

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral da Pessoa Idosa

Ana Cecília Barbosa Martins Leitão

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em
Medicina Dentária (Ciclo Integrado)**

Gandra, 5 de junho de 2020

Ana Cecília Barbosa Martins Leitão

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em
Medicina Dentária (Ciclo Integrado)**

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral da Pessoa Idosa

**Trabalho realizado sob a Orientação de Prof. Doutor José António Pereira e
coorientação de Prof. Doutora Ana Paula Lobo**

Declaração de Integridade

Eu, acima identificado, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Declaração do Orientador

Eu, **José António Ferreira Lobo Pereira**, com a categoria profissional de Professor Doutor da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, tendo assumido o papel de Orientador da Dissertação intitulada “***Qualidade de Vida relacionado com a Saúde Oral da Pessoa Idosa***” do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Ana Cecília Barbosa Martins Leitão**, declaro que sou de parecer favorável para que a Dissertação possa ser depositada para análise do Arguente do Júri nomeado para o efeito para Admissão a provas públicas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Agradecimentos

Ao meu orientador Professor Doutor José António Ferreira Lobo Pereira pela orientação e pela disponibilidade, apoio e partilha de conhecimento que sempre demonstrou ao longo deste trabalho;

À minha coorientadora, Professora Doutora Ana Paula Lobo, por todo o acompanhamento, atenção e disponibilidade que apresentou em todos os momentos deste percurso;

A todos os docentes que me acompanharam durante estes cinco anos, por toda a atenção, ajuda e empenho que demonstraram;

A todos que me ajudaram, apoiaram e incentivaram nos momentos mais difíceis, um agradecimento especial minha amiga e binómio Raquel Monteiro, entre outros que não menciono o nome, mas que sabem quem são;

Por último, tendo consciência que sozinha nada disto seria possível, dirijo um agradecimento especial aos meus pais, meu namorado João e à minha amiga Mónica pelo seu apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência demonstrados e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo. A eles dedico este trabalho!

Resumo

A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral é uma medida multidimensional quantificada pela autoapreciação do estado de saúde, refletindo a experiência dos indivíduos sobre o seu bem-estar físico e psicossocial, determinando a procura pela prevenção e tratamentos dentários. Este estudo tem como objetivo identificar os fatores que afetam a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos idosos que frequentam quatro lares do concelho de Paredes.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, quantitativo, sendo os dados recolhidos aplicando diversos instrumentos (questionários) de caracterização sociodemográfica, clínica e de avaliação da qualidade de vida em saúde oral (*Oral Health Impact Profile* [OHIP-14]).

Participaram neste estudo 202 idosos. Os resultados mostram que estes idosos apresentam um *score* médio de $19,64 \pm 0,91$, sendo as dimensões mais afetadas a dor física ($4,10 \pm 0,18$) e o desconforto psicológico ($3,65 \pm 0,21$). Maiores habilitações literárias, lavar os dentes, ter um maior número de dentes naturais e usar prótese esquelética estão associadas com baixos *scores* totais, traduzindo-se numa melhor qualidade de vida em saúde oral. Por outro lado, não lavar os dentes, ter menos habilitações literárias, menor número de dentes, xerostomia e usar prótese acrílica estão associados com altos *scores* totais, traduzindo-se em pior qualidade de vida em saúde oral.

Conclui-se que, os médicos dentistas devem ter em consideração os fatores expostos, direcionando os esforços para as dimensões da dor física e incapacidade psicológica de forma a melhorar a qualidade de vida em saúde oral destes idosos.

Palavras-chave: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL; SAÚDE ORAL; PERCEÇÃO DE SAÚDE ORAL; ENVELHECIMENTO; OHIP-14.

Abstract

The evaluation of quality of life related to oral health is a multidimensional measure quantified by self-perception health status, reflecting the experience of individuals on their physical and psychosocial well-being, determining the demand for prevention and dental treatments. This study aims to identify the factors that affect the quality of life related to oral health of the elderly who attend four homes in the municipality of Paredes.

This is an exploratory-descriptive, quantitative, study, the data being collected by applying various tools (questionnaires) of sociodemographic characteristics, clinical and evaluation of quality of life in oral health (Oral Health Impact Profile [OHIP-14]).

The sample consisted of 202 elderly. The results show that these subjects had a mean score of 19.64 ± 0.91 , the dimensions being affected more physical pain (4.10 ± 0.18) and psychological discomfort (3.65 ± 0.21). Higher academic qualifications, brush your teeth, have a greater number of natural teeth and use skeletal prostheses are associated with low total scores, resulting in a better quality of life in oral health. On the other hand, do not brush your teeth, have fewer educational qualifications, fewer teeth, dry mouth and use acrylic prosthesis are associated with high total scores, resulting in a worse quality of life in oral health.

It is concluded that dentists should take into account the factors set out, directing efforts to the dimensions of the physical pain and psychological disability in order to improve the quality of life in oral health of these elderly.

Keywords: QUALITY OF LIFE RELATED TO ORAL HEALTH; ORAL HEALTH; PERCEPTION OF ORAL HEALTH; AGING; OHIP-14.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Materiais e Métodos.....	3
2.1 Tipo de estudo	3
2.2 Considerações Éticas.....	3
2.3 População e amostra	3
2.4 Instrumentos de colheita de dados	4
2.4.1 Questionário de caracterização sociodemográfica	4
2.4.2 Questionário de caracterização clínica	4
2.4.3 Questionário de Perfil de Impacto da Saúde Oral (OHIP-14)	4
2.5 Colheita dos dados.....	5
2.6 Tratamento de Dados	6
3. Resultados.....	7
3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra.....	7
3.1.1 Idade	7
3.1.2 Lar de residência, Institucionalização, Género, Estado Civil e Habilitações Literárias.....	7
3.2 Caracterização clínica da amostra	8
3.2.1 Problemas de saúde geral.....	8
3.2.2 Comportamentos e cuidados de higiene oral	9
3.2.3 Problemas de saúde oral	10
3.2.4 Prótese dentária	12
3.3 Percepção de saúde oral geral.....	13
3.4 Score total OHIP-14 e suas dimensões	14
4. Discussão.....	17
5. Conclusões	19
Referências Bibliográficas.....	21
Anexos	23

Índice de Tabelas

Tabela 1: Descrição dos aspetos avaliados em cada dimensão pelo OHIP-14.....	5
Tabela 2: Idade e relação com STM OHIP-14	7
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica dos idosos e relação com STM OHIP-14 (N=202)	8
Tabela 4: Distribuição das doenças crónicas e relação com STM OHIP-14.....	9
Tabela 5: Comportamentos e cuidados de higiene oral e relação com STM OHIP-14 ..	10
Tabela 6: Última consulta no dentista e relação com STM OHIP-14.....	10
Tabela 7: Distribuição dos problemas dentários, gengivais e mucosas e relação com STM OHIP-14.....	11
Tabela 8: N.º de dentes naturais, N.º de problemas dentários, gengivais e mucosas e relação com STM e dimensões OHIP-14	12
Tabela 9: Uso de prótese dentária, classificação e tipologia e relação com o STM OHIP-14	13
Tabela 10: Perceção de saúde oral geral e transição de saúde e relação com STM OHIP-14	14
Tabela 11: Distribuição de pontuações nas dimensões e STM OHIP-14 (N=202).....	14

Abreviaturas

DF - Dor Física

DP - Desconforto Psicológico

DP - Desvio padrão

DS - Desvantagem social

IF - Incapacidade física

IP - Incapacidade Psicológica

IS - Incapacidade Social

IUCS - Instituto Universitário de Ciências da Saúde

LF - Limitação Funcional

OMS - Organização Mundial de Saúde

OHIP-14 - *Oral Health Impact Profile*

QdV - Qualidade de Vida

QdVRSO - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

SMT - Score Médio Total

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

1. Introdução

O envelhecimento é um processo natural, biológico, normal e inevitável. Os problemas de saúde em idosos surgem como resultado do processo de envelhecimento, exigindo especial atenção por parte dos profissionais de saúde. Como a saúde oral está intimamente ligada à saúde geral, manter a saúde oral nos idosos é difícil. Apesar de alguns idosos exigirem particular atenção por parte do médico dentista, dada a sua condição física e/ou mental, não se deve presumir que todos os idosos partilham das mesmas condições (1,2).

A saúde oral desempenha um papel essencial na Qualidade de Vida (QdV), na doença, na nutrição e na interação social do idoso, desempenhando um papel crucial na capacidade mastigatória, no paladar, na fonética e na estética (2). Várias condições orais prevalentes no paciente geriátrico: má higiene oral, mau estado da dentição, cáries, perda de suporte periodontal, perda de dentes, xerostomia, sequelas de doenças crónicas, uso de próteses, lesões orais, dor e desconforto craniofacial, afetam a funcionalidade e estética, e diminuem a qualidade de vida oral e devem ser eficientemente diagnosticadas e tratadas (3,4).

Quase todas as medidas para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO) são fundadas na conceituação do impacto das doenças orais baseadas no modelo de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) (5).

O questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP14) é um dos instrumentos para avaliar QdVRSO, criado e desenvolvido por *Slade* (6) e validado para a população portuguesa por Afonso (7), compõe-se por quatorze perguntas e sete dimensões e constitui um indicador subjetivo que fornece uma medida da incapacidade (*Disability*), desconforto e desvantagem (*Handicap*) atribuída à condição oral, através da autoavaliação. Baseia-se no modelo de saúde oral de *Locker* (5), no qual as doenças provocam deficiências (*Impairment*) e limitações funcionais ao nível do órgão e sequente incapacitação (*Disability*) ou desvantagem social (*Handicap*).

A aplicação destes questionários baseiam-se na autoperceção de saúde oral e é um indicador multidimensional, que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos sobre o seu bem-estar físico e psicossocial, determinando a procura de tratamentos e prevenção

odontológica (8).

O conceito de normalidade da deterioração na saúde oral é frequentemente aceite entre os idosos, torna-se necessário contrariar este preconceito cultural através de ações educativas e preventivas para esta população, aumentando a QdVRSO (9). Portanto, o desenvolvimento de medidas para avaliar o estado de saúde oral é essencial para a evolução do conhecimento científico em odontologia geriátrica, a fim de determinar estratégias de promoção da saúde oral entre os idosos, identificando as suas principais particularidades, que interferem no processo saúde-doença (10). O conhecimento dessas particularidades possibilita a implementação de intervenções eficazes e adequação dos cuidados prestados promovendo o bem-estar.

Neste contexto justifica-se esta investigação para avaliar o estado de saúde oral e identificar os componentes que afetam a QdVRSO dos idosos dos lares do concelho de Paredes no sentido de orientar os médicos dentistas, na prestação de cuidados dentários e conseqüentemente, melhorar a QdV dos idosos.

Tendo em consideração os inúmeros fatores relacionados à percepção de saúde oral no idoso, este estudo tem como objetivo geral, identificar os fatores que influenciam a QdVRSO das pessoas idosas de quatro lares do concelho de Paredes.

Passa-se a discriminar os objetivos específicos deste estudo:

- Caracterizar sociodemograficamente a população em estudo;
- Avaliar a QdVRSO da população em estudo;
- Conhecer a percepção do estado de saúde oral geral da população em estudo;
- Relacionar a QdVRSO com variáveis sociodemográficas da população em estudo;
- Relacionar a QdVRSO com os indicadores clínicos;
- Relacionar a QdVRSO com a Percepção do Estado de Saúde Oral Geral da população em estudo.

2. Materiais e Métodos

2.1 Tipo de estudo

Este estudo é do tipo exploratório-descritivo e quantitativo, pois explica e prediz um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos (11).

2.2 Considerações Éticas

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial a investigação clínica envolvendo seres humanos, incluindo investigação sobre dados e material humano identificáveis, deve cumprir um enunciado de princípios éticos (12).

A proposta de projeto foi submetida e aprovada pela Comissão Ética do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário da Ciências da Saúde (IUCS) (anexo VI) e a implementação dos questionários autorizada pelos Conselhos Diretivos dos quatro lares de idosos do concelho de Paredes que integraram o estudo (anexo V).

Os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Informado (anexo I) aceitando participar no estudo, tendo sido previamente esclarecidos acerca dos objetivos do mesmo.

Os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para análise estatística, assegurada a confidencialidade por anonimização dos questionários.

Em momento algum, a realização deste estudo alterou, ou interferiu com a consulta prestada ao doente.

Para realizar este estudo não foi necessário qualquer apoio financeiro.

2.3 População e amostra

A técnica de amostragem é não probabilística por conveniência.

A amostra foi obtida de uma população 321 pessoas residentes em lares do concelho de Paredes, com os seguintes critérios de inclusão: aceitar participar no estudo; idade superior ou igual a 65 anos; sem défice cognitivo e capacidade de comunicação.

Do total de 321 pessoas no estudo, foram excluídos 119 por incumprimento dos seguintes critérios de inclusão: sinais evidentes de incapacidade (32 pessoas), défices de linguagem que incompatibilizavam a comunicação (12 pessoas), idade inferior a 65 anos

(62 pessoas) e recusa a participar no estudo (13 pessoas).

A amostra final ficou assim constituída por 202 idosos que assinaram o consentimento informado.

2.4 Instrumentos de colheita de dados

Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados por entrevista, dada a dificuldade de interpretação do questionário por parte dos participantes, sob a forma de questionários de caracterização sociodemográfica (anexo II), clínica (anexo III) e Perfil de Impacto da Saúde Oral (OHIP-14) (anexo IV).

Foi realizado um pré-teste a 10 idosos para avaliar a compreensão dos questionários.

2.4.1 Questionário de caracterização sociodemográfica

É constituído por um conjunto de quatro questões das quais duas são de resposta aberta e as restantes de resposta fechada para caracterizar o perfil sociodemográfico (idade, género, estado civil, habilitações literárias).

2.4.2 Questionário de caracterização clínica

Este questionário teve como objetivo de recolher informações clínicas relevantes para a saúde oral do idoso como número de dentes naturais, utilização de aparelho dentário ou prótese dentária, hábitos de higiene oral e procura de cuidados médicos. Este questionário integra ainda duas questões de auto percepção de saúde oral (“Em geral, como diria que a saúde da boca é?” que varia entre 1-“Ótima” e 5-“Fracá”; e uma questão de transição da percepção do estado de saúde oral “Comparando com o que acontecia há 1 ano, como descreve o seu estado de saúde da boca atual” que varia entre 1-“Muito melhor” e 5-“Muito pior”), adaptadas para a saúde oral, a partir do *Short-Form 36 Health Survey* (SF-36) (13).

2.4.3 Questionário de Perfil de Impacto da Saúde Oral (OHIP-14)

Aplicamos a versão reduzida (OHIP-14), descrita por *Slade* em 1997, do questionário (OHIP) baseado no modelo de saúde oral de *Locker* (5). Esta versão integra apenas duas perguntas para cada uma das sete dimensões (tabela 1). No modelo de saúde oral de *Locker*, os conceitos de saúde e doença são variáveis dinâmicas e contínuas com diferentes graus, entre o estado ótimo e a morte (5–7).

Tabela 1: Descrição dos aspetos avaliados em cada dimensão pelo OHIP-14

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

As questões estão organizadas segundo uma escala tipo *Likert* com cinco categorias de resposta, sendo as respetivas cotações: “Quase sempre” = 4; “Algumas vezes” = 3; “Poucas vezes” = 2; “Raramente” = 1; “Nunca” = 0.

O OHIP-14 permite obter três modos (gravidade, extensão e prevalência) que resumem as consequências funcionais e psicológicas associadas aos problemas de saúde oral. Neste estudo, as pontuações foram obtidas pelo método aditivo (gravidade), que é o mais frequentemente utilizado e que varia num intervalo entre 0-56, ou seja, quanto mais elevado o valor, maior o impacto e conseqüentemente menor a QdVRSO.

2.5 Colheita dos dados

A colheita de dados foi organizada em duas fases, a primeira que exigiu o contato com o responsável da instituição onde se recolheram dados relacionados com a caracterização da população – alvo. A segunda fase passou pela recolha dos dados juntos dos residentes do lar de idosos, em que se aplicaram os respetivos questionários.

2.6 Tratamento de Dados

Para tratamento e análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

Na análise da estatística descritiva recorreu-se a frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e dispersão. O tratamento estatístico analítico foi realizado através da aplicação de testes paramétricos e não paramétricos, de acordo com o tipo de distribuição dos dados e igualdade de variâncias.

Para as variáveis que não seguem uma distribuição normal é apresentada a mediana. Para as variáveis nominais ou ordinais (Lar de residência, institucionalização, género, estado civil, habilitações literárias) são apresentadas as frequências absolutas e relativas.

Todas as variáveis sociodemográficas foram relacionadas com a QdVRSO, através do score total médio do OHIP-14, sendo apenas destacadas (com asterisco) as variáveis em que as diferenças entre os subgrupos foram estatisticamente significativas.

Na relação entre variáveis escalares e a QdVRSO, optou-se por apresentar o coeficiente de correlação e valor de p , independentemente da sua significância.

Na análise dos resultados o limite de significância assumido foi $p \leq 0,05$ (grau de confiança de 95%).

Optou-se pela apresentação dos resultados em tabelas, sendo os valores arredondados às décimas ou centésimas.

3. Resultados

3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

3.1.1 Idade

Na tabela 2, constata-se que a mediana da idade é de 76 anos, e que 50% dos idosos encontra-se entre os 69 e os 84 anos e que a relação entre a idade e a QdVRSO não é estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Tabela 2: Idade e relação com *STM OHIP-14*

	Mediana (1º quartil-3ºquartil)	STM OHIP-14
Idade (anos)*	76,0 (69,0-84,0)	$r = 0,076$

Legenda: STM: *Score* total médio

*valor de $p > 0,05$; usado o coeficiente de correlação de Spearman.

3.1.2 Lar de residência, Institucionalização, Género, Estado Civil e Habilitações Literárias

Na tabela 3, observamos que o lar com mais participantes é o de Rebordosa.

Apenas 38,6% são institucionalizados (residentes) e os restantes (61,4 %) são pertencentes ao centro de dia do próprio lar. Existe uma predominância evidente de idosos do sexo feminino (63,9%) sobre o sexo masculino (36,1%). Relativamente ao estado civil, 58,4% são viúvos. Quanto às habilitações literárias a maioria dos indivíduos apresentam escolaridade entre 1 e 4 anos (71,3%). No que respeita ao consumo de tabaco, verifica-se que a maioria dos idosos não fumam (96%).

Na relação entre todas as variáveis sociodemográficas e a QdVRSO, a única variável sociodemográfica que obteve relação estatisticamente significativa entre a QdVRSO, foram as habilitações literárias ($p \leq 0,05$), ou seja, quanto maior a escolaridade menor o impacto dos problemas orais na QdV (tabela 3).

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica dos idosos e relação com STM OHIP-14 (N=202)

	N (%)	STM OHIP-14 (DP)
Lar		
Rebordosa	88 (43,6)	22,31 (1,28)
Sobrosa	69 (34,2)	17,42 (1,64)
Lordelo	24 (11,9)	19,33 (2,83)
Paredes	21 (10,4)	16,14 (2,53)
Institucionalização		
Sim	78 (38,6)	20,00 (1,40)
Não	124 (61,4)	19,42 (1,19)
Género		
Masculino	73 (36,1)	19,42 (1,50)
Feminino	129 (63,9)	19,77 (1,15)
Estado civil		
Casado/a	22 (10,9)	19,23 (2,38)
Solteiro/a	41 (20,3)	17,90 (2,11)
Divorciado/a	21 (10,4)	18,90 (2,55)
Viúvo/a	118 (58,4)	20,47 (1,22)
Habilitações literárias*		
Sem escolaridade	35 (17,3)	21,17 (2,08)
1º ciclo (1ª a 4ª ano)	144 (71,3)	20,44 (1,08)
2º ciclo (5º ao 6º ano)	6 (3,0)	12,66 (5,35)
3º ciclo (7º ao 9º ano)	10 (5,0)	13,80 (4,10)
10º ao 12º ano	4 (2,0)	12,25 (5,26)
Ensino superior	3 (1,5)	7 (2,08)
Fumador (a)		
Sim	8 (4,0)	28,12 (4,65)
Não	194 (96,0)	19,29 (0,92)

Legenda: STM: *Score total médio*

*valor de $p \leq 0,05$; usado teste de *Kruskal Wallis*.

3.2 Caracterização clínica da amostra

3.2.1 Problemas de saúde geral

Dos idosos participantes, 97,5% apresentam doenças crónicas, sendo as mais prevalentes doenças relacionadas com o sistema circulatório (67,5%) (tabela 4). Os resultados também permitem inferir, através do teste de *Mann Whitney U*, que existem diferenças estatisticamente significativas de QdVRSO ($p \leq 0,05$) entre idosos que apresentam problemas de saúde geral ($19,98 \pm 0,91$ pontos) e os saudáveis ($6,2 \pm 5,46$ pontos) (tabela

4). Entre os diferentes tipos de doenças, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na QdVRSO.

Tabela 4: Distribuição das doenças crônicas e relação com STM OHIP-14

	N (%)	STM OHIP-14 (DP)
Problema de Saúde Geral*		
Sim	197 (97,5)	19,98 (0,91)
Não	5 (2,5)	6,2 (5,46)
Se sim tipo de doença		
Neoplasias	2 (1,0)	21,50 (3,53)
Doença Endócrina, Nutricional, Metabólica ou Imunológica	77 (39,1)	23,81 (1,37)
Doenças do Sistema Nervoso	56 (28,4)	21,89 (1,73)
Doença do Sistema Respiratório	19 (9,6)	23,52 (2,90)
Doença do Sistema Circulatório	133 (67,5)	20,35 (1,06)
Doença do Sistema Digestivo	20 (10,2)	22,30 (3,55)
Doença do Sistema Geniturinário	16 (8,1)	26,25 (2,57)
Doença do Sistema Musculoesquelético e dos Tecidos Conectivos	80 (40,6)	19,21 (1,51)

Legenda: STM: *Score* total médio

*valor de $p \leq 0,05$; usado teste de *Mann Whitney U*.

3.2.2 Comportamentos e cuidados de higiene oral

A maioria dos idosos lava os dentes (93,1%), mas apenas uma vez por dia (45,5%), existindo diferença estatisticamente significativa na QdVRSO entre os idosos que lavam os dentes ($19,07 \pm 0,95$ pontos) e os que não os lavam ($27,28 \pm 2,35$), tendo estes pior QdVRSO ($p \leq 0,05$) (tabela 5).

Tabela 5: Comportamentos e cuidados de higiene oral e relação com STM OHIP-14

	N (%)	STM OHIP-14 (DP)
Lava dentes*		
Sim	188 (93,1)	19,07 (0,95)
Não	14 (6,9)	27,28 (2,35)
Frequência com que lava os dentes		
3xdia	30 (14,9)	22,06 (2,28)
2xdia	59 (29,2)	17,62 (1,57)
1xdia	92 (45,5)	19,65 (1,43)
2 a 3 vezes/semana	7 (3,5)	11,00 (4,36)

Legenda: STM: *Score total médio*

*valor de $p \leq 0,05$; usado teste de *Mann Whitney U*

Metade dos idosos da amostra disseram ter tido a última consulta dentária há mais de 24 meses (tabela 6) não sendo estatisticamente significativa a relação entre esta variável e a QdVRSO ($p > 0,05$).

Tabela 6: Última consulta no dentista e relação com STM OHIP-14

	Mediana (1º quartil-3º quartil)	STM OHIP-14 (DP)
Última consulta no dentista (meses)	24 meses (6 meses -120 meses)	$r = 0,062$ *

Legenda: STM: *Score total médio*

*valor de $p > 0,05$; usado o coeficiente de correlação de *Spearman*

3.2.3 Problemas de saúde oral

Quanto à saúde oral (tabela 7) os problemas gengivais e das mucosas (71,8%) foram mais prevalentes do que os dentários (43,1%). A inflamação gengival (51,7%) destaca-se entre os problemas gengivais e mucosas e as cáries dentárias (70,1%) entre os problemas dentários. A prevalência da xerostomia foi 71,8%, destes 89% tomava medicação. Os idosos com xerostomia apresentam menor QdVRSO ($21,92 \pm 1,07$) do que os sem xerostomia ($14,82 \pm 1,51$), sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Tabela 7: Distribuição dos problemas dentários, gengivais e mucosas e relação com STM OHIP-14

	N (%)	STM OHIP -14 (DP)
Problema dentário		
Sim	87 (43,1)	19,19 (1,34)
Não	115 (56,9)	19,99 (1,24)
Se sim, tipo de problema dentário		
Fratura coronária	34 (39,6)	17,32 (1,96)
Lesão cariosa cavitada	61 (70,1)	19,83 (1,56)
Bruxismo	15 (17,2)	21,86 (3,53)
Problema Gengivas e Mucosas		
Sim	145 (71,8)	20,41 (1,04)
Não	57 (28,2)	17,70 (1,81)
Se sim, tipo de problema de gengivas e mucosas		
Nevo melânico	5 (3,4)	22,00 (7,32)
Úlcera	9 (6,2)	25,33 (2,22)
Queilite Angular	34 (23,4)	23,67 (2,06)
Estomatite Protética	34 (23,4)	18,88 (1,79)
Inflamação Gengival	75 (51,7)	19,30 (1,49)
Candidíase	20 (13,8)	23,75 (3,60)
Xerostomia*		
Sim	145 (71,8)	22,20 (1,07)
Não	57 (28,2)	14,82 (1,51)
Se sim, toma medicação		
Sim	129 (89,0)	21,92 (1,07)
Não	16 (11,0)	34,33 (7,68)

*valor de $p \leq 0,05$; usado teste de *Mann Whitney U*

Na tabela 8 observa-se que quanto maior o número problemas dentários e gengivais, maior a dimensão “dor física” dos idosos ($r=0.209$, $p \leq 0,05$) sendo esta relação fraca (14).

No que respeita ao número de dentes naturais, constata-se que metade dos idosos têm menos de 7 dentes naturais, tendo o número de dentes naturais uma relação inversa, fraca, mas significativa com score total OHIP-14 ($r= - 0,345$, $p \leq 0,05$), *i.e.* quanto mais dentes naturais, maior é a QdVRSO (tabela 8).

Tabela 8: N.º de dentes naturais, N.º de problemas dentários, gengivais e mucosas e relação com STM e dimensões OHIP-

14

	Mediana (1º quartil-3º quartil)	STM OHIP-14	Dimensões OHIP-14						
			DS	IS	IP	IF	DP	DF	LF
N.º de problemas dentários, gengivas e mucosas	1 (1 -2)	r = 0,094	r = 0,044	r = 0,125	r = 0,076	r = -0,072	r = 0,072	r = 0,209*	r = 0,070
N.º de dentes naturais	6,50 (0-16)	r = - 0,345*	r = - 0,272*	r = - 0,170*	r = - 0,192*	r = - 0,442*	r = - 0,206*	r = - 0,328*	r = - 0,277*

Legenda: STM= Score total médio; LF=Limitação Funcional; DF=Dor Física; DP=Desconforto Psicológico; IF=Incapacidade física; IP=Incapacidade Psicológica; IS=Incapacidade Social; DS=Desvantagem social

*valor de $p \leq 0,05$; usado o coeficiente de correlação de *Spearman*.

3.2.4 Prótese dentária

Na tabela 9, observa-se que 55,2% dos idosos usa prótese dentária, sendo 95,5 % próteses acrílicas, 53,6% totais removíveis superiores e 41,1% inferiores.

Os resultados mostram os idosos que usam próteses do tipo esquelética têm melhor QdVRSO (1.33 ± 1.33) do que os idosos que usam próteses em acrílico ($19,76 \pm 3.08$), sendo a diferença estatisticamente significativa.

Tabela 9: Uso de prótese dentária, classificação e tipologia e relação com o STM OHIP-14

	N (%)	STM OHIP -14 (DP)
Prótese dentária		
Sim	111 (55,2)	18,96 (1,17)
Não	91 (44,8)	20,34 (1,44)
Classificação da prótese dentária		
Parcial superior removível	46 (41,1)	17,84 (1,54)
Parcial inferior removível	33 (29,5)	17,54 (1,95)
Parcial superior fixa	1 (0,9)	-
Parcial inferior fixa	1 (0,9)	-
Total superior removível	60 (53,6)	20,36 (1,68)
Total inferior removível	46 (41,1)	20,89 (1,98)
Total fixa superior	1 (0,9)	-
Total fixa inferior	1 (0,9)	-
Tipo prótese dentária*		
Acrílica	107 (95,5)	19,73 (1,17)
Esquelética	3 (2,7)	1,33 (1,33)
Cerâmica	2 (1,8)	-

Legenda: STM: *Score total médio*

*valor de $p \leq 0,05$; usado teste de *Mann Whitney U*

3.3 Percepção de saúde oral geral

Na tabela 10, pode-se observar relações inversas estatisticamente significativas entre as percepções de saúde oral atual e de transição de saúde oral e a QdVRSO ($p \leq 0,05$), pelo que, à medida que estas autopercepções pioram, aumenta o valor médio total do OHIP-14.

Tabela 10: Percepção de saúde oral geral e transição de saúde e relação com STM OHIP-14

	N (%)	STM OHIP -14 (DP)
Percepção de saúde oral*		
Ótima	10 (5,0)	4,90 (3,20)
Muito boa	1 (0,5)	-
Boa	50 (24,8)	13,78 (1,70)
Razoável	64 (31,7)	17,39 (1,43)
Fraca	77 (38,1)	27,27 (1,20)
Transição de saúde*		
Muito melhor	17 (8,4)	19,76 (3,08)
Com algumas melhorias	21 (10,4)	13,95 (2,24)
Aproximadamente igual	94 (46,5)	15,64 (1,31)
Um pouco pior	37 (18,3)	24,43 (1,77)
Muito pior	33 (16,3)	29,24 (1,85)

Legenda: STM: *Score total médio*

*valor de $p \leq 0,05$; usado teste de *Kruskal Wallis*

3.4 Score total OHIP-14 e suas dimensões

Na tabela 11, verifica-se um *score* médio total OHIP-14 de $19,64 \pm 0,91$, sendo as dimensões mais afetadas a dor física ($4,10 \pm 0,18$) e o desconforto psicológico ($3,65 \pm 0,21$) e as menos afetadas a incapacidade ($0,61 \pm 0,09$) e a desvantagem social ($1,91 \pm 1,12$).

Tabela 11: Distribuição de pontuações nas dimensões e STM OHIP-14 (N=202)

Dimensões OHIP-14 (0-8)	Média	DP	Mínimo	Máximo
Limitação Funcional	2,60	0,18	0	8
Dor Física	4,10	0,18	0	8
Desconforto psicológico	3,65	0,21	0	8
Incapacidade física	3,27	0,18	0	8
Incapacidade Psicológica	3,48	0,21	0	8
Incapacidade Social	0,61	0,09	0	8
Desvantagem social (DS)	1,91	1,12	0	8
STM OHIP-14 (0-56)	19,64	0,91	0	47

Legenda: STM: *Score total médio*

A fidelidade interna da versão original do OHIP-14 revelou ser elevada, com coeficiente

alfa de *Cronbach* de 0,88 e está validado para a população portuguesa (6,7). No entanto, avaliou-se a fidelidade do questionário OHIP-14 da nossa amostra, que revelou um alfa de *Cronbach* idêntico à versão original (0,883).

4. Discussão

As pontuações médias do score total e das dimensões (exceção da “incapacidade social”) do OHIP-14 revelam ser elevadas (19,64 pontos) quando comparados com os resultados de Afonso (15), (11,84 pontos), o que sugere uma pior QdVRSO por parte dos nossos idosos, porém a média de idades do estudo de Afonso era mais baixa (40,9 anos) quando comparado com a mediana de idades da nossa amostra (76,0 anos), o que de algum modo pode justificar esta diferença, pois ocorre uma deterioração progressiva da QdV por fatores sistémicos, psicológicos, sociais e económicos bem como o agravamento das condições orais com o aumento da idade (16). Quando comparado com o estudo de *Masood, Newton & Bakri* (17), realizado no Reino Unido, observa-se que a diferença do score OHIP-14 médio é ainda maior (2,95 VS 19,64) porém, apesar da faixa etária ser semelhante ao nosso estudo, foram incluídos idosos da população geral, o que pode explicar a menor QdVRSO.

Quanto à relação entre a QdVRSO e as variáveis sociodemográficas, verificou-se que a única variável que teve relação estatisticamente significativa, foi as habilitações literárias, observando-se que, quanto maior a escolaridade menor o impacto dos problemas QdVRSO, estando em sintonia com outros estudos, em que também se observou esta relação (6,7,17,18). Interessante observar, é o resultado relativo à idade, o qual não se observou existirem diferenças estatisticamente significativas, o que contrasta com outros estudos com populações mais jovens, em que se observa que à medida que a idade aumenta a QdVRSO diminui (7,10,18). Como a amostra do nosso estudo inclui apenas idosos, possivelmente será mais provável que estes à medida que envelhecem, considerem os seus problemas de saúde oral menos graves ou até insignificantes neste momento da sua vida. Como resultado, as pessoas muitas vezes expressam maior satisfação com sua saúde oral, provavelmente como resultado de menores expectativas.

Os idosos com problemas de saúde geral tiveram valores de QdVRSO maiores ($19,98 \pm 0,91$ pontos) do que aqueles sem problemas de saúde geral ($6,2 \pm 5,46$ pontos), o que está de acordo com os inúmeros estudos incluídos no relatório sobre o Estado da Saúde Oral na Europa (19), no qual a saúde oral é parte integrante da saúde geral essencial e para o bem-estar estando fortemente relacionadas.

Relativamente às variáveis clínicas orais e comportamentos de higiene oral quando relacionadas com a QdVRSO, verificaram-se pontuações médias OHIP-14 estatisticamente mais elevadas nos idosos que: não lavam os dentes; apresentam xerostomia; que têm um número mais elevado de problemas dentários gengivais e mucosas; que têm um menor número de dentes naturais e que utilizam próteses acrílicas quando comparadas com as esqueléticas, o que coincide com os resultados de outros estudos (7,10,17,18). Estes resultados realçam a importância da necessidade de uma hidratação mais frequente destes idosos para atenuar xerostomia; ações de sensibilização e promoção da higiene oral como incentivar à lavagem dos dentes; e dos benefícios para prevenção da perda de dentes que ultrapassam os custos do tratamento, destacando-se nesta área países como a Dinamarca e Suécia que investiram na prevenção com uma redução significativa da prevalência da doença oral (20). O único resultado deste grupo de variáveis que contrasta com outros estudos (7,10,17) é o uso de prótese dentária relacionado com pior QdVRSO, contrariamente ao nosso estudo em que apenas se verificaram diferenças significativas entre o uso de próteses acrílicas e esqueléticas. Assim, sendo a prótese esquelética, mais confortável e menos traumática para as mucosas do que a acrílica, pode explicar a diferença de scores do OHIP-14 (21). Este estudo também encontrou uma relação estatisticamente significativa entre a autoperceção de saúde oral geral e a QdVRSO sugerindo que, à medida que a autoperceção piora, aumentam as pontuações obtidas no OHIP-14 e, portanto, pior QdVRSO. Este resultado reforça a importância e peso que se deve dar à opinião que os idosos têm acerca da sua saúde oral, pois muitas vezes uma resposta à pergunta “em geral como a saúde da sua boca é?” serve para “sinalizar” e dar prioridade de cuidados de medicina dentária a idosos que autopercecionem a sua saúde como “fraca”.

As dimensões “dor física” (sensação de dor na boca e desconforto ao comer) e “desconforto psicológico” (preocupação e stress pela sua condição oral) do OHIP-14 apresentaram pontuações médias mais elevadas, indicando que os médicos dentistas devem direcionar esforços para estas dimensões de modo a aumentar a QdVRSO destes idosos.

5. Conclusões

Os idosos são o grupo etário mais vulnerável aos problemas na cavidade oral e consequente baixa na qualidade de vida. Índices como OHIP-14 têm sido úteis para conhecer a autopercepção da saúde oral, e como esta reflete a condição oral permite orientar estratégias de planeamento e promoção da saúde oral melhorar a QdVRSO.

O presente estudo pretende contribuir para o reconhecimento da relevância desta área de crescente importância em saúde pública. A saúde oral é muito importante para a aparência, conforto e alimentação, influenciando a autoconfiança, a vida social e as relações amorosas. A QdVRSO constitui-se, deste modo, como um domínio importante de interesse para os profissionais de saúde, em particular os médicos dentistas.

Neste estudo foram identificados vários fatores que influenciam a saúde oral através de associações entre variáveis sociodemográficas (escolaridade), comportamentais (lavar os dentes) e clínicas (problemas de saúde geral, número de dentes naturais, quantidade de problemas dentários gengivais e mucosas, xerostomia e tipo de prótese dentária) e a QdVRSO avaliada através do OHIP-14. Assim, estes fatores poderão ser considerados determinantes de saúde e de risco para a saúde oral e geral, para o planeamento de políticas de saúde pública adaptadas às necessidades específicas desta população, para a obtenção de ganhos em saúde e para o desenvolvimento de estratégias que otimizem a sua saúde oral.

Os resultados desta investigação têm de ser entendidos, atendendo às suas limitações, cujo principais passo a enumerar:

1. Extensão da entrevista - Embora o método de recolha de dados através da entrevista seja o mais adaptado a este tipo de população, permitindo uma maior compreensão e taxas de respostas mais elevadas, apresenta algumas limitações como o tempo necessário para a sua aplicação. O uso de três instrumentos juntamente com avaliação clínica, culminou numa entrevista extensa.
2. Tipo e tamanho da amostra – Como o tipo de amostragem é de conveniência e como só foi possível aplicar o instrumento a quatro lares do concelho de Paredes (devido à pandemia do “COVID-19”), quando o objetivo inicial era “cobrir” todos os Lares do concelho de Paredes, não é possível generalizar os resultados para

todos os idosos que frequentam lares do concelho de Paredes.

3. Falta de estudos comparativos- consistiu em uma limitação não existir outros estudos realizados numa população portuguesa idêntica, com o mesmo instrumento de avaliação da QdVRSO (OHIP-14) e o mesmo tipo de amostragem. A maioria dos estudos de avaliação de QdVRSO de idosos em Portugal utilizaram o GOHAI, que em termos de pontuação geral, é muito diferente do OHIP-14, o que dificulta a comparação.
4. Exame clínico da saúde oral - este exame foi baseado no “*know how*” do investigador, que devido à falta de material dentário para rastreio e escassez de tempo para efetuar esta investigação, tornou impossível a realização de um exame mais completo o que limitou a identificação desses problemas, de acordo com o “*gold Standart*” de diagnóstico dos problemas de saúde oral.

O estudo da QdVRSO, é importante por duas razões: permitir um melhor planeamento de ações que visem a promoção da saúde oral desta população; concluir que a perceção do estado de saúde oral é por si só um determinante. Uma população mais consciente do seu estado de saúde oral e dos problemas que o afetam tenderá a adotar comportamentos que promovam a sua saúde.

Pela razões apresentadas este estudo pode e deve surgir como um instrumento fundamental para os profissionais de saúde, principalmente para os médicos dentistas que pretendam intervir nos Lares de Idosos do concelho de Paredes, ampliando o seu conhecimento acerca das necessidades de saúde oral destes idosos, necessidades essas, muitas vezes camufladas, que fogem do raio de ação do consultório do médico dentista, orientando-os na implementação de intervenções direcionadas, organizadas e eficazes, com objetivo de satisfazer as reais necessidades de saúde oral destes idosos.

Referências Bibliográficas

1. Razak PA, Richard KMJ, Thankachan RP, Hafiz KAA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *J Int oral Heal JIOH* [Internet]. 2014;6(6):110–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25628498>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4295446>
2. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes - The case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(6):481–7.
3. Shay K. Infectious Complications of Dental and Periodontal Diseases in the Elderly Population. 2002;34.
4. Wong FMF, Ng YTY, Keung Leung W. Oral health and its associated factors among older institutionalized residents—a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21):1–29.
5. Locker, D. Assessment of oral health related quality of life. 1988.
6. Slade, G. D., & Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Heal Epidemiol*. 1997;
7. Afonso A. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL : ADAPTAÇÃO LINGUÍSTICA E CULTURAL DO OHIP-14. 2014.
8. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde oral. 2008th ed. DGS, editor. Lisboa;
9. Shekhawat, K. S., Chauhan, A., Koshy, A. A., Rekha, P., & Kumar H (2016). Reliability of Malayalam version of Geriatric Oral Health Assessment Index among institutionalized elderly in Alleppey, Kerala (India): A pilot study. *Contemp Clin Dent*. 2016;
10. Veiga N, Couto P, Ribeiro A, Varelãs C, Santos I, Pinto M, et al. Self-perceived oral health assessment of institutionalized elderly of Viseu . 2019;2(4):2–5.
11. Fortin MF, Côté J, Lusodidacta F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. 2009.
12. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsínquia: versão de Outubro de 2013. 64^a Assem Geral [Internet]. 2013; Available from: <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>

13. Pais-Ribeiro J, Raimundo A. Estudo de Adaptação do Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS) em Mulheres com Incontinência Urinária. 2005 Nov 1;6.
14. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementariedade do SPSS. 6ª Edição. Edições Sílabo L, editor. Lisboa: Edições Sílabo, Lda; 2014.
15. Afonso A, Silva I. Oral Health- Related Quality of Life Assessed in Adults: Integrative Review. *Psicol Saúde Doenças*. 2015;16(2):230–53.
16. Alzate-urrea S, Espinosa-herrera E. Quality of life and its relation with oral health in an elderly population treated by the Medellin Public Hospital Network : the perspective of healthcare personnel *Artículos Artículos*. 2014;27(2):11–25.
17. Masood M, Newton T, Bakri NN, Khalid T, Masood Y. The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *J Dent*. 2017 Jan;56:78–83.
18. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Self-perception of oral health in older adults from an urban population in Lisbon, Portugal. *Rev Saude Publica*. 2016;50:53.
19. Glick M, David M, Dushanka V, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *FDI World Dent Fed*. 2020;147(December 2016):915–7.
20. Patel R. The state of oral health in Europe. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. 2012.
21. Filipe M, Rodrigues A, Pessoa UF. Próteses Dentárias : Removíveis Flexíveis vs Removíveis Tradicionais. 2014;

Anexos

Anexo I

Título: Qualidade de vida relacionada com Saúde Oral da Pessoa Idosa.

Investigador: Ana Cecília Barbosa Martins Leitão

As perguntas que lhe vou colocar destinam-se a ser utilizadas na tese de mestrado que me encontro a realizar, no âmbito do 5º ano do mestrado de Medicina Dentária da CESPU, intitulada “Qualidade de vida relacionada com a Saúde oral da Pessoa Idosa”.

As respostas são anónimas e confidenciais não trazendo qualquer prejuízo ou benefício para si. As perguntas estão relacionadas com vários aspetos da sua saúde e tem o direito de não responder.

AUTORIZAÇÃO

Eu _____ entendi a informação recebida e aceito participar neste estudo. Compreendi as explicações que me foram dadas numa linguagem clara e simples, e tive oportunidade de colocar questões e esclarecer todas as dúvidas. Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de dar qualquer explicação, posso anular o consentimento agora dado.

Assinatura:

Assinatura do investigador:

Data: _/_____/_____

Anexo II

Questionário Sociodemográfico

No âmbito do Mestrado em Medicina Dentária da CESPU, estou a realizar um estudo sobre a Qualidade de Vida em Saúde Oral. Neste sentido, agradeço que respondesse a algumas questões. Muito obrigada pela sua colaboração e contributo!

Sexo - Feminino Masculino **Idade** - _____(anos)
Escolaridade - _____ (último ano completado com sucesso)

Estado civil			
Solteiro (a)	Divorciado(a) / Separado(a)	Casado(a) / União de facto	Viúvo(a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fumador	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Anexo III

Questionário de caracterização clínica

Assinale com um X se a sua resposta for sim ou não.	Sim	Não
Tem problemas de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu que SIM , indique quais: _____		

Assinale com um X se a sua resposta for sim ou não.	Sim	Não
Lava os dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu que SIM , com que frequência? _____		

Assinale com um X a opção que melhor descreve a sua saúde da boca.				
Em geral, como diria que a saúde da boca é?				
Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinale com um X se a sua resposta	Sim	Não
Tem sensação de boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe algum problema com os seus dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de problemas dentários _____		
Existe algum problema com as suas gengivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de problema Gengival _____		
Tem falta de dentes naturais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N.º dentes naturais	_____	

Anexo IV

Perfil de Impacto de Saúde Oral (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE - OHIP-14)

Com as perguntas deste questionário pretende-se saber até que ponto as dificuldades com os seus dentes, boca ou prótese dentária causaram problemas na sua vida diária. Gostaria de saber com que frequência, **no último mês**, teve cada um dos problemas que a seguir lhe apresentamos. Cada pergunta refere-se a um problema dentário específico.

	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
1. Teve dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
2. Sentiu que o seu paladar piorou por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
3. Teve dores na sua boca?							
4. Sentiu desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
5. Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos seus dentes, boca ou prótese dentária?							
6. Sentiu-se tenso por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
7. Já deixou de comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
8. Teve de interromper refeições por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese?							
9. Sentiu dificuldade em relaxar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
10. Tem-se sentido um pouco envergonhado por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu (sua) companheiro(a) ou família por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
12. Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
13. Sentiu-se menos satisfeito com a vida em geral por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
14. Tem sido totalmente incapaz de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							

Anexo V

Autorização Lar de Lordelo

Boa tarde,

Relativamente ao pedido de autorização para a realização de um estudo com a população da nossa instituição, serve o presente para informar que o mesmo foi aceite.

Assim aguardamos agendamento da vinda à instituição.

Sem mais de momento

Atentamente
Adriana Santos, Dra.
(Diretora Técnica)



Associação Desenvolvimento
Integral de Lordelo
ADIL

Rua Albano Jesus Amaral, n.º 1
4580-797 Lordelo PRD
Telefone: 22 444 02 33
Email: geral@adilordelo.com
www.adilordelo.com

Autorização Lar de Sobrosa

Bom dia,

Já obtive resposta positiva da Administração, assim pode combinar o dia para a recolher a informação que necessita.

Com os melhores cumprimentos,

Berta Silva



OBRA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DA FREGUESIA DE SOBROSA

Rua da Igreja, 159 - 4580-734 SOBROSA

+351 255 963 473 obra@sobrosa.id

www.obrasobrosa.org | www.facebook.com/obrasobrosa

Pessoa Colectiva de Utilidade Pública N.º 501 450 068

Autorização Lar de Rebordosa

Boa tarde,

A Associação para o Desenvolvimento de Rebordosa (ADR), IPSS, contribuinte nº502236515, com sede em Av. Eng. Adelino Amaro da Costa, nº465, freguesia de Rebordosa, Concelho de Paredes, vem por este meio informar que o "Pedido de autorização para realização do estudo com a população da nossa Instituição" foi aceite.

Sem outro assunto de momento.

Com os melhores cumprimentos,

Aida Neto

(Psicóloga clínica da ADR)

Autorização Lar de Paredes

Boa tarde,

Venho por este, dar resposta positiva ao pedido que fez na Misericórdia de Paredes, sendo que, a reunir condições para o que pretende, temos 14 idosos em Lar e 10 em Centro de Da

Com os melhores cumprimentos

A Assistente Social
Susana Pelota



Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Paredes
Rua Elias Moreira Neto, 163
P-4580-085 Paredes
T. 255 780 220 - F. 255 780 229

Anexo VI

Comissão de Ética
Instituto Universitário de Ciências
da Saúde
Contacto: 224 157 136
E-mail: carla.ribeiro@cespu.pt

CARTA RESPOSTA

Título do projeto: Perceção do Estado de Saúde Oral dos Idosos Institucionalizados

Investigador responsável: Ana Cecília Barbosa Martins Leitão

Orientador: Prof. Doutor José António Ferreira Lobo Pereira

Nº Registo: 15/CE-IUCS/2020

Parecer:

Exmo(a). Senhor(a),

Em resposta ao pedido efetuado por V. Exa. a esta Comissão de Ética, para emissão de parecer sobre o projeto de investigação supra identificado, somos a informar que, e de acordo com o regulamento, o mesmo recebeu parecer favorável por parte desta Comissão.

Gandra, 6 de maio de 2020



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Rua Central de Gandra, 1317
4551-101 Gandra, Portugal
T: +351 224 157 100 | F: +351 224 157 101
www.cespu.pt



CESPU – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RUA CENTRAL DE GANDRA, 1317 . 4585 116 . GANDRA PRD . T: +351 224 157 100 . F: 351 224 157 101
CESPU – COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO, CRL
CONTR: 501 577 840 . CAP. SOCIAL 1.250.000,00 EUR . MAT.CONS. R. C. PORTO Nº 216 . WWW.CESPU.PT