sua colaboração é **anónimo**, estando **garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos**. Antes do preenchimento do questionário, ser-lhe-á solicitado que assine um **consentimento informado** por forma a expressar a sua livre vontade em participar no estudo.

A informação recolhida será destruída após o respetivo tratamento estatístico e término do estudo.

A autora do presente estudo **agradece antecipadamente a sua colaboração e participação**.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nesta secção é-lhe pedido que responda a questões relacionadas com **variáveis sociodemográficas**.

(Colocar uma X na resposta adequada)

Nome completo (colocar apenas as iniciais): _____

Instituição onde reside _____

Data: ____ / ____ / ____

Residência anterior à institucionalização Urbana
Rural

Idade ____ Anos **Género** Masculino
Feminino

Estado civil Solteiro(a)
Casado(a)
Divorciado(a)
Separado(a)
União de facto
Viúvo(a)

Nível de escolaridade Sem escolaridade
1º Ciclo do Ensino Básico (1 - 4 anos)
2º Ciclo do Ensino Básico (5 - 6 anos)
3º Ciclo do Ensino Básico (7 - 9 anos)
Ensino Secundário
Ensino Superior

Atividade profissional Ativo
Reformado

Tipo de atividade que exerce/exerceu? _____

DADOS CLÍNICOS E HÁBITOS DE SAÚDE

Nesta secção é-lhe pedido que responda a questões relacionadas com **dados clínicos e hábitos de saúde**.

(Por favor **coloque uma X** na resposta adequada)

Sofre de alguma doença? Sim Qual? _____
Não

Habitualmente toma algum tipo de medicação? Sim Qual? _____
Não

Hábitos tabágicos

Nunca fumou	<input type="checkbox"/>
Fumou mas já não fuma	<input type="checkbox"/>
Fuma 1-10 cigarros/dia	<input type="checkbox"/>
Fuma 10-20 cigarros/dia	<input type="checkbox"/>
Fuma mais de 20 cigarros/dia	<input type="checkbox"/>

Hábitos etílicos

Nunca bebeu	<input type="checkbox"/>
Bebeu mas já não bebe	<input type="checkbox"/>
Bebe raramente	<input type="checkbox"/>
1-2 copos/refeição	<input type="checkbox"/>
Mais de 2 copos/refeição	<input type="checkbox"/>
Bebe também fora da refeição	<input type="checkbox"/>

Nos últimos 12 meses, qual a consistência dos alimentos que melhor se adequa à sua condição oral?

Cremosa (exclusivamente alimentos triturados)	<input type="checkbox"/>
Mole (alimentos cozinhados ou de consistência mole)	<input type="checkbox"/>
Qualquer consistência (todo o tipo de alimentos)	<input type="checkbox"/>

Nos últimos 12 meses sentiu necessidade de alterar a consistência da sua dieta devido a problemas da boca, dentes ou prótese dentária?

Sim
Não

Nos últimos 12 meses sentiu necessidade de reduzir a quantidade de alimentos ingeridos devido a problemas da boca, dentes ou prótese dentária?

Sim
Não

HÁBITOS DE SAÚDE ORAL

Nesta secção é-lhe pedido que responda a questões relacionadas com **hábitos de saúde oral**.

(Por favor **coloque uma X na resposta adequada**)

Costuma frequentar consultas de profissionais de saúde oral?

- Sim, com regularidade
- Sim, quando é necessário
- Não

Se respondeu *Sim, com regularidade* à questão anterior, com que periodicidade frequenta as consultas de profissionais de saúde oral?

- 1 vez/ano
- 2 vezes/ano
- Mais de 2 vezes/ano

Qual a data da última consulta com um profissional de saúde oral?

- Menos de 1 ano
- 1 – 3 anos
- Mais de 3 anos
- Nunca fui a uma consulta
- Não sei/Não tenho a certeza

Por que motivo consultou um profissional de saúde oral nos últimos 2 anos (pode escolher mais do que uma opção)?

- | | | | |
|---|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Vigilância da saúde da boca | <input type="checkbox"/> | Extração dentária | <input type="checkbox"/> |
| Tratamento dentário | <input type="checkbox"/> | Situação de urgência | <input type="checkbox"/> |
| Motivos relacionados com a prótese dentária | <input type="checkbox"/> | Não consultei | <input type="checkbox"/> |

Se respondeu *Não consultei* na questão anterior, por que motivo não consultou um profissional de saúde oral nos últimos 2 anos (pode escolher mais do que uma opção)?

- Não considero importante
- Custo das consultas
- Tenho dificuldade em aceder às consultas
- Medo
- Outro
- Especifique: _____

HÁBITOS DE SAÚDE ORAL

Nesta secção é-lhe pedido que responda a questões relacionadas com **hábitos de saúde oral**.

(Por favor **coloque uma X na resposta adequada**)

Relativamente aos seus hábitos de higiene oral, selecione a resposta adequada (se não usa prótese dentária, nas questões 5 e 6 selecione a opção *Não aplicável*).

1. *Tem o hábito de escovar os dentes e a boca?*
- | | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |
2. *Com que frequência escova os dentes e a boca?*
- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Nunca | <input type="checkbox"/> |
| De manhã | <input type="checkbox"/> |
| Após as refeições | <input type="checkbox"/> |
| Antes de deitar | <input type="checkbox"/> |
| De manhã e antes de deitar | <input type="checkbox"/> |
3. *Quando escova os dentes e a boca, qual o material que utiliza (pode escolher mais do que uma opção)?*
- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Escova dentária | <input type="checkbox"/> | Água | <input type="checkbox"/> |
| Espanja de higiene oral | <input type="checkbox"/> | Colutório | <input type="checkbox"/> |
| Pasta dentífrica | <input type="checkbox"/> | Não escovo os dentes e a boca | <input type="checkbox"/> |
| Fio dentário | <input type="checkbox"/> | | |
4. *Com que frequência troca a escova dentária?*
- | | | | |
|-------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 3/3 meses | <input type="checkbox"/> | Quando está visivelmente danificada | <input type="checkbox"/> |
| 6/6 meses | <input type="checkbox"/> | Não uso escova dentária | <input type="checkbox"/> |
| 12/12 meses | <input type="checkbox"/> | Não sei/não tenho a certeza | <input type="checkbox"/> |
5. *Com que frequência escova a prótese dentária?*
- | | | | |
|-------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | Antes de deitar | <input type="checkbox"/> |
| De manhã | <input type="checkbox"/> | De manhã e antes de deitar | <input type="checkbox"/> |
| Após as refeições | <input type="checkbox"/> | Não aplicável | <input type="checkbox"/> |
6. *Quando escova a prótese dentária, qual o material que utiliza (pode escolher mais do que uma opção)?*
- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Escova dentária | <input type="checkbox"/> | Colutório | <input type="checkbox"/> |
| Espanja de higiene oral | <input type="checkbox"/> | Não escovo a prótese dentária | <input type="checkbox"/> |
| Pasta dentífrica | <input type="checkbox"/> | Não aplicável | <input type="checkbox"/> |
| Água | <input type="checkbox"/> | | |

HÁBITOS DE SAÚDE ORAL

Nesta secção é-lhe pedido que responda a questões relacionadas com **hábitos de saúde oral**.

(Por favor **coloque uma X na resposta adequada**)

Considere a sua situação de saúde atual para responder às questões que se seguem.

1. *Utilizando a escala que se segue, como avalia a sua saúde oral?*

Má	Razoável	Boa	Muito boa
-----------	-----------------	------------	------------------

2. *Utilizando a escala que se segue, em que medida considera que a sua saúde oral afeta a sua qualidade de vida?*

Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
-------------	--------------	----------------------	--------------

3. *Tem dentes naturais?*

- Sim
Não

4. *Tem zonas edêntulas (com falhas de dentes)?*

- Sim
Não

5. *Tem prótese dentária?*

- Sim
Não

6. *Tem algum problema com a boca ou prótese dentária que o façam pensar que necessita de uma consulta com um profissional de saúde oral?*

- Sim
Não

QUESTIONÁRIO *Oral Health Profile Impact* (OHIP-14-PT)

(Afonso [et al.], 2017)

Neste questionário, é-lhe solicitado que responda às questões apresentadas pensando na frequência com que sentiu o problema nos **últimos 12 meses**.

(Por favor, coloque um círculo à volta da sua resposta)

1. Tem sentido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
2. Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
3. Teve alguma dor persistente/continuada na boca?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
4. Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
5. Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
6. Tem-se sentido tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
7. A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
8. Tem tido que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
9. Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
10. Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
11. Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
12. Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
13. Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE
14. Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE

Muito Obrigada Pela Sua Colaboração.

Anexo 2

Apresentação do estudo

Questionário de caracterização dos residentes das ERPI

Olga Alexandra Moura Ramos
E-mail: holga82ramos@gmail.com

Exmº Sr. Diretor Técnico

Assunto: Pedido de participação em estudo de investigação

Pedido de informação para caracterização da população residente

Olga Alexandra Moura Ramos, enfermeira na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. e aluna do Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontra-se a realizar um estudo de investigação subordinado ao tema *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral de Idosos Institucionalizados*, cuja população alvo são os idosos institucionalizados nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho de Bragança.

O referido estudo está enquadrado na dissertação de natureza científica que pretende desenvolver e tem a orientação da Professora Doutora Maria de La Salette Rodrigues Soares, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Com a sua realização objetiva-se aferir a autoperceção dos idosos sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida. Pretende-se ainda caracterizar os hábitos de higiene oral e identificar os determinantes sociodemográficos que se repercutem na qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

A consecução do presente estudo requer a caracterização prévia da população alvo, assim como a aferição dos recursos disponibilizados pelas instituições onde os idosos se encontram a residir. Atendendo a que a população alvo é numerosa e se encontra dispersa por uma área geográfica abrangente, solicito a colaboração da Vossa Instituição para cooperar no estudo através do preenchimento do formulário que se anexa ao presente email.

Toda a informação obtida neste estudo é anónima e confidencial, não sendo os dados recolhidos revelados em qualquer circunstância que não se relacione com a presente investigação.

Caso considere pertinente a participação no estudo supra identificado, oportunamente ser-lhe-á endereçado o pedido de autorização para a sua execução e recolha de dados na população alvo.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Cumprimentos,

Olga M. Ramos

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral de Idosos Institucionalizados

Consentimento Informado

Olga Alexandra Moura Ramos, enfermeira na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. e aluna do Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontra-se a realizar um estudo de investigação subordinado ao tema *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral de Idosos Institucionalizados*, cuja população alvo são os idosos institucionalizados nas ERPI do concelho de Bragança.

O referido estudo está enquadrado na dissertação de natureza científica que pretendo desenvolver e tem a orientação da Professora Doutora Maria de La Salette Rodrigues Soares, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Com a sua realização objetiva-se aferir a auto percepção dos idosos sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida. Pretende-se ainda caracterizar os hábitos de higiene oral e identificar os determinantes sociodemográficos que interferem na qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Toda a informação obtida neste estudo é anónima e confidencial, não sendo os dados recolhidos revelados em qualquer circunstância que não se relacione com a presente investigação.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Ficaram claros, para mim, os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados e a garantia de confidencialidade. Aceito participar voluntariamente neste estudo, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de me justificar e sem qualquer prejuízo para mim.

Nome da Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI)

Dirigente da ERPI

CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE

Qual o número de idosos que residem atualmente na ERPI? _____

Quantos indivíduos com menos de 65 anos residem atualmente na ERPI? _____

Quantos idosos com 65 anos ou mais anos e menos de 80 anos residem atualmente na ERPI? _____

Quantos idosos com 80 ou mais anos residem atualmente na ERPI? _____

Dos idosos residentes com 65 ou mais anos, quantos têm nacionalidade portuguesa? _____

A equipa clínica da ERPI realiza regularmente avaliação do estado mental dos residentes?

Sim

Não

Se respondeu Sim na questão anterior, qual a escala que é utilizada? _____

Atualmente, quantos idosos (indivíduos com 65 ou mais anos) apresentam capacidade cognitiva preservada (caso a instituição não faça uso de nenhuma escala validada para a avaliação do estado mental dos residentes, considere para resposta a esta questão aqueles que estão orientados em relação à pessoa, tempo e espaço)? _____

CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS

A saúde oral dos idosos é uma preocupação para os dirigentes da ERPI?

Sim

Não

Não responde

A ERPI disponibiliza consultas periódicas com profissionais de saúde oral (médico dentista ou higienista oral)?

Sim, periodicamente

Sim, quando solicitado pelo idoso ou família

Não

A avaliação da saúde oral dos residentes é feita regularmente?

Sim

Não

Se respondeu Sim na questão anterior, quem é o responsável pela avaliação da saúde oral dos residentes?

Profissional de saúde da ERPI

Profissional de saúde oral externo à ERPI

Outro

Quem é o responsável pela higiene oral dos residentes?

O idoso, se tiver capacidade cognitiva preservada

O(a) ajudante de lar responsável pelo idoso se este não tiver capacidade cognitiva ou for dependente no autocuidado

Ambas as opções anteriores

Outro

Se respondeu *Outro* na questão anterior, especifique. _____

Há algum aspeto para a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde oral de idosos institucionalizados que queira sugerir? _____

Anexo 3

Parecer da Comissão de Ética da UICISA:E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

Parecer N° P624/11-2019

Título do Projecto: Qualidade de vida relacionada com a saúde oral de idosos Institucionalizados.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Olga Alexandra Moura Ramos

Filiação Institucional: ESS do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Investigador Responsável/Orientador: Maria de La Salette Rodrigues Soares

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

Integrado em Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo é apresentado estudo justificado pelo "... envelhecimento populacional... que exige a definição de políticas que respondam às novas necessidades de saúde...".

Tem como objetivos: "1. Avaliar a autopercepção do impacto da saúde oral na QdV de idosos institucionalizados. 2. Caracterizar os hábitos de higiene oral da população em estudo. 3. Identificar os determinantes sociodemográficos que influenciam a QdV relacionada com a saúde oral." proporcionando "... aos idosos a Qualidade de Vida (QdV) que lhes é devida."

Os participantes são "... idosos que cumpram os critérios de inclusão e residam nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho de Bragança".

Nos documentos submetidos:

- É justificada a pertinência e utilidade do estudo;
- Estão definidos os critérios de inclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados;
- São justificados os procedimentos para obtenção do consentimento informado;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes sendo apresentado termo de consentimento informado com texto explicativo sobre o projeto;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos não existindo recolha de qualquer dado que permita identificar os participantes na apresentação dos resultados;
- Não são identificados danos para os participantes;
- São apresentadas as autorizações de todas as instituições onde serão recolhidos dados.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado.

O relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 11/12/2019 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena B. Kelleo

Anexo 4

Pedido de autorização para realização do estudo

Olga Alexandra Moura Ramos
E-mail: holga82ramos@gmail.com

Exm^a Sr^a Dr^a ...

Diretor Técnico ...

Assunto: Pedido de autorização para a realização de estudo no âmbito de Dissertação de Mestrado

Olga Alexandra Moura Ramos, enfermeira na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. e aluna do Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, vem por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para a realização do estudo de investigação subordinado ao tema *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral de Idosos Institucionalizados*.

O referido estudo está enquadrado na dissertação de natureza científica que pretendo desenvolver e tem a orientação da Professora Doutora Maria de La Salette Rodrigues Soares, Doutora em Enfermagem e Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (anexo 4.1). Com a sua realização objetiva-se aferir a autoperceção do idoso sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida (QdV). Pretende-se ainda caracterizar os hábitos de higiene oral e identificar os determinantes sociodemográficos que se repercutem na QdV relacionada com a saúde oral.

Para a consecução do estudo supra-identificado, será implementado a todos os idosos com capacidade cognitiva preservada o instrumento de recolha de dados que se anexa ao presente documento¹⁴ pelo que, adicionalmente, solicito uma listagem dos residentes na instituição com 65 ou mais anos, nacionalidade portuguesa e que tenham capacidade de compreender e consentir a participação no estudo (para tal consideram-se todos os indivíduos conscientes e orientados no tempo, espaço e pessoa).

A participação do idoso no estudo é voluntária e não tem qualquer risco ou custo associado, podendo este desistir a qualquer momento sem que isso signifique qualquer consequência. Garante-se a proteção de dados pessoais uma vez que toda a informação obtida neste estudo é anónima e confidencial, não sendo a identidade dos participantes ou dados recolhidos revelados em qualquer circunstância que não se relacione com a presente investigação, sendo que cada idoso aceita participar no estudo através da assinatura do consentimento livre, esclarecido e informado que se anexa¹⁵.

¹⁴ Anexo 1 do documento final da dissertação de natureza científica

¹⁵ Anexo 5 do documento final da dissertação de natureza científica

A realização do estudo para o qual solicitamos a sua autorização assume extrema importância na atualidade e na realidade do contexto onde vai ser levado a cabo. À semelhança do que acontece na Europa e no Mundo, Portugal assiste a transformações demográficas que se pautam pelo envelhecimento das pessoas (DGS, 2017), o que se traduz num desafio para as sociedades, na medida em que estas são pressionadas a definir políticas que vão ao encontro das respostas necessárias para esta condição (WHO, 2012; Bloom, et al., 2015; DGS, 2017). Assim, torna-se premente garantir a melhor saúde possível na velhice por forma a alcançar o desenvolvimento sustentável e a oferecer aos idosos a QdV que lhes é devida.

A QdV é um conceito abrangente e influenciável pela saúde física e psicológica, grau de independência, relações sociais, crenças e relação do indivíduo com o contexto ambiental onde se insere (WHO, 1997). O *Global Health Programme* (WHO, 2002a) inclui a saúde oral no conceito global de saúde e considera-a essencial para a QdV.

Acrescento a nossa disponibilidade para esclarecer eventuais dúvidas e devolver os resultados finais obtidos com a investigação que encetamos.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Cumprimentos,

(Olga Alexandra Moura Ramos)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pela autora do estudo. Desta forma, autorizo a realização do estudo *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral de Idosos Institucionalizados* e permito a utilização dos dados recolhidos e que apenas serão utilizados para esta investigação e na garantia de anonimato e confidencialidade que me é assegurada pela investigadora.

Nome da ERPI: _____

Assinatura da investigadora: _____

Assinatura do Representante da ERPI: _____

Data: ____ / ____ / ____

Este documento é composto por duas páginas e feito em duplicado, sendo o original para a investigadora e a cópia para a instituição que consente.

Anexo 4.1

Termo de aceitação de orientação de mestrado



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior
de Saúde

Termo de Aceitação de Orientação de Mestrado

Maria de La Salete Rodrigues Soares, Doutora em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, declara que aceita orientar a dissertação da Mestranda em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, *Olga Alexandra Moura Ramos*.

Viana do Castelo, 22 de outubro de 2019.

Salete Soares

Anexo 5

Consentimento informado, livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

O presente documento contém informação importante relativa ao estudo para o qual foi convidado(a) a participar. Por favor, leia com atenção toda a informação que lhe é apresentada. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com a proposta que lhe foi feita, por favor assinie o documento.

Título do estudo: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral de Idosos Institucionalizados.

Identificação da equipa de investigação: Autoria de Olga Alexandra Moura Ramos, enfermeira na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. e aluna do Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, orientada pela Professora Doutora Maria de La Salette Rodrigues Soares, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Enquadramento:

A realização do estudo para o qual solicitamos a sua autorização assume extrema importância na atualidade e na realidade do contexto onde vai ser levado a cabo. À semelhança do que acontece na Europa e no Mundo, Portugal assiste a transformações demográficas que se pautam pelo envelhecimento das pessoas (DGS, 2017), o que se traduz num desafio para as sociedades, na medida em que estas são pressionadas a definir políticas que vão ao encontro das respostas necessárias para esta condição (WHO, 2012; Bloom, et al., 2015; DGS, 2017). Assim, torna-se premente garantir a melhor saúde possível na velhice por forma a alcançar o desenvolvimento sustentável e a oferecer aos idosos a QdV que lhes é devida.

A QdV é um conceito abrangente e influenciável pela saúde física e psicológica, grau de independência, relações sociais, crenças e relação do indivíduo com o contexto ambiental onde se insere (WHO, 1997). O *Global Health Programme* (WHO, 2002a) inclui a saúde oral no conceito global de saúde e considera-a essencial para a QdV.

Explicação do estudo: A investigação subordinada ao tema Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral de Idosos Institucionalizados objetiva aferir a autoperceção do idoso sobre o impacto da saúde oral na QdV. Pretende-se ainda caracterizar os hábitos de higiene oral e identificar os determinantes sociodemográficos relacionados com a QdV relacionada com a saúde oral.

A sua participação no estudo é voluntária e não tem qualquer risco ou custo associado, podendo desistir a qualquer momento sem que isso signifique qualquer consequência para si. Para a sua participação ser considerada válida, terá que preencher integralmente um questionário sociodemográfico e o OHIP-14-PT que investiga o impacto da saúde oral nas atividades de vida diárias. Ao colaborar na realização do estudo,

possibilita a produção de conhecimento científico na área, embora não possa ser dada garantia de que tenha benefícios diretos ou indiretos pela sua participação.

Toda a informação obtida neste estudo é anônima e confidencial, não sendo a sua identidade ou dados recolhidos revelados em qualquer circunstância que não se relacione com a presente investigação, exceto se o autorizar declaradamente e por escrito.

Assinatura da investigadora: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me dada a garantia da possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar no estudo *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral de Idosos Institucionalizados* e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço e que apenas serão utilizados para esta investigação e na garantia de anonimato e confidencialidade que me é assegurada pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura do Participante: _____

Data: ____ / ____ / ____

Este documento é composto por duas páginas e feito em duplicado, sendo o original para a investigadora e a cópia para a pessoa que consente.

Anexo 6

Autorização para a utilização do OHIP-14-PT

andrea afonso  

Recebido - Google 16 de setembro de 2019, 22:56

Re: Pedido de autorização para utilização do OHIP-14 - versão...

[Detalhes](#)

Para: Olga Ramos

Boa noite,
Autorizo a utilização do instrumento de avaliação.
Felicito-a pela escolha e pertinência do seu estudo.
Fico a aguardar pelas conclusões do vosso trabalho.
Votos de boas investigações.
Estou ao vosso dispor, caso necessitem.

Com os melhores cumprimentos,
Andraia Afonso