



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

WISEU

CORRELAÇÃO ENTRE A ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE E O ESTADO DE SAÚDE ORAL DO PACIENTE IDOSO - ESTUDO PILOTO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Catarina Isabel Chaves Ramos

Viseu, 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

CORRELAÇÃO ENTRE A ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE E O ESTADO DE SAÚDE ORAL DO PACIENTE IDOSO - ESTUDO PILOTO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Catarina Isabel Chaves Ramos

Orientador: Doutora Patrícia Couto

Coorientador: Doutora Célia Ribeiro e Doutor Nélio Veiga

Viséu, 2020

“Research is to see what everybody else has seen,
and to think what nobody else has thought”

Albert Szent-Gyorgy

À minha família,

Por todo o carinho, suporte e apoio incondicional ao longo deste percurso.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Patrícia Couto, por toda a ajuda e disponibilidade ao longo do curso.

Aos meus coorientadores, Professor Doutor Nélio Veiga e Professora Doutora Célia Ribeiro, por toda a simpatia, ajuda e apoio para a realização deste trabalho.

À Doutora Martha Nunn por toda a ajuda na análise estatística.

Ao Lar Centro Social Paroquial de Rio de Loba e Residência Lar Viso Norte pela disponibilidade e prontidão com que colaboraram nesta investigação.

À minha binómia, por me ajudar a manter o equilíbrio, ao estar presente em todos os momentos.

À minha família de tese, Joana e Gonçalo, por tornarem as idas ao lar momentos de alegria e de realização pessoal, tanto para nós como para os idosos residentes.

Introdução: A depressão é um dos problemas de saúde mental mais prevalentes na população idosa, apresentando um impacto negativo na qualidade de vida e no desempenho das tarefas do quotidiano, constituindo-se como um potencial fator de risco para a saúde oral do paciente geriátrico.

Objetivos: Verificar a prevalência de sinais e sintomas de depressão em idosos do distrito de Viseu, e avaliar a forma como estes se relacionam com o estado de saúde oral e qualidade de vida.

Materiais e Métodos: Estudo piloto observacional descritivo transversal com uma amostra constituída por 20 participantes residentes em duas instituições do concelho de Viseu. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário composto por aspetos gerais sociodemográficos e de saúde oral, pelo índice GOHAI, pela GDS-15 e ainda através da aplicação do índice CPOD.

Resultados: A idade média da amostra foi de 80 ± 7.74 anos, sendo 85% do género feminino. 55% relata não possuir próteses. O índice médio de GOHAI foi de 26.7 ± 5.2 . Verificou-se também que 65% dos idosos não tinha depressão, 30% tinha "depressão ligeira" e 5% tinha "depressão severa". Para aqueles categorizados com "depressão", todos consideram ter uma condição "média" a "má" dos seus dentes e quase $\frac{3}{4}$ apresentaram baixa auto percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Ainda assim, não se detetaram valores estatisticamente significativos entre a severidade de depressão, a idade e o índice CPOD.

Conclusão: Verificou-se que indivíduos com sintomas de depressão possuem uma maior tendência para manifestar uma baixa auto percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral assim como para relatar mais problemas com os seus dentes e gengivas, ainda que tal não se tenha refletido nos resultados do índice de CPOD.

Palavras-chaves: Depressão; Qualidade de vida; Pacientes geriátricos; GOHAI; Saúde oral.

Introduction: Depression is one of the most prevalent mental health problems in the elderly population, with a negative impact on the quality of life and the performance of daily tasks, constituting a potential risk factor for the oral health of the geriatric patient.

Objective: This study aims to evaluate the prevalence of the depression symptoms and the association between oral symptoms, quality of life with depression in elderly population in Viseu.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional observational pilot study with a sample of 20 residents from 2 nursing homes. For data collection, a questionnaire was applied, composed by sociodemographic questions and by the GOHAI Index and GDS-15 and also through the application of the DMFT index.

Results: The average age of nursing home residents in this study was 80 ± 7.74 years with a preponderance of women (85%). 55% reported not having prostheses. The average GOHAI Index was 26.7 ± 5.2 . When the GDS-15 was converted into categories, 65% had “no depression” while 30% had “slight depression” and 5% (1/20) had “severe depression. For those categorized with “depression”, all consider having an “medium” to “bad” condition of their teeth and almost $\frac{3}{4}$ had a “low self-perception” of their oral health. Still, no statistically significant values were detected, neither any statistical significance between depression severity, age and DMFT index.

Conclusions: It was found that individuals with symptoms of depression tend to report a low self-perception of quality of life related to oral health as well as to report more problems with their teeth and gums. Although this has not been reflected in the DMFT index results.

Keywords: Depression; Quality of life; Geriatric patients; GOHAI; Oral health.

| | | |
|--|--|----|
| CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO | 2 | |
| 1 | Introdução | 3 |
| 1.1 | Fundamentação teórica | 4 |
| 1.1.1 | Envelhecimento populacional | 4 |
| 1.1.2 | Depressão no idoso..... | 5 |
| 1.1.3 | Saúde na terceira idade..... | 6 |
| 1.1.4 | Saúde oral na terceira idade..... | 6 |
| 1.1.5 | Alterações orais no paciente geriátrico..... | 7 |
| i. | Cárie dentária | 7 |
| ii. | Doenças periodontais | 8 |
| iii. | Edentulismo | 9 |
| iv. | Xerostomia..... | 9 |
| v. | Lesões na mucosa oral..... | 10 |
| vi. | Lesões pré-malignas e lesões malignas | 11 |
| 1.1.6 | Qualidade de vida e saúde oral..... | 11 |
| 1.2 | Objetivos | 13 |
| CAPÍTULO 2: MATERIAIS E MÉTODOS | 15 | |
| 2 | Materiais e Métodos..... | 17 |
| 2.1 | Desenho do estudo | 17 |
| 2.2 | Caraterização da amostra | 17 |
| 2.3 | Instrumentos de recolha de dados / operacionalização das variáveis | 17 |
| i. | Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)..... | 18 |
| ii. | Escala de depressão geriátrica de Yesavage (GDS-15)..... | 18 |
| iii. | Índice de CPOD | 19 |
| 2.4 | Calibração dos examinadores..... | 20 |
| 2.5 | Análise estatística..... | 22 |
| 2.6 | Princípios éticos | 22 |
| CAPÍTULO 3: RESULTADOS..... | 25 | |
| 3 | Resultados | 27 |
| i. | Aspetos sociodemográficos..... | 27 |
| ii. | Caraterização da Saúde oral | 27 |
| iii. | Análise descritiva do Índice GOHAI | 29 |
| iv. | Análise descritiva da Escala de depressão geriátrica de Yesavage (GDS-15)..... | 36 |
| v. | Análise descritiva do Índice de CPOD | 38 |
| vi. | GOHAI Vs GDS-15 | 39 |
| vii. | Caraterização oral vs GDS-15..... | 40 |
| viii. | Índice de CPOD vs GDS-15..... | 41 |

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO | 43 |
| 4 Discussão | 45 |
| i. Saúde oral..... | 46 |
| ii. Depressão | 48 |
| iii. Limitações do estudo:..... | 50 |
| CAPÍTULO 5: CONCLUSÃO | 51 |
| 5 Conclusão..... | 53 |
| i. Futura linhas de investigação | 53 |
| CAPÍTULO 6- BIBLIOGRAFIA | 55 |
| 6 Bibliografia | 57 |
| ANEXOS | 65 |
| 7 Anexos | 67 |

| | |
|---|----|
| Figura 1- Distribuição da amostra consoante o género | 27 |
| Figura 2- Distribuição da amostra consoante a idade..... | 27 |
| Figura 3- Distribuição de frequências da questão número 1 do índice GOHAI | 30 |
| Figura 4- Distribuição de frequências da questão número 2 do índice GOHAI | 31 |
| Figura 5- Distribuição de frequências da questão número 3 do índice GOHAI | 31 |
| Figura 6- Distribuição de frequências da questão número 4 do índice GOHAI | 32 |
| Figura 7- Distribuição de frequências da questão número 5 do índice GOHAI | 32 |
| Figura 8- Distribuição de frequências da questão número 6 do índice GOHAI | 33 |
| Figura 9- Distribuição de frequências da questão número 7 do índice GOHAI | 33 |
| Figura 10-- Distribuição de frequências da questão número 8 do índice GOHAI | 34 |
| Figura 11- Distribuição de frequências da questão número 9 do índice GOHAI | 34 |
| Figura 12- Distribuição de frequências da questão número 10 do índice GOHAI | 35 |
| Figura 13- Distribuição da frequência da questão número 11 do índice GOHAI | 35 |
| Figura 14- Distribuição de frequências da questão número 12 do índice GOHAI | 36 |

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Distribuição da frequência da amostra de acordo com o uso de prótese..... | 28 |
| Tabela 2- Distribuição da amostra de acordo com a frequência de escovagem | 28 |
| Tabela 3- Distribuição da amostra segundo a autopercepção das condições dos dentes e das gengivas..... | 29 |
| Tabela 4- Distribuição da amostra consoante o Índice GOHAI..... | 29 |
| Tabela 5- Distribuição da amostra consoante as categorias do Índice GOHAI | 30 |
| Tabela 6- Distribuição da amostra segundo a GDS-15 | 36 |
| Tabela 7- Distribuição da amostra segundo as categorias da GDS-15..... | 37 |
| Tabela 8- Distribuição da amostra segundo as questões da GDS-15 | 37 |
| Tabela 9- Distribuição da amostra segundo o índice de CPOD | 38 |
| Tabela 10- Correlação de Peterson e de Spearman. Relação entre o índice GOHAI e a Escala Geriátrica de Yesavage..... | 39 |
| Tabela 11- Teste do Qui-quadrado. Relação entre o índice GOHAI e a Escala Geriátrica de Yesavage..... | 39 |
| Tabela 12- Teste do Qui-quadrado. Relação entre a autopercepção das condições dos dentes e a Escala Geriátrica de Yesavage..... | 40 |
| Tabela 13- Teste do Qui-quadrado. Relação entre a autopercepção das condições das gengivas e a Escala Geriátrica de Yesavage..... | 41 |
| Tabela 14- Teste não-paramétrico, Mann-Whitney. Relação entre o índice CPOD e a Escala geriátrica de Yesavage..... | 41 |

Abreviaturas

| Abreviatura | Significado |
|--------------------|---|
| COVID-19 | Doença provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2 |
| CPOD | Índice de dentes cariados, perdidos e obturados |
| FDI | Fédération Dentaire Internationale |
| GDS-15 | Escala de depressão geriátrica de Yesavage na sua versão reduzida |
| GOHAI | Geriatric Oral Health Assessment Index |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| QVRSO | Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral |

Capítulo 1: Introdução

1 Introdução

Com a evolução da medicina e dos cuidados primários de saúde, a esperança média de vida aumentou exponencialmente, verificando-se cada vez mais indivíduos com idades superiores a 65 anos. Por outro lado, são cada vez menos os nascimentos e, conseqüentemente, menor a população jovem ^(1,2).

De acordo com a OMS⁽³⁾, o aumento anual da população com mais de 65 anos é de 2.5%, ao passo que população global aumenta 1.7%. No ano de 2018, a população portuguesa apresentava uma relação de 159 pessoas idosas por cada 100 jovens ⁽¹⁾.

O envelhecimento é um processo natural, inevitável e gradual capaz de criar alterações no funcionamento do organismo, vulnerabilizando o idoso a doenças físicas e psicológicas como é o caso da depressão ⁽⁴⁻⁶⁾.

Cerca de 15% dos indivíduos idosos apresentam sintomas de depressão, constituindo-se como um dos problemas de saúde mental mais prevalente na população geriátrica ⁽⁷⁻¹³⁾.

Esta patologia apresenta um impacto negativo na qualidade de vida e no desempenho das tarefas quotidianas, surgindo como um potencial fator de risco à saúde oral do paciente geriátrico ⁽⁹⁾.

A negligência dos cuidados de saúde oral poderá acarretar problemas mastigatórios, fonéticos, estéticos ou até provocar o isolamento social por parte do idoso. Neste sentido, são imprescindíveis cuidados diários de higiene oral para assegurar a saúde e o bem-estar dos idosos, sejam estes realizados pelo próprio, por familiares, assistentes ou cuidadores ^(6,10).

Mediante estes fatores, a OMS considera um dos grandes desafios do século XXI, assegurar o bem-estar e a continuidade dos cuidados da saúde geral e da saúde oral, assim como a inclusão social da população idosa ⁽¹⁴⁾.

Neste sentido, torna-se imperativo avaliar de que forma os sintomas depressivos afetam o estado de saúde oral e a qualidade de vida dos pacientes geriátricos.

Apesar da existência de literatura significativa sobre a relação entre o estado da saúde oral e a demência e/ou da perda de autonomia na população idosa, escassos são os estudos que se debatem sobre o impacto da depressão no estado de saúde oral e na qualidade de vida ⁽¹⁵⁻²⁰⁾.

1.1 Fundamentação teórica

1.1.1 Envelhecimento populacional

Ao longo das últimas décadas, o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde e da medicina provocou a diminuição da taxa de mortalidade e da natalidade, acentuando o aumento do número de idosos mundialmente ^(1,21).

Como consequência da baixa natalidade, do aumento da longevidade do indivíduo e do aumento exponencial da esperança média de vida, Portugal mantém a tendência de envelhecimento demográfico que se verifica há várias décadas na Europa, de tal forma que, em Portugal, no espaço de apenas 20 anos, a esperança de média de vida aos 65 anos passou de 15,66 anos para 19,61 anos ^(1,21,22).

Apenas num período de sete anos, o rácio entre o número de idosos e de jovens mudou significativamente. No ano de 2011 por cada 100 jovens existiam 128 idosos enquanto que no ano de 2018 por cada 100 jovens existiam 159 idosos, registando-se um aumento de aproximadamente 25% no número de idosos ^(1,22).

As atuais projeções afirmam que o índice de envelhecimento irá duplicar entre 2018 e 2080, passando de 159 idosos para 291 idosos por cada 100 jovens. Esta acentuada evolução demográfica torna a manutenção dos cuidados de saúde da população geriátrica um enorme desafio ^(14,22).

O conceito de envelhecimento é um processo fisiológico comum a todos os seres humanos que afeta todo o organismo, associado à acumulação de danos celulares, conduzindo gradualmente à perda das capacidades fisiológicas, bem como, a mudanças e limitações no indivíduo, aumentando a possibilidade de desenvolver doenças crónicas ⁽²³⁻²⁵⁾.

Estas mudanças no indivíduo incluem declínio da função, incontinência urinária, perda da visão e audição, dificuldade de locomoção, bem como o desenvolvimento de doenças crónicas cardíacas e respiratórias, não sendo exceção as doenças orais ^(9,20,25,26).

Todos estes fatores repercutem-se a nível físico, psicológico, social e, naturalmente, na autoconfiança do indivíduo ⁽²⁴⁻²⁷⁾.

Tendo em conta estas considerações, o envelhecimento saudável requer um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, assegurando o bem-estar em idade avançada ⁽²⁵⁾.

1.1.2 Depressão no idoso

A depressão é definida pela “*American Pyschiatric Association*”⁽²⁸⁾ como um distúrbio mental que afeta negativamente a forma como o indivíduo se sente, assim como a maneira como pensa e atua. Para diagnosticar depressão, têm de estar presentes, num período mínimo de duas semanas, os seguintes sintomas:⁽²⁸⁾

1. Sentimentos depressivos como tristeza, falta de esperança durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo do próprio ou pela observação dos outros);
2. Diminuição demarcada do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo do próprio ou pela observação de outros);
3. Perda de peso significativa mesmo sem dieta ou ganho de peso excessivo;
4. Perda de apetite ou aumento de apetite quase todos os dias;
5. Insónias ou falta de sono quase todos os dias;
6. Agitação ou lentidão psicomotora quase todos os dias (observável pelos outros, não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lento);
7. Fadiga ou perda de energia significativa quase todos os dias;
8. Desconcentração, indecisão ou diminuição da capacidade de pensar quase todos os dias (pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros);
9. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias;
10. Pensamentos recorrentes sobre a morte e suicídio.

A depressão afeta cerca de 15% da população idosa, maioritariamente indivíduos do género feminino. A partir dos 70 anos, a prevalência de depressão praticamente duplica, afetando 27% da população e constituindo-se como o problema de saúde mental mais comum na população geriátrica^(7-13,29).

A depressão afeta não só negativamente a forma como o indivíduo se sente, mas também como pensa e atua. Para além disso esta encontra-se relacionada com o aumento do risco de morbilidade, de suicídio e ainda com a perda de funções físicas, cognitivas e sociais^(9-12,30,31).

Na sua generalidade, os indivíduos com depressão em idades avançadas são mais propensos a desenvolver concomitantemente demência ou défices cognitivos^(9-12,31,32). Outros estudos referem ainda, uma maior prevalência de depressão em pacientes que sofreram acidentes vasculares cerebrais, enfarte do miocárdio, infeções virais, leucemia,

linfoma, cancro do pâncreas, desordens neurológicas como síndrome de Parkinson e ainda em pacientes com deficiência de vitamina B12 ^(30,31,33).

De facto, a diminuição da função demarcada pela depressão, afeta de forma negativa a qualidade de vida do idoso. Do mesmo modo, a falta de energia e de motivação como consequência da depressão, poderá afetar as medidas de higiene oral do indivíduo, tornando-a precária, elevando o risco de cáries dentárias e de doença periodontal ^(9–12,30).

Apesar da alta prevalência desta doença psiquiátrica entre idosos, muitas vezes esta não é tratada ou, nem sequer, diagnosticada ^(10,34–36). Neste sentido é fundamental o uso de critérios específicos e desenhados para populações idosas, de forma a que os sintomas depressivos não sejam confundidos com as mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento ^(10,35,36).

1.1.3 Saúde na terceira idade

A OMS define saúde com um estado físico, mental e de bem-estar social e não apenas como a ausência de doença ⁽¹⁸⁾.

A heterogeneidade, em termos clínicos da população geriátrica, deve-se à variabilidade das complicações e das doenças sistémicas, contudo os sinais e sintomas das mesmas costumam ser atípicas e variam consoante a individualidade de cada idoso ⁽³⁷⁾.

Habitualmente os idosos desenvolvem desordens funcionais associadas a doenças crónicas ou ao envelhecimento, e conseqüentemente ficam dependentes de outros, diminuindo significativamente a sua qualidade de vida ^(18,25,37).

Existe uma reciprocidade entre saúde geral e saúde oral. Uma doença sistémica pode ser considerada um fator de risco para uma doença oral, da mesma forma que uma doença oral poderá ser encarada como um fator de risco para uma eventual doença sistémica ^(18,25,37,38).

Uma higiene oral precária pode conduzir a condições sistémicas graves como desidratação, má nutrição, doenças coronárias valvulares ou doenças cardiovasculares e pneumonia. Por outro lado, algumas das terapêuticas associadas a este tipo de patologias podem causar problemas orais como hiperplasia gengival e xerostomia ⁽³⁹⁾.

1.1.4 Saúde oral na terceira idade

A FDI⁽⁴⁰⁾ afirma que a saúde oral é “multifacetada e inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma gama de emoções através

de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial”.

Sempre que se reflete sobre os cuidados orais e da saúde oral da população mais idosa, recorremos à gerodontologia. Esta área acarreta novos desafios quanto aos cuidados orais, uma vez que os idosos tendem a viver cada vez mais anos e com mais dentes quando comparados com gerações mais antigas ⁽⁴¹⁾.

A doença crónica mais comum no mundo é a cárie dentária seguida da doença periodontal e, conseqüentemente, da perda dentária ⁽¹²⁾. Na população idosa é frequente encontrar problemas como a presença de cáries cervicais, doença periodontal, infecção por *Candida* (como consequência da frequente xerostomia), edentulismo parcial ou total, e ainda, lesões devido a próteses mal-adaptadas, como estomatite, queilite angular, úlceras traumáticas e hiperplasias ^(9,18,20,42).

Tais problemas orais poderão ter diversas repercussões tanto a nível funcional, como estético e fonético. Naturalmente, estes terão um impacto tanto na vida social do idoso, como no bem-estar e na qualidade de vida do mesmo ^(20,26).

A maioria das alterações orais, sejam teciduais ou funcionais, não possuem relação direta com a idade. Caso existam adequados cuidados de saúde oral as alterações devidas à idade *per se*, possuem um efeito reduzido. Por outro lado, a frequência diminuída dos cuidados de saúde oral e a higiene oral precária aumentam a prevalência de problemas orais no paciente geriátrico, nomeadamente: perda dentária, cárie, xerostomia e lesões na mucosa oral ^(39,43).

1.1.5 Alterações orais no paciente geriátrico

i. Cárie dentária

Um dos maiores problemas de saúde oral na população geriátrica é a cárie dentária. Esta encontra-se quer na coroa dentária, quer na raiz, apresentando-se clinicamente por cavitada ou não-cavitada.

A cárie dentária é uma doença multifatorial, que se inicia com alterações microbiológicas pela presença do biofilme da cavidade oral, em virtude das bactérias produzirem ácidos como resultado da metabolização dos hidratos de carbonos provenientes da dieta do indivíduo. Os ácidos resultantes do metabolismo dos hidratos de carbono provocam um declínio do pH da cavidade oral, e conseqüentemente, uma desmineralização localizada dos tecidos duros dentários. A velocidade deste processo

depende da exposição ao flúor, do fluxo salivar e ainda de fatores externos tais como o consumo de açúcares e de hidratos de carbono ^(39,44,45).

O risco cariogénico aumentado na população geriátrica pode ser explicado pelo aumento da recessão gengival, uma vez que com a perda de ligamento periodontal ao longo da idade e com hábitos de higiene precários, a junção amelo-cementária ficará cada vez mais exposta. Deste modo como consequência da acumulação de placa bacteriana, a incidência de lesões cariosas, inclusive de cáries radiculares, ocorre com bastante frequência na população mais idosa ^(39,43-45). Também a hipofunção das glândulas salivares e a diminuição da função motora são outras causas aparentes pelas quais o índice cariogénico em idosos é significativamente superior quando comparado com indivíduos de camadas mais jovens ⁽⁴³⁻⁴⁵⁾.

A cárie quando não é tratada pode conduzir a vários problemas de saúde oral designadamente dor, abscessos, celulites ou mesmo à perda dentária ⁽³⁹⁾.

ii. Doenças periodontais

A periodontite crónica é uma doença infecciosa e inflamatória das estruturas de suporte dos dentes, causada pela acumulação de biofilme dentário que leva à perda progressiva de inserção e do osso alveolar ⁽⁴⁶⁾. Nos pacientes com higiene oral precária, a gengiva apresenta-se leve ou moderadamente edemaciada e com alterações de cor que variam entre o vermelho-pálido e vermelho vivo ⁽⁴⁶⁾.

A resposta do hospedeiro perante a presença de fatores ambientais ou sistémicos é sujeita à individualidade pessoal. Sendo considerados como fatores de risco para a doença periodontal o tabagismo, microrganismos patogénicos e a idade ⁽⁴⁷⁾.

Neste tipo de população, a perda de *attachment*, consequência da doença periodontal, traduz-se frequentemente em recessões gengivais grandes e não tanto através de bolsas periodontais profundas. Contudo, o aumento da perda óssea pode ser induzida por mecanismos inerentes ao envelhecimento, como alterações celulares nos tecidos periodontais e por mecanismos de resposta inflamatória exacerbada dos tecidos periodontais causados por estímulos mecânicos e ainda pela produção de citocinas inflamatórias envolvidas nos processos de reabsorção óssea ^(2,43,46).

Apesar da elevada prevalência da doença periodontal nesta faixa etária, a idade por si só não é suficiente para causar perda de suporte periodontal do nível ósseo ou de peças dentárias ^(2,46).

Outras doenças comuns na população geriátrica como osteoporose, osteopenia, deficiência em vitamina D e ainda problemas endócrinos, poderão influenciar significativamente a formação óssea ⁽⁴³⁾.

A doença periodontal repercute-se de forma notória na saúde oral e sistêmica através das seguintes consequências: halitose, perda dentária, diminuição da capacidade mastigatória, dificuldade de deglutição, alterações do paladar, entre outros ⁽⁴³⁾.

iii. Edentulismo

Quando a cárie dentária e a doença periodontal não são tratadas, a principal consequência é a perda dentária.

Devido aos maiores cuidados médicos, aos programas preventivos e ao uso de materiais com melhores propriedades físicas, a percentagem de edentulismo total tem vindo a descer significativamente nas populações mais idosas. Por outro lado, a prevalência do edentulismo parcial cresceu significativamente com o aumento da esperança média de vida, visto que os indivíduos em geral vivem durante mais anos e com uma menor prevalência de patologias orais ^(41,43,48).

O edentulismo é um indicador da qualidade de vida que está diretamente relacionado com problemas nutricionais, pois a perda dentária pode levar a que o indivíduo altere a sua dieta e que opte por uma alimentação mais rica em hidratos de carbono, aumentando o risco de má nutrição e de cárie ^(41,43,48,49).

Este problema agrava-se quando a função mastigatória não é restabelecida com recurso a uma prótese dentária parcial ou total, apesar da sua eficácia ser inferior à dentição natural hígida. Contudo estas reabilitações também podem trazer problemas como estomatite protética, úlceras traumáticas e queilite angular ^(23,49).

iv. Xerostomia

A xerostomia e a hipofunção das glândulas salivares são frequentemente encontradas na população idosa, sobretudo no género feminino. Esta condição está fortemente ligada a uma saúde precária e a idade avançada ^(9,14,17,41).

Várias complicações orais comuns nos pacientes idosos acontecem devido à quantidade excessiva de medicamentos que esta faixa etária consome. Este consumo poderá provocar xerostomia e, conseqüentemente, cáries, doença periodontal e infeção

por *cândida*. Além destes problemas, verificam-se alterações no paladar, problemas na retenção de próteses, disfagia e dificuldade em falar ^(9,14,17,41).

Como forma de tratamento da xerostomia é de salientar o uso de sialogogos ou medicamentos estimuladores de saliva, como por exemplo a pilocarpina. É importante ainda citar que estes, apenas devem ser utilizados durante um período máximo de três meses, devido aos seus efeitos colaterais (náuseas, tonturas e sudorese), sendo que o sucesso deste tipo de tratamentos é muito reduzido ^(27,49).

Ao considerar estes aspetos, é de enfatizar que todos os indivíduos que apresentem xerostomia necessitam de meios preventivos para evitar cáries, doenças periodontais e candidíase ^(41,49).

v. Lesões na mucosa oral

A mucosa oral possui uma função protetora que está diretamente relacionada com a saúde oral e com a saúde sistémica. Ao declínio da função protetora da mucosa oral, alia-se o facto de o indivíduo se encontrar progressivamente mais vulnerável aos agentes patogénicos quando exposto ^(27,50,51).

Com o avançar da idade a mucosa oral perde elasticidade e clinicamente torna-se seca e cérea. De forma idêntica, a língua torna-se mais macia, reduz o número de papilas filiformes e apresenta frequentemente um aumento de varizes na sua região ventral ^(41,51-53). Devido a estas alterações é gerado um desequilíbrio da flora habitual e, por conseguinte, uma preponderância para a infeção por *cândida albicans* ^(20,51).

Uma das lesões mais descritas nesta faixa etária é a estomatite protética. Definida como uma lesão inflamatória da mucosa oral relacionada com o uso de prótese removível, na maioria dos casos está associada à infeção por *cândida albicans*. Todavia, a reação alérgica ao material da prótese dentária removível poderá ser outra causa da estomatite protética ^(41,43,49,51-53).

Um dos aspetos a ter em conta quando estão presentes fatores de risco da estomatite protética como diabetes, imunossupressão, uso de antibióticos de largo espectro, ausência de descanso noturno da prótese, fluxo salivar reduzido e desadaptação da reabilitação protética, é a suscetibilidade acrescida do próprio indivíduo para o desenvolvimento desta condição ^(39,43,49).

Outras lesões comuns decorrentes do uso de próteses removíveis presentes nestas populações são as úlceras traumáticas, epúlides fissuradas e hiperplasia palatina por câmara

de sucção. Acrescente-se, ainda, que hábitos de higiene precários, consumo de álcool e tabagismo podem exacerbar estas condições patológicas ^(43,49,51) .

vi. Lesões pré-malignas e lesões malignas

Um exemplo claro de uma lesão pré-maligna é a leucoplasia, esta define-se por placas ou manchas brancas que não se desprendem à raspagem e que não podem ser caracterizadas clinicamente ou histopatologicamente como qualquer outra doença ⁽⁵¹⁾.

Tendo consciência desta dificuldade em estabelecer o diagnóstico, enfatiza-se a importância do médico dentista permanecer atento a este tipo de lesões potencialmente malignas e estar igualmente apto a diferenciar leucoplasia de outras patologias, nomeadamente candidíase oral, leucoedema e nevo branco esponjoso. Em termos epidemiológicos existe uma maior prevalência no género masculino e em indivíduos com mais de 65 anos ^(43,49-51).

Quanto às lesões malignas, estas estão presentes em vários locais anatómicos nomeadamente, nos lábios, gengiva, mucosa jugal, pavimento da boca e língua, dado o cancro oral ser uma das neoplasias mais comuns a nível global ^(23,51,53).

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento de lesões malignas: o consumo de tabaco e de álcool; higiene oral deficiente; trauma constante devido a próteses mal adaptadas ou a dentes extensamente destruídos/restos radiculares e ainda lesões pré-malignas ^(43,49,50).

Quanto à terapêutica do cancro oral é recorrente intervenções cirúrgicas, radioterapia e quimioterapia. Estas poderão ter repercussões quanto à fala, deglutição e mastigação tendo um impacto na qualidade de vida dos indivíduos ^(43,49) .

1.1.6 Qualidade de vida e saúde oral

A OMS ⁽³⁾ define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Além disso, a qualidade de vida é um conceito abrangente de natureza multifatorial que incorpora vários domínios: ⁽⁵⁴⁾

1. Domínio físico;
2. Domínio psicológico;
3. Nível de independência;
4. Crenças pessoais;

5. Relações sociais;
6. Emocional;
7. Religioso;
8. Ambiente em que vive.

A qualidade de vida é um parâmetro de avaliação em várias áreas, que depende dos riscos e oportunidades que cada indivíduo experiencia ao longo da vida, bem como, da ajuda e do apoio das gerações mais novas. É essencial que o ambiente em que cada indivíduo vive, permita que a pessoa expresse as suas qualidades nos diversos aspetos da vida ^(3,54-57).

Por outro lado, a qualidade de vida relacionada com a saúde é um conceito que abrange tanto o foro psicológico, físico e social, como os aspetos gerais do quotidiano através da perspectiva do próprio indivíduo ^(3,30,54,58).

Um dos campos sobre o qual se debate é a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QVRSO). Este é um conceito multifatorial que envolve vários domínios, quer físicos (presença/ausência de dor ou desconforto), quer psicológicos ou sociais. A QVRSO é igualmente composta por três componentes: o primeiro abrange a cavidade oral no seu geral, o segundo engloba cavidade oral e os seus efeitos na saúde sistémica e o último domínio abrange a qualidade de vida diretamente relacionada com a saúde oral.

Esta relaciona alguns aspetos como: ^(55,59)

- Ausência ou presença de doenças (por exemplo, cancro oral);
- Ausência ou presença de alterações, doenças ou sintomas;
- Se a função se encontra adequada, como por exemplo, se o indivíduo consegue mastigar ou deglutir sem dor ou desconforto;
- O impacto emocional associado ao seu sorriso;
- Impacto social associado ao desempenho das funções orais;
- Satisfação com a sua saúde oral;
- Ausência de relações sociais devido à saúde oral de cada indivíduo.

Por outras palavras, a QVRSO depende da avaliação subjetiva do próprio indivíduo sobre a sua saúde oral, presença de dor e desconforto, bem como o seu bem-estar funcional e emocional, expectativas e autoestima. Esta avaliação pessoal é reflexo da sua eficiência ao mastigar, conforto ao dormir e das suas interações sociais, tal como o grau de satisfação quanto ao seu estado de saúde oral ^(55,60).

A prevalência de problemas orais aumenta com a idade do indivíduo, o que evidencia a importância da QVRSO. Uma adequada saúde periodontal e a manutenção dos dentes presentes influenciam de forma positiva a dieta do indivíduo, o estado de saúde geral e o bem-estar do mesmo ^(55,60).

Evidentemente, caso a saúde oral seja precária, esta poderá causar dor, desconforto, dificuldades na mastigação, insónias, fraca autoestima, fadiga, cansaço e alterações na dieta. Consequentemente esta terá um impacto significativo na qualidade de vida do idoso e nas suas rotinas diárias, podendo mesmo causar mudanças sociais, como isolamento ou dificuldade em comunicar e/ou falar ^(54,60-62).

Em diferentes culturas, principalmente em países desenvolvidos, a aparência do indivíduo poderá refletir a sua posição social ⁽⁶³⁾.

Um dos aspetos relevantes na aparência do indivíduo poderá ser o seu sorriso. Se este possuir uma coloração mais amarelada ou a ausência de peças dentárias pode dar origem a insegurança ou constrangimento social do indivíduo ⁽⁶³⁾.

Cada vez mais, os estudos epidemiológicos complementam os dados clínicos com os aspetos sociais, comportamentais e com a qualidade de vida. Desta forma, os estudos são capazes de avaliar não só os aspetos clínicos como o impacto das desordens e das doenças orais na vida de cada indivíduo, bem como na sociedade em geral ⁽⁴⁴⁾.

1.2 Objetivos

O presente estudo tem como objetivo principal verificar a prevalência de sinais e sintomas de depressão em idosos do distrito de Viseu e avaliar de que forma estes se relacionam com o estado de saúde oral e qualidade de vida do paciente geriátrico.

Para além disso procuraremos dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

1. Identificar os sintomas da depressão em idosos institucionalizados do distrito de Viseu;
2. Avaliar os comportamentos de higiene e a condição oral da população geriátrica em estudo;
3. Determinar o impacto da depressão no estado de saúde oral do paciente;
4. Determinar o impacto da depressão na qualidade de vida do paciente;
5. Identificar eventuais falhas existentes nos hábitos de higiene oral e permitir às instituições a criação de novas estratégias, de modo a facilitar o cuidado e higienização da cavidade oral;

6. Sensibilizar os idosos, assistentes, auxiliares e cuidadores procurando melhorar a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Capítulo 2: Materiais e Métodos

2 Materiais e Métodos

2.1 Desenho do estudo

Com o objetivo de verificar a presença dos sintomas e sinais de depressão em idosos institucionalizados do distrito de Viseu, e a forma como estes se relacionam com o estado de saúde oral e com a qualidade de vida, foi realizado um estudo piloto observacional descritivo transversal.

2.2 Caracterização da amostra

Foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 20 pacientes geriátricos residentes em lares do distrito de Viseu, vinculados ao Centro Social Paroquial de Rio de Loba e à Residência Lar Viso Norte.

De modo a facilitar e uniformizar os requisitos necessários à participação neste estudo foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão:

- Utentes/representantes legais que não autorizem a participação no estudo através de consentimento informado;
- Indivíduos com idades inferiores a 65 anos e/ou com quadro clínico de incapacidade cognitiva;
- Utentes não cooperantes, cujo comportamento ou severidade da condição médica inviabilize a realização do exame clínico.

2.3 Instrumentos de recolha de dados / operacionalização das variáveis

Para a recolha de dados foi aplicado um questionário confidencial e simples, composto por aspetos sociodemográficos e de saúde oral (vide Anexo I).

As variáveis dos aspetos sociodemográficos e de caracterização da saúde oral foram retiradas do questionário sobre saúde oral em adultos da OMS ⁽⁶⁴⁾.

Quanto às variáveis sociodemográficas escolhidas estas foram: o género e a idade.

As variáveis de saúde oral foram:

1. Possuir prótese removível:

- Possuir prótese parcial: “Sim” ou “Não”.
- Possuir prótese total superior: “Sim” ou “Não”.
- Possuir prótese total inferior: “Sim” ou “Não”.

2. Frequência com que escova os seus dentes? “Nunca”; “1 vez por mês”; “2-3 vezes por mês”; “1 vez por semana”; “2-6 vezes por semana”; “1 vez por dia”; “2 ou mais vezes por dia”.
3. Autoperceção do estado dos seus dentes e gengivas: esta é a primeira pergunta do questionário onde existe um grau de subjetividade de cada indivíduo, tendo como opção de resposta a seguinte escala: “Excelente”; “Muito boa”; “Boa”; “Média”, “Má” e “Muito Má”. Esta pergunta irá permitir comparar a perceção do indivíduo sobre a sua saúde oral com o impacto que esta tem na qualidade de vida.

i. Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

A escala “Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)”, validada para a população portuguesa pela Professora Doutora Catarina Carvalho ⁽⁶⁵⁾, classifica o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos idosos, tendo em consideração problemas de mastigação, limitação na escolha de alimentos, clareza do discurso, preocupação sobre o estado das peças dentárias e constrangimentos sociais ⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾.

A escala GOHAI é composta por doze questões, com três possibilidades de resposta “Sempre”; “Às vezes”; “Nunca” que correspondem aos valores 1, 2 e 3 respetivamente. Para a obtenção final da pontuação, soma-se todos os valores numa escala de 12 até 36. Caso se obtenha uma pontuação entre 34-36 pontos corresponderá a uma autoperceção “Elevada” da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, entre 30-33 pontos será considerada uma autoperceção “Moderada” e abaixo de 30 pontos uma autoperceção “Baixa” ⁽⁶⁵⁾.

ii. Escala de depressão geriátrica de Yesavage (GDS-15)

A escala de Yesavage (GDS-15) é amplamente utilizada a nível mundial na população geriátrica e foi validada para a população portuguesa pelo Professor Doutor João Apostolo ^(13,36,68).

É um instrumento de avaliação da depressão especificamente elaborado para detetar sintomas depressivos na população geriátrica ^(8,13,68).

É composto por quinze questões com duas possibilidades de resposta “Sim” ou “Não”, sendo que a opção “Sim” é validada com 1 ponto e a resposta “Não” pontuada

com 0 pontos, exceto nas questões 1, 5, 7, 11 e 13, em que a resposta “Não” equivale a 1 ponto.

Para obtenção da cotação final realiza-se o somatório das respostas aos quinze itens, correspondendo a uma de três categorias⁽³⁶⁾:

- Pontuação menor que 5 pontos – “Sem depressão”;
- Pontuação entre 6 e 10 pontos – “Depressão ligeira”;
- Pontuação entre 11 e 15 pontos – “Depressão grave”.

iii. Índice de CPOD

Numa segunda fase foi realizado um exame clínico nas instalações das instituições, para avaliação da condição oral, com recurso ao índice de CPOD, que teve aproximadamente a duração de quinze minutos. Os utentes encontravam-se sentados em cadeiras ou cadeiras de rodas, com apoios de braço e com suficiente apoio para a cabeça, tirando partido da luminosidade natural, de forma a obter uma visibilidade e posicionamento adequados.

O material utilizado para a observação intraoral foi: espátulas, espelhos, babetes, sondas exploratórias, luvas, blocos de mordida, máscara de proteção e bata branca. Todo o material utilizado nos utentes encontrava-se devidamente esterilizado e era de uso único, de forma a evitar infeção cruzada.

O índice de CPOD identifica o número de dentes cariados, perdidos e obturados, onde identificamos cada estado dentário com um número diferente, fazendo corresponder-se da seguinte forma:

- 0-Higido;
- 1-Cariado;
- 2-Restaurado com cárie;
- 3-Restaurado sem cárie;
- 4-Ausente por cárie;
- 5-Ausente (outro motivo);
- 6-Selante;
- 7-Prótese ou implante;
- 8-Não erupcionado.

Para calcular o índice de CPOD soma-se o número de dentes cariados (códigos 1 e 2) com o número de dentes perdidos (códigos 4 e 5) com o número de dentes obturados (código 3).

Caso o valor seja elevado, indica más condições de saúde oral e, conseqüentemente, inferiores hábitos de higiene.

Existem quatro níveis de severidade: “Muito baixa” caso se encontre entre 0.1 e 1.1; “Baixa” caso se encontre entre 1.2 e 2.6; “Moderada” caso os valores se encontrem entre 2.7 e 4.4 e “Elevada” caso os valores se encontrem entre 4.5 e 6.5.

O registo médico de cada paciente foi analisado antes da realização do exame e todos os dados foram mantidos confidenciais.

Depois dos exames, uma curta sessão acerca dos cuidados orais e de estratégias a adotar para facilitar a higiene oral dos indivíduos foi levada a cabo para todos os idosos, assistentes, auxiliares e cuidadores.

2.4 Calibração dos examinadores

Esta etapa foi realizada previamente à recolha de dados nas instituições, com o intuito de assegurar a uniformidade na aplicação de critérios de diagnóstico, diminuindo desta forma eventuais erros e diferenças entre examinadores.

O processo de calibração foi realizado em 20 idosos com mais de 65 anos, residentes em Viseu ou nas suas proximidades ⁽⁶⁹⁾.

Para o levantamento do índice de CPOD cada paciente foi avaliado por todos os observadores, imediatamente uns a seguir aos outros, com o mesmo tipo de material e com recurso à mesma fonte de iluminação. Foi estabelecida correspondência entre um código numérico e o aspeto clínico, da seguinte forma: ⁽⁶⁴⁾

0. Dente hígido: não há evidência de cárie e os estágios iniciais da doença não são levados em consideração.
 - i. Manchas esbranquiçadas.
 - ii. Descolorações ou manchas resistentes à pressão da sonda.
 - iii. Sulcos e fissuras de esmalte manchados, mas sem sinais visuais de base amolecida.
 - iv. Áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa.
 - v. Lesões de abrasão.
1. Dente cariado:

- i. Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente ou tecido amolecido na base.
- ii. Descoloração do esmalte.
- iii. Restauração provisória.

A sonda serve para confirmar a evidência visual de cárie nas superfícies dentárias.

- 2. Dente restaurado, mas cariado:
 - i. Existência de uma ou mais restaurações e, ao mesmo tempo, uma ou mais áreas estão cariadas.
- 3. Dente restaurado, sem cárie:
 - i. Uma ou mais restaurações definitivas e inexistência de cárie primária ou recorrente.
 - ii. Um dente com coroa colocada devido a cárie inclui-se nesta categoria.
 - iii. Se a coroa resulta de outras causas como suporte de prótese, é codificado com 7.
- 4. Dente ausente devido a cárie:
 - i. Um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões.
- 5. Dente ausente por outra razão:
 - i. A ausência deve-se a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.
- 6. Selante:
 - i. Existe um selante de fissura ou fissura oclusal que foi alargada para receber um compósito.
 - ii. Se o dente que possui selante está cariado, prevalece o código 1.
- 7. Apoio de ponte ou de coroa; implante:
 - i. Indica um dente que é ponte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas.
- 8. Dente não-erupcionado:
 - i. Quando o dente permanente ou decíduo ainda não está erupcionado, atendendo à cronologia de erupção.

- ii. Não inclui dentes perdidos por problemas congénitos, por trauma, etc.
9. Dente não registado:
- i. Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas, etc).

2.5 Análise estatística

Após a recolha de dados realizou-se uma análise estatística com recurso ao *software* de análise IBM-SPSS Statistics 25[®] com o propósito de analisar e comparar os dados recolhidos.

Para comparar as variáveis da escala de depressão, as variáveis sociodemográficas e de saúde oral e os resultados obtidos no exame clínico, usaram-se os seguintes testes estatísticos: Mann-Whitney, Qui-quadrado, Correlação de Peterson e Correlação de Spearman.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, utilizando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalos de confiança de 95%.

2.6 Princípios éticos

Este estudo foi realizado de acordo com os princípios estabelecidos na declaração de Helsínquia versão 2013 e foi submetido a apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa, tendo obtido parecer favorável (vide Anexo II).

Todas as instituições onde foi realizado o estudo autorizaram a participação (vide Anexos III e IV) e a cada utente foi apresentado um consentimento informado escrito (vide Anexo V).

Todos os dados recolhidos para o presente estudo obedeceram aos seguintes pontos:

- Os dados foram de uso exclusivo do investigador e tratados de modo a garantir a sua confidencialidade e anonimato.
- A análise dos dados efetuou-se num ambiente que garantiu a privacidade dos mesmos.

→ Todo o participante foi livre de interromper a sua colaboração no estudo, em qualquer momento, sem que com isso fosse de alguma forma prejudicado.

É importante realçar que em todos os casos onde os pacientes fossem incapazes de assinar quer por problemas de literacia quer por incapacidade, o consentimento informado foi preenchido por um cuidador ou representante legal, na presença do inquirido.

Capítulo 3: Resultados

3 Resultados

i. Aspetos sociodemográficos

A amostra em estudo é constituída por 20 pacientes. Destes, 3 indivíduos eram do género masculino (15%) e 17 indivíduos eram do género feminino (85%), tal como se pode observar na Figura 1.

Registou-se uma idade média de 80 ± 7.74 anos, com uma mediana situada nos 81 anos e com idades compreendidas entre 65 e os 92 anos, Figura 2.

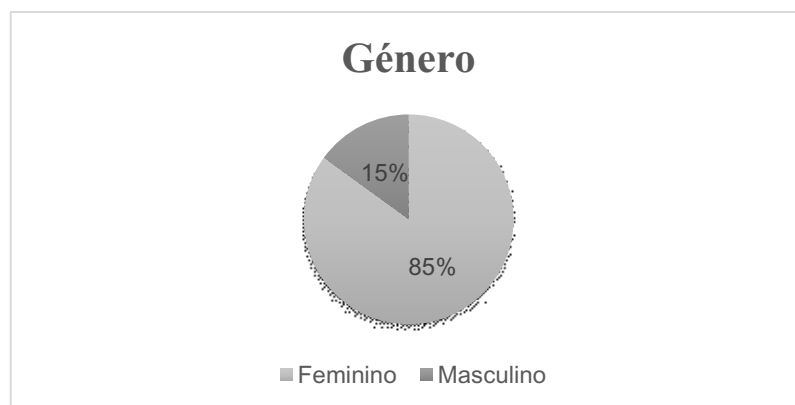


Figura 1- Distribuição da amostra consoante o género

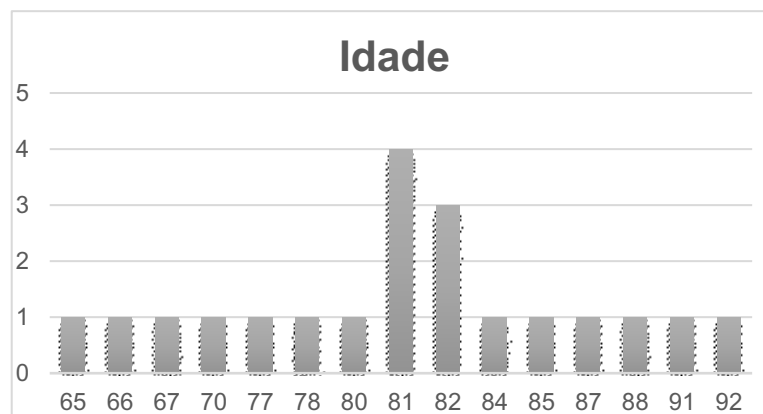


Figura 2- Distribuição da amostra consoante a idade

ii. Caraterização da Saúde oral

O questionário apresentava algumas perguntas relativas à caraterização oral do indivíduo, quanto ao uso de prótese, aos hábitos de higiene pessoais e ainda sobre as condições subjetivas de saúde oral.

Questão: Possui alguma Prótese Removível?

Constatou-se que apenas 15% dos participantes eram portadores de próteses removíveis parciais e que apenas um indivíduo (5%) possuía prótese total superior e parcial inferior. Por outro lado, 25% dos inquiridos possuíam prótese total superior e inferior, no entanto, 55% dos inquiridos não possuíam prótese removível (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da frequência da amostra de acordo com o uso de prótese

| | N | % |
|--|----------|----------|
| Não possui prótese | 11 | 55 |
| Prótese parcial | 3 | 15 |
| Prótese total superior e parcial inferior | 1 | 5 |
| Prótese total superior e inferior | 5 | 25 |

Questão: Com que frequência escova os seus dentes?

Dois terços das pessoas questionadas referiram escovar os seus dentes mais do que uma vez por dia, enquanto que um terço afirma fazê-lo menos que uma vez por dia (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição da amostra de acordo com a frequência de escovagem

| | N | % |
|------------------------------------|----------|----------|
| Menos de uma vez por dia | 4 | 33.3 |
| Mais de que uma vez por dia | 8 | 66.7 |

Questão: Como descreve a condição dos seus dentes e gengivas?

Quanto à condição das peças dentárias presentes praticamente um quarto dos inquiridos consideram ter uma condição de “Boa” a “Excelente” dos seus dentes, por outro lado, 76.9% considera ter uma percepção média a má. Quanto à autopercepção do estado das gengivas, 40% dos indivíduos consideram que as suas gengivas se encontram “Boas”, “Muito boas” ou em “Excelentes condições”. Em contrapartida 60% dos participantes afirma ter gengivas em condições “Médias” ou “Más” (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição da amostra segundo a autopercepção das condições dos dentes e das gengivas

| | | | N | % |
|-------------------------------------|----------|-----------------|----|------|
| Como descreve a condição | Dentes | Excelente a Boa | 3 | 21.3 |
| | | Média a Má | 10 | 76.9 |
| | Gengivas | Excelente a Boa | 8 | 40 |
| | | Média a Má | 12 | 60 |

iii. Análise descritiva do Índice GOHAI

O índice GOHAI é constituído por 12 questões com três possibilidades de resposta “Sempre”; “Às vezes” e “Nunca”.

Observou-se uma média igual a 26.7 ± 5.2 , uma mediana de 27 e obteve-se resultados num intervalo de 16 a 33, como está descrito na Tabela 4.

Os valores obtidos foram convertidos às seguintes categorias:

- Pontuação entre 34 e 36 pontos: Autopercepção “Elevada”;
- Pontuação entre 30 e 33 pontos: Autopercepção “Moderada”;
- Pontuação inferior a 30 pontos: Autopercepção “Baixa”.

Considerando tais categorias, 60% dos participantes possuíam uma autopercepção “Baixa” da qualidade de vida relacionada com a sua saúde oral, 40% possuía autopercepção “Moderada” e nenhum participante possuía uma autopercepção “Elevada” (Tabela 5).

Tabela 4- Distribuição da amostra consoante o Índice GOHAI

| | | GOHAI |
|------------------------|-----------|-----------------|
| Índice de GOHAI | Média | 26.7 ± 5.20 |
| | Mediana | 27 |
| | Intervalo | 16 a 33 |

Tabela 5- Distribuição da amostra consoante as categorias do Índice GOHAI

| | | N | % |
|---|----------|----|-----|
| Índice de GOHAI (Autoperceção) | Baixa | 12 | 60% |
| | Moderada | 8 | 40% |
| | Elevada | 0 | 0% |

Analisaremos de seguida as respostas a cada uma das questões que compõem o índice GOHAI.

Questão1: Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?

Relativamente à questão anteriormente mencionada, verificou-se que 25% dos inquiridos afirmam “Nunca” terem diminuído ou alterado a sua alimentação, 41.7% refere que por vezes alterou a sua dieta e um terço dos participantes deram como resposta a opção “Sempre”. Como se pode constatar na Figura 3.

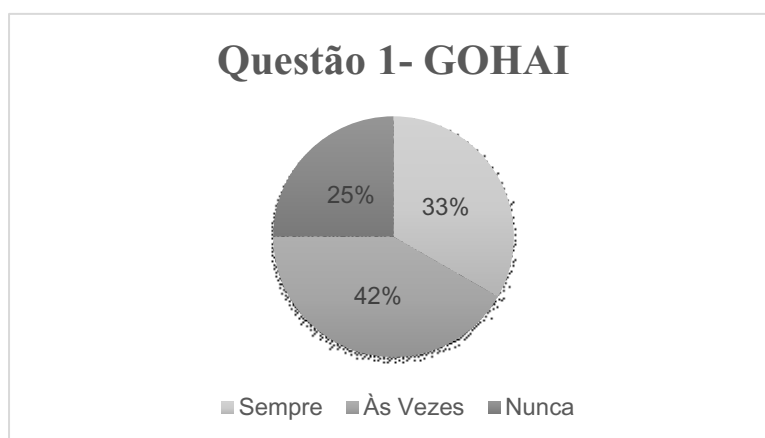


Figura 3- Distribuição de frequências da questão número 1 do índice GOHAI

Questão2: Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?

Quanto à segunda questão, metade dos participantes relataram problemas ao mastigar alimentos. Em contrapartida, o número de indivíduos que apresentam “Sempre” problemas no ato de mastigar é idêntico ao número de indivíduos em que “Nenhum” momento apresentam qualquer tipo de problemas a mastigar alimentos (Figura 4).

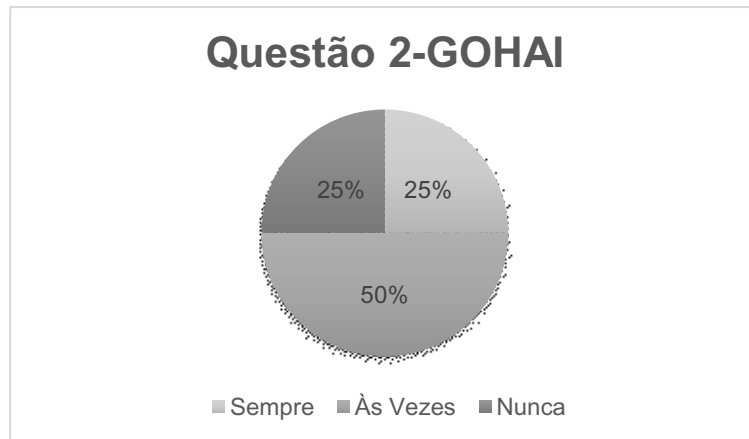


Figura 4- Distribuição de frequências da questão número 2 do índice GOHAI

Questão3: Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?

Quanto a esta questão, a maioria dos inquiridos (65%) afirma não ter dor ou desconforto ao engolir alimentos, 20% afirma ter “Às vezes” e 15% relata ter “Sempre” dores (Figura 5).

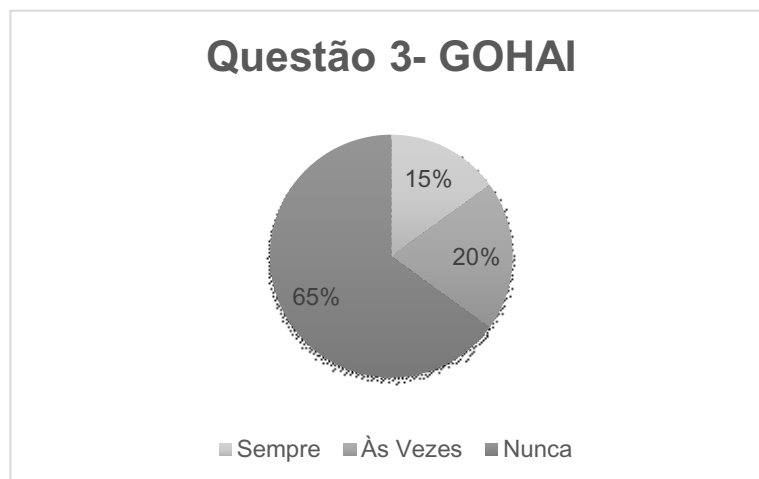


Figura 5- Distribuição de frequências da questão número 3 do índice GOHAI

Questão4: Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?

Verifica-se que 60% dos participantes, quando questionados se nos últimos 3 meses tinham mudado o seu modo de falar devido a problemas orais, afirmam que tal “Nunca” aconteceu, sendo que 25% afirma que “Às vezes” mudou e 15% optou por responder “Sempre” (Figura 6).

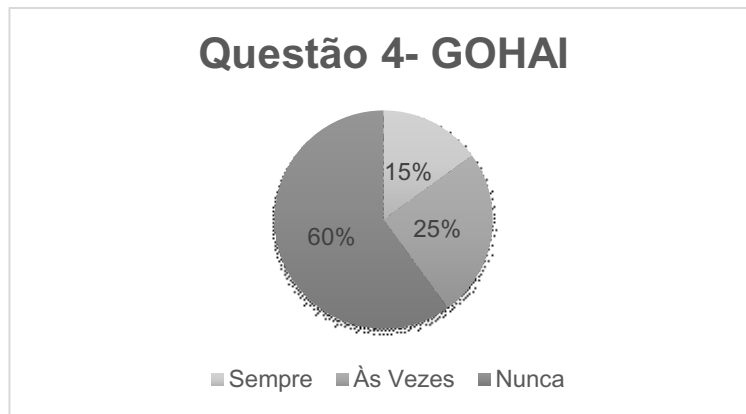


Figura 6- Distribuição de frequências da questão número 4 do índice GOHAI

Questão5: Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?

Em relação a esta questão, salienta-se que 35% relata sentir desconforto “Sempre” que come certos alimentos, 25% apenas “Algumas vezes” e 40% “Nunca” sente desconforto na alimentação (Figura 7).

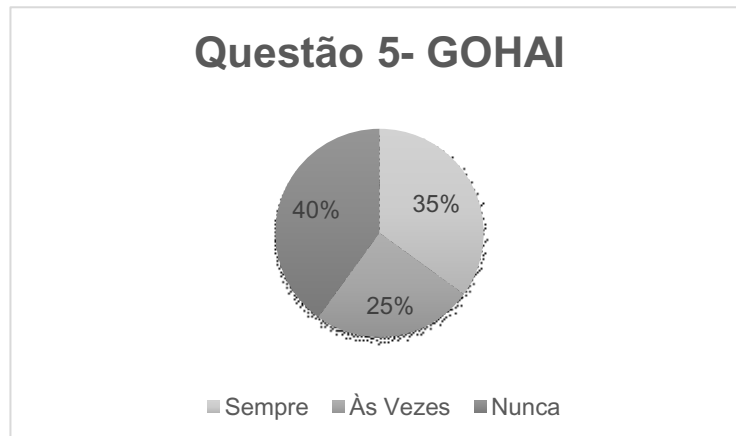


Figura 7- Distribuição de frequências da questão número 5 do índice GOHAI

Questão6: Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?

No que refere à questão 6, apenas 10% afirma deixar de se encontrar com outras pessoas por causa de problemas na sua boca, 20% opta por “Às vezes” e uma maioria considerável (70%) refere “Nunca” deixar de se encontrar com outras pessoas devido a problemas com a sua cavidade oral (Figura 8).

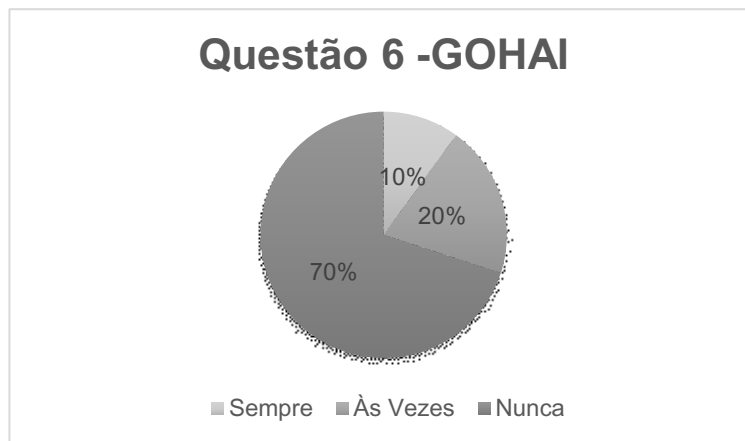


Figura 8- Distribuição de frequências da questão número 6 do índice GOHAI

Questão7: Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com aparência da sua boca?

Em relação aos dados da questão 7, 45% dos participantes responderam que “Sempre” se sentiram satisfeitos ou felizes com aparência da sua boca. Por outro lado 30%, considera que “Nunca” se sentiram satisfeitos com a aparência do seu sorriso e 25% refere que só “Às vezes” se sentem felizes com a aparência do seu sorriso (Figura 9).

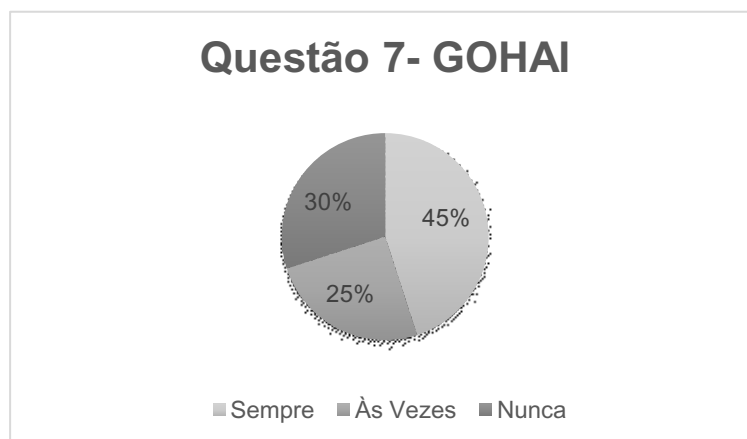


Figura 9- Distribuição de frequências da questão número 7 do índice GOHAI

Questão8: Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?

Relativamente a esta questão, a maioria dos participantes refere que “Nunca” teve de tomar medicamentos para dor ou desconforto na cavidade oral. Enquanto que 15% dos inquiridos refere “Sempre” ou “Às vezes”, como pode ser observado na Figura 10.

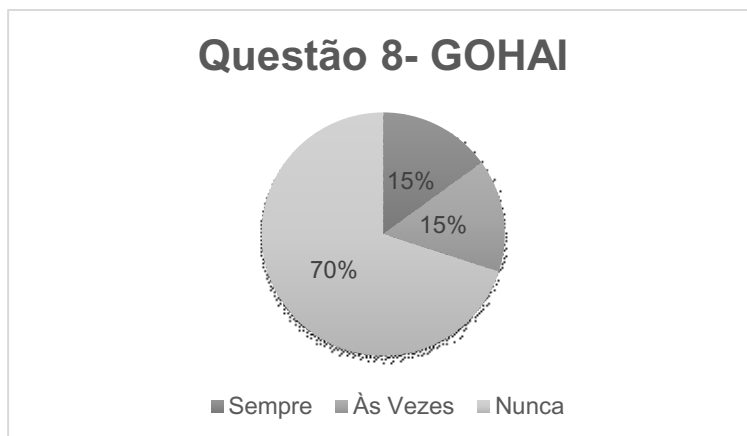


Figura 10-- Distribuição de frequências da questão número 8 do índice GOHAI

Questão9: Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?

Em relação à questão 9, 55% dos inquiridos referem “Nunca” ter estado preocupado com algum problema na sua boca, enquanto que 20% responde “Sempre” e 25% considera que “Às vezes” se encontrou preocupado com problemas na cavidade oral (Figura 11).

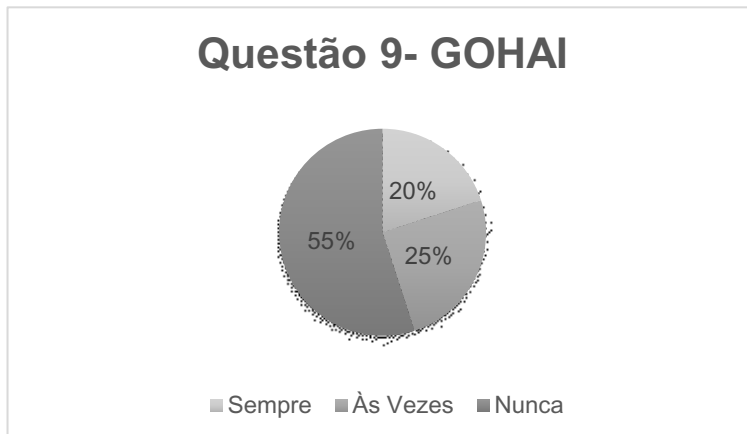


Figura 11- Distribuição de frequências da questão número 9 do índice GOHAI

Questão10: Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?

Quanto à questão 10, obteve-se a mesma distribuição que na questão 9. Vale ressaltar ainda que 55% dos inquiridos afirmam “Nunca” terem estado nervosos com algum problema na sua boca, enquanto que 20% responde “Sempre” e 25% considera que “Às vezes” se encontrou nervoso com problemas na cavidade oral (Figura 12).

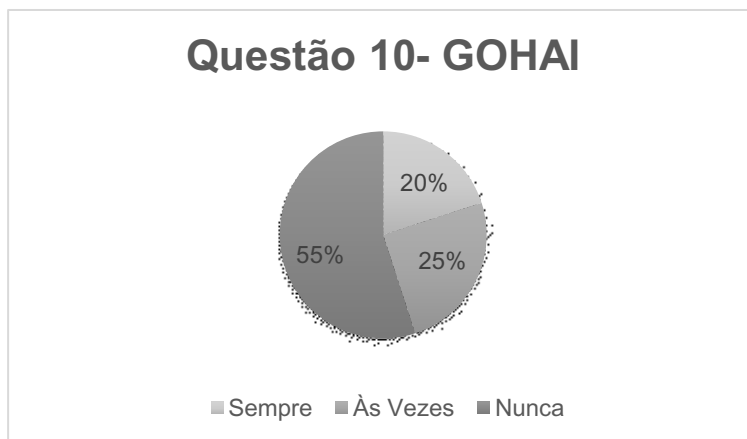


Figura 12- Distribuição de frequências da questão número 10 do índice GOHAI

Questão11: Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?

Os participantes quando questionados se alguma vez tinham evitado comer junto a outras pessoas durante os últimos 3 meses, devido a problemas na boca, 55% afirma “Nunca” terem evitado realizar refeições ao lado de outras pessoas, enquanto que 20% e 25% responde “Sempre” e “Às vezes” respetivamente (Figura 13).

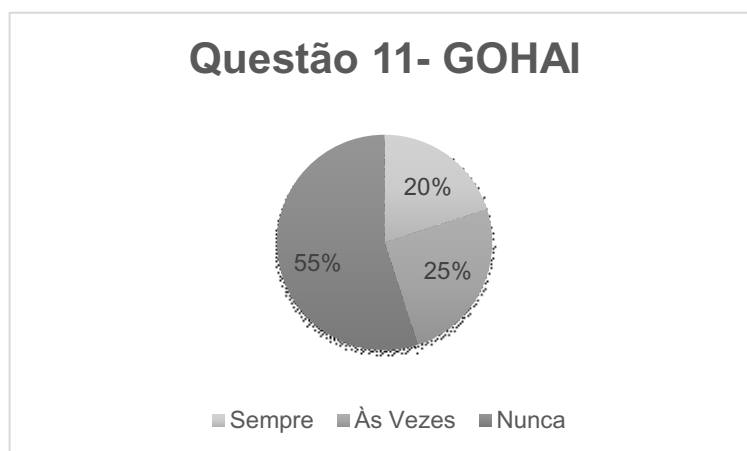


Figura 13- Distribuição da frequência da questão número 11 do índice GOHAI

Questão12: Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?

Relativamente à questão 12, as respostas obtidas foram bastante similares nas categorias “Às vezes” e “Nunca”, com 40% e 45% respetivamente. Contudo, 15% dos inquiridos optaram por responder “Sempre” (Figura 14).

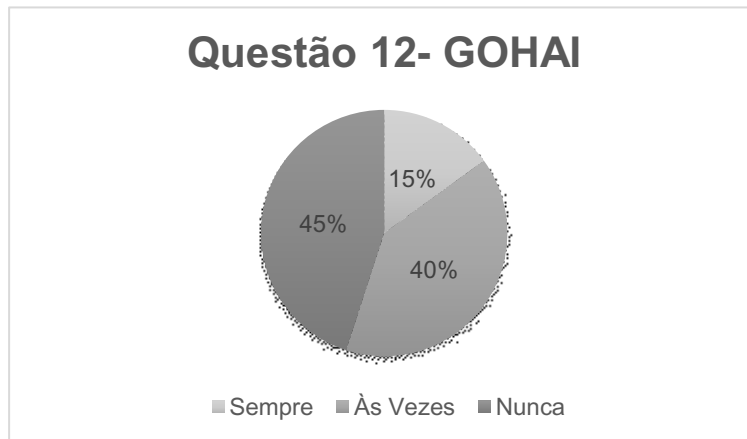


Figura 14- Distribuição de frequências da questão número 12 do índice GOHAI

iv. Análise descritiva da Escala de depressão geriátrica de Yesavage (GDS-15)

Os valores obtidos foram agrupados segundo três categorias:

- Pontuação menor que 5 pontos – “Sem depressão”;
- Pontuação entre 6 e 10 pontos – “Depressão ligeira”;
- Pontuação entre 11 e 15 pontos – “Depressão grave”.

Assim, considera-se que a média (4.20 ± 3.50) se encontra contida na categoria “Sem depressão” com um mínimo de 0 e um máximo de 12, sendo que a sua mediana é de 3, como se pode observar na Tabela 6.

Após totalizarem-se os valores e convertidos segundo as três subcategorias, constatou-se que 65% (13) dos inquiridos não possuem sinais de depressão, 30% (6) possuem sintomas leves de depressão e ainda que apenas um indivíduo (5%) apresentava sinais severos de depressão (Tabela 7).

Tabela 6- Distribuição da amostra segundo a GDS-15

| | | GDS-15 |
|---|-----------|-----------------|
| Escala de depressão geriátrica de Yesavage | Média | 4.20 ± 3.50 |
| | Mediana | 3 |
| | Intervalo | 0 a 12 |

Tabela 7- Distribuição da amostra segundo as categorias da GDS-15

| | | N | % |
|---|-----------------------------|----|-----|
| Escala de depressão geriátrica de Yesavage | Sem sinais de depressão | 13 | 65% |
| | Sinais de depressão ligeira | 6 | 30% |
| | Sinais de depressão severa | 1 | 5% |

De seguida apresentamos as respostas obtidas individualmente em cada uma das questões da escala de Yesavage (Tabela 8).

Tabela 8- Distribuição da amostra segundo as questões da GDS-15

| | | N | | % | |
|---------------|---|------------|------------|------------|------------|
| GDS-15 | | Sim | Não | Sim | Não |
| 1 | De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida? | 16 | 4 | 80 | 20 |
| 2 | Abandonou muitos dos seus interesses e atividades? | 6 | 14 | 30 | 70 |
| 3 | Sente que a sua vida está vazia? | 10 | 10 | 50 | 50 |
| 4 | Sente-se frequentemente aborrecido? | 9 | 11 | 45 | 55 |
| 5 | Na maior parte do tempo está de bom humor? | 16 | 4 | 80 | 20 |
| 6 | Tem medo de que algo de mal lhe aconteça? | 12 | 8 | 60 | 40 |
| 7 | Sente-se feliz na maior parte do tempo? | 12 | 8 | 60 | 40 |
| 8 | Sente-se frequentemente abandonado/desamparado? | 4 | 16 | 20 | 80 |

| | | | | | |
|-----------|--|----|----|----|----|
| 9 | Prefere ficar em casa/instituição, a sair e fazer coisas novas? | 4 | 16 | 20 | 80 |
| 10 | Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade? | 3 | 17 | 15 | 85 |
| 11 | Atualmente acha que é maravilhoso estar vivo? | 14 | 6 | 70 | 30 |
| 12 | Sente-se inútil? | 3 | 17 | 15 | 85 |
| 13 | Sente-se cheio de energia? | 16 | 4 | 80 | 20 |
| 14 | Sente-se sem esperança? | 3 | 17 | 15 | 85 |
| 15 | Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr/Sra. | 4 | 16 | 20 | 80 |

v. Análise descritiva do Índice de CPOD

No que toca ao índice de CPOD, este foi analisado na sua totalidade e segundo os 3 subgrupos que possui (cariados, obturados e perdidos).

Averiguou-se que a média do número de dentes cariados é de 4.87 ± 5.04 e o número de dentes obturados é de 0.29 ± 0.77 .

É de destacar que a média de dentes perdidos, 10.35 ± 8.28 , é relativamente próxima da média do total do CPOD (13.41 ± 9.94), tal como se observa na Tabela 9.

Tabela 9- Distribuição da amostra segundo o índice de CPOD

| Índice de CPOD | Cariados | Perdidos | Obturados | Total |
|-----------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| Média | 4.87 ± 5.04 | 10.35 ± 8.28 | 0.29 ± 0.77 | 13.41 ± 9.94 |
| Mediana | 4 | 8 | 0 | 9 |
| Intervalo | 0 a 15 | 2 a 29 | 0 a 3 | 2 a 32 |

vi. GOHAI Vs GDS-15

Com o intuito de analisar a correlação entre o índice GOHAI e a Escala de depressão geriátrica de Yesavage, foi utilizado o teste não paramétrico de Spearman e o teste de Peterson, no qual se obteve respectivamente um valor de correlação de -0.058 (p=0.807) e um valor de -0.118 (p=0.621), ou seja, não existe associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas duas variáveis (Tabela 10).

Para avaliar uma potencial associação entre as categorias optou-se também por efetuar o teste qui-quadrado. Os pacientes categorizados como “Sem depressão” revelavam praticamente os mesmos níveis de autopercepção. Por outro lado, nos inquiridos que foram categorizados com “depressão”, cerca de três quartos possuíam “Baixa” autopercepção segundo o índice de GOHAI. Contudo, não existe significância estatística (p=0.444) (Tabela 11).

Tabela 10- Correlação de Peterson e de Spearman. Relação entre o índice GOHAI e a Escala Geriátrica de Yesavage

| | | GDS-15 | |
|---------------------|------------------------|--------|---------------|
| | | Valor | Significância |
| Índice GOHAI | Correlação de Peterson | -0.118 | p= 0.621 |
| | Correlação de Spearman | -0.058 | p= 0.807 |

Tabela 11- Teste do Qui-quadrado. Relação entre o índice GOHAI e a Escala Geriátrica de Yesavage

| | | Sem depressão | | Com depressão | |
|---------------------|------------------------------|---------------|------|----------------------|------|
| | | N | % | N | % |
| Índice GOHAI | Baixa | 7 | 53.8 | 5 | 71.4 |
| | Moderada | 6 | 46.2 | 2 | 28.6 |
| | Total | 13 | 65 | 7 | 35 |
| Vs GDS-15 | Teste do qui-quadrado | Valor | | Significância | |
| | | 0.586 | | p= 0.444 | |

vii. Caraterização oral vs GDS-15

Estabeleceu-se a relação entre a escala de Yesavage e a autoperceção do estado das gengivas e dos dentes.

Apesar de os valores não serem estatisticamente significativos, é de salientar que todos os inquiridos caracterizados com “depressão” manifestaram uma autoperceção “média” a “má”, quando questionados sobre as condições dos seus dentes (teste do qui-quadrado; $p=0.188$ (Tabela 12). De forma semelhante, 85.7% dos indivíduos categorizados com “depressão” relataram uma autoperceção das suas gengivas de “Média” a “Má” (teste do qui-quadrado; $p=0.085$ (Tabela 13)).

Tabela 12- Teste do Qui-quadrado. Relação entre a autoperceção das condições dos dentes e a Escala Geriátrica de Yesavage

| | | Sem | | Com | |
|--|-----------------------------------|------------------|----------|----------------------|----------|
| | | depressão | | depressão | |
| | | N | % | N | % |
| Autoperceção da condição dos dentes Vs GDS-15 | Média a Má | 6 | 66.7 | 4 | 100 |
| | Boa a Excelente | 3 | 100 | 0 | 0 |
| | Total | 9 | 69.2 | 4 | 30.8 |
| | Teste do qui- quadrado | Valor | | Significância | |
| | | 1.733 | | p= 0.188 | |

Tabela 13- Teste do Qui-quadrado. Relação entre a autopercepção das condições das gengivas e a Escala Geriátrica de Yesavage

| | | Sem depressão | | Com depressão | |
|---|------------------------------|---------------|------|----------------------|------|
| | | N | % | N | % |
| Autopercepção da condição das gengivas Vs GDS-15 | Média a Má | 6 | 46.2 | 6 | 85.7 |
| | Boa a Excelente | 7 | 53.8 | 1 | 14.3 |
| | Total | 13 | 65.0 | 7 | 35.0 |
| | Teste do qui-quadrado | Valor | | Significância | |
| | | 2.987 | | p= 0.085 | |

viii. Índice de CPOD vs GDS-15

Os valores do índice de CPOD foram comparados com a distribuição por categorias da escala geriátrica de Yesavage, através do teste Mann-Whitney (Tabela 14).

Não foram verificadas diferenças significativas no número de dentes cariados, perdidos, obturados, nem com o total do CPOD, entre indivíduos classificados com distintas categorias na escala de Yesavage ($p > 0.05$).

Tabela 14- Teste não-paramétrico, Mann-Whitney. Relação entre o índice CPOD e a Escala geriátrica de Yesavage

| Índice de | Sem depressão | | Com depressão | | Teste de Mann-whitney | | |
|------------------|---------------|-------|---------------|-------|-----------------------|-------------------|-------|
| | N | Média | N | Média | Valor | Significância (p) | |
| CPOD | | | | | | | |
| | Cariados | 10 | 8.40 | 5 | 7.20 | 21.00 | 0.620 |
| VS | | | | | | | |
| | Perdidos | 11 | 8.55 | 6 | 9.83 | 28.00 | 0.612 |
| GDS-15 | | | | | | | |
| | Obturados | 11 | 9.82 | 6 | 7.50 | 24.00 | 0.173 |
| | CPOD | 11 | 9.91 | 6 | 7.33 | 23.00 | 0.311 |
| | Total | | | | | | |

Capítulo 4: Discussão

4 Discussão

No paciente geriátrico a depressão é dos problemas de saúde mental mais comuns. Esta parece apresentar um impacto negativo na qualidade de vida e no desempenho das tarefas do quotidiano, constituindo-se como um eventual fator de risco para a saúde oral (7-13). Sabe-se também que, atualmente, existe literatura significativa sobre a relação entre o estado de saúde oral e a demência ou perda de autonomia (15-20). Porém, escassos são os estudos que se debatem sobre a relação entre os sintomas de depressão, o estado de saúde oral e o impacto na qualidade de vida.

Considerando os referidos aspetos, este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de sinais e sintomas de depressão e avaliar o seu impacto no estado de saúde oral e na qualidade de vida de idosos do distrito de Viseu, através da utilização de escalas fidedignas e validadas para a população portuguesa, como o Índice GOHAI e a Escala de depressão geriátrica de Yesavage na sua versão reduzida. Todas as perguntas dos questionários foram realizadas e esclarecidas oralmente, com o intuito de minimizar equívocos ou incompreensão por parte dos idosos, maximizando assim, a obtenção de dados e a sua precisão.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, é notável um envelhecimento demarcado da população estudada, constituída por 20 indivíduos com idades médias de 80 anos. Tais valores encontram-se concordantes com os dados divulgados pelo INE em 2018, onde a esperança média de vida para a região centro de Portugal se encontra situada nos 81,11 anos. Contudo, este indicador apenas mede a idade, independentemente da qualidade de vida (22,70,71).

Quanto à distribuição da amostra de acordo com género, mostrou-se concordante com os dados recolhidos pelo INE no mesmo ano. Em resultado da maior mortalidade na população masculina, o número de homens é significativamente inferior ao número de mulheres, porém este desequilíbrio tem vindo a decrescer.

No presente estudo, o número de mulheres é muito superior ao número de homens, 85% da amostra é representada pelo género feminino e o género masculino representa apenas 15%. Não se mostrando discrepante com os dados divulgados pelo INE (15,16,70,71), em Portugal, na faixa etária com mais de 65 anos, 44% são do género masculino e em indivíduos com mais de 80 anos apenas 36% são do género masculino.

A discrepância entre géneros, observada no presente estudo, pode ser explicada não só por uma prevalência maior de mulheres na população em geral, bem como, a

população feminina mostrar uma maior iniciativa e predisposição em participar no estudo.

i. Saúde oral

A caracterização da saúde oral foi efetuada através de questões sobre os seus hábitos de higiene, condições dos seus dentes e gengivas.

Relativamente aos hábitos de higiene, numa população geriátrica da região do Porto, 53.5% dos participantes referiram escovar os dentes mais de uma vez por dia enquanto que, no nosso estudo, 66.7% dos inquiridos referiram escovar mais que uma vez por dia ⁽⁷²⁾.

No que diz respeito às condições dos dentes e das gengivas, verificou-se que 60% dos indivíduos refere condições “Médias” a “Más” no que toca às gengivas e que 76.9% referem condições “Médias” a “Más” nas suas peças dentárias, percentagens muito superiores ao estudo de *Ribeiro et al.* ⁽⁷²⁾, que afirma que apenas 16.3% dos participantes relataram problemas nas gengivas e 32.6% referiu ter problemas com os dentes.

Relativamente à avaliação da autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, esta foi realizada através do índice GOHAI. Esta escala permite medir e interpretar de uma forma rápida o impacto dos problemas de saúde oral na rotina e em vários aspetos do quotidiano do indivíduo ^(65,67,73–75).

No presente estudo obteve-se uma média de 26.7 ± 5.20 no índice GOHAI, e uma grande maioria dos inquiridos (60%) apresentava uma perceção “Baixa” da sua qualidade de vida relacionada com a saúde oral e nenhum indivíduo apresentava valores superiores a 34 pontos (autoperceção “Elevada”). Tais resultados diferem daqueles obtidos por *Carvalho et al.* ⁽⁶⁵⁾ num estudo realizado numa população portuguesa com mais de 65 anos, onde se registou uma autoperceção “Elevada”, bem como os resultados obtidos por *Tavares* ⁽⁷⁶⁾, *Goolamhussem* ⁽⁷⁷⁾, *Monteiro* ⁽⁷⁸⁾, realizado numa localização geográfica muito semelhante à do estudo presente onde a média do inquiridos se encontrava contida na autoperceção “Moderada” segundo as categorias do índice de GOHAI.

As discrepâncias de resultados refletem assim a necessidade dos indivíduos da amostra mudarem os comportamentos de saúde oral, assim como, das instituições criarem estratégias de cuidados orais que permitam reduzir o impacto da condição oral na qualidade de vida.

No que diz respeito, à idade e ao género, vários artigos referem existir relação com a autoperceção obtida pelo índice GOHAI, contudo no presente estudo tal não se verificou ^(4,59,65,67).

Outro aspeto a levar em consideração é o edentulismo ou perda dentária. O edentulismo completo tem vindo a reduzir significativamente ao longo do tempo, em contrapartida o edentulismo parcial cresceu significativamente nas últimas décadas⁽⁴⁸⁾.

Cabe salientar que o edentulismo é considerado um dos indicadores de qualidade de vida, uma vez que a perda dentária leva a inúmeras alterações no quotidiano dos idosos, desde alterações na sua dieta, fonética e nutrição. Ainda que, estes fatores agravem quando não existe reabilitação protética que restabeleça a função mastigatória, a maioria da amostra estudada não possuía qualquer reabilitação protética removível (55%)^(41,43,48,49,79,80).

Acrescente-se ainda que, as reabilitações protéticas são muito relevantes na vida social do indivíduo. Ainda que a eficiência mastigatória com recurso a próteses removíveis seja inferior à dentição natural, a reabilitação protética permite restabelecer a função mastigatória, assim como a estética e a aparência do sorriso, que muitas vezes quando existe higiene precária ou ausência de muitas peças dentárias, causa insegurança no idoso ou até mesmo o isolamento social^(4,48,63,74,81).

Diante deste contexto, na amostra estudada, quando os indivíduos apresentam reabilitações protéticas, existe uma ligeira preferência pelas próteses superiores não só devido ao seu valor estético, mas também por esta apresentar um maior conforto para os pacientes e conseqüentemente uma maior qualidade de vida. A existência de problemas de estabilidade, falta de retenção ou lesões traumáticas, devido ao uso de prótese dentária está particularmente associado a próteses inferiores^(4,48).

É de salientar que para além do número elevado de indivíduos sem qualquer tipo de reabilitação protética, todos os participantes possuíam algum tipo de edentulismo, assim, a percentagem de idosos reabilitados com prótese removível é desproporcional à perda dentária (10.35 ± 8.28) obtida na amostra estudada.

A média total do índice de CPOD é muito semelhante à média total do número de dentes perdidos. Em face disso, constata-se que o valor de CPOD (13.41 ± 9.94) é elevado sobretudo pelo número de dentes perdidos (10.35 ± 8.28). Apesar do índice de CPOD ser elevado no presente estudo, outra investigação, com uma amostra semelhante, mas realizada por *Veiga et al.*⁽⁸²⁾ em Viseu, Arganil e no Porto, com uma média de idades de 78.3 ± 12.0 anos apresenta valores de CPOD superiores a 20 em 78.6% dos participantes.

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre a autoperceção segundo o índice GOHAI e o índice de CPOD.

Contudo a autopercepção média da amostra é considerada como “Baixa” destacando uma eventual relação entre a perda dentária o seu impacto na qualidade de vida. Tal como constatarem *Gerritsen et al.* ⁽⁸³⁾ e *Gilbert et al.* ⁽⁸⁴⁾.

Em virtude do número elevado de dentes perdidos, a média do número de dentes cariados foi reduzido (4.87 ± 5.04) e o número de dentes obturados foi praticamente nulo (0.29 ± 0.77). Evidenciando poucos cuidados médicos prestados e a necessidade de implementar outras estratégias de manutenção de cuidados de saúde oral. Outra razão pela qual, estes valores podem ser justificados, são as condições em que o exame intraoral foi realizado, tirando partido exclusivo da luz natural, na ausência de cadeira dentária e de métodos complementares de diagnóstico como o recurso a radiografias intraorais.

ii. Depressão

O uso de critérios específicos e desenhados para a população idosa é fundamental, de forma a que os sintomas depressivos não sejam confundidos com as mudanças fisiológicas próprias de envelhecimento, a fim de obter dados fidedignos e objetivos. Como tal, optou-se pela escala de Yesavage que é um instrumento de avaliação e deteção de sintomas depressivos na população geriátrica, mundialmente utilizada e validada para a população portuguesa ⁽³⁶⁾.

Não foi encontrada relação entre o género feminino e a prevalência de sinais de depressão, todavia inúmeros estudos, incluindo o estudo de *Helvik et al.* ⁽³⁰⁾ relatam que o género feminino é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas de depressão ^(9,10,85-87).

Alexopoulos ⁽³³⁾ preconizou que em indivíduos com idades superiores a 70 anos a percentagem de sinais de depressão chega a valores próximos dos 30%. Também os resultados obtidos por *Jongenelis et al.* ⁽⁸⁸⁾ onde a média de idades dos participantes se encontrava na faixa dos 79.4 anos, demonstraram que 46% dos indivíduos revelavam presença de sintomas de depressão.

Considerando tais aspetos, o presente estudo, composto por uma amostra em que apenas 3 dos intervenientes possuem idades inferiores a 70 anos e com uma média de idades situada nos 80 anos, vai ao encontro dos resultados obtidos por *Alexopoulos* ⁽³³⁾, com uma percentagem ligeiramente superior (35%) a apresentar sinais de depressão.

Para além da associação entre idades avançadas e depressão encontrada na literatura, também a institucionalização surge frequentemente referida como um fator de risco para quadros depressivos ^(10,88). Ao levar em consideração estes dados, os resultados obtidos

nesta dissertação podem ser justificados devido à amostra ser inteiramente constituída por indivíduos residentes em instituições.

Como consequência da depressão, esta poderá elevar o risco de cáries dentárias e da doença periodontal devido à falta de energia e de motivação que afetará as medidas de higiene oral do indivíduo^(9-12,31,89). Ainda que todos os participantes categorizados neste estudo com “depressão” demonstrassem uma autoperceção das suas peças dentárias entre “Médias” e “Más”, não foi encontrada qualquer relação estatisticamente significativa. De igual forma, também não foram encontradas relações significativas entre a escala de Yesavage e o número de dentes “Perdidos”, “Cariados” e “Obturados” do índice CPOD ($p < 0.05$), resultados estes em consonância com os estudos de *Almomani et al.*^(86,87) e *Andrade et al.*⁽⁹⁰⁾. Contudo, vários autores^(12,24) mostram que indivíduos com depressão têm uma maior prevalência de cárie e que quanto maior a severidade da depressão maior é o número de dentes cariados. Também *Hybels et al.*⁽⁹¹⁾ referem que indivíduos com sintomas moderados de depressão apresentam condições orais precárias, assim como *Takiguchi et al.*⁽⁸⁵⁾ afirmam que existe uma associação entre disfunções orais e sintomas depressivos.

Neste sentido, os resultados do nosso estudo podem dever-se por um lado, ao reduzido tamanho da amostra e, por outro, ao facto de indivíduos com depressão poderem desvalorizar, desconsiderar ou ainda exagerar a perceção das suas condições orais, pelo que, nem sempre, é possível encontrar associações significativas entre a depressão e a autoperceção do estado de saúde oral^(12,66,90).

É bom lembrar que a depressão também se reflete na qualidade de vida, uma vez que afeta não só o estado de espírito do indivíduo, como também, a forma como este atua, pensa e percebe o ambiente a seu redor^(7-13,29,34,35,92).

Andrade et al.⁽⁹⁰⁾ destacam que os participantes do seu estudo que apresentavam depressão eram mais propensos a ter uma “Baixa” autoperceção segundo a escala GOHAI. O mesmo se constatou na presente monografia, onde quase três quartos dos indivíduos com sinais de “depressão” apresentavam autoperceção “Baixa” da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Ainda assim, não se verificaram valores estatisticamente significativos entre a escala de Yesavage e o Índice de GOHAI, ao contrário dos resultados discutidos na revisão sistemática de *Cademartori et al.*⁽¹²⁾, possivelmente pelo reduzido tamanho da nossa amostra.

Os estudos que se debatem sobre a população idosa devem ser realizados com frequência e serem capazes de refletir em detalhe as necessidades de cuidados de saúde deste grupo populacional ^(25,72).

A implementação de estratégias educacionais e de cuidados de saúde oral num grupo tão vulnerável e prioritário como é a população geriátrica, é um enorme desafio, no entanto imprescindível, devido aos níveis elevados de dentes perdidos e a falta de reabilitação protética na população estudada ^(17,25,65,67,72,79).

O uso de questionários semelhantes aos usados na presente monografia, permite avaliar sintomas de patologias mentais e orais, assim como avaliar a autoperceção do indivíduo, direcionar os pacientes para tratamentos adequados e agilizar as instituições a promoverem cuidados de saúde aos seus utentes, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos idosos ^(25,65,67,72,80).

iii. Limitações do estudo:

O reduzido tamanho da amostra é uma das principais limitações deste estudo, dado que não permite extrapolar os resultados obtidos para a população em geral.

Este número reduzido da amostra verificou-se pelo impedimento de recolha de dados a partir do início do mês de março, devido à impossibilidade de acesso aos lares ou residências de idosos por circunstância da atual conjuntura pandémica da COVID-19.

Outras limitações do estudo:

- Percentagem de indivíduos do género feminino muito superior à do género masculino;
- Por serem questionários aplicados através de uma entrevista, pode existir um viés de resposta, uma vez que os inquiridos podem optar por não responder com veracidade, mas sim com o que consideram socialmente mais correto;
- Exames intraorais com recurso exclusivo à luz natural;
- Ausência de métodos complementares de diagnóstico como radiografias intraorais.

Capítulo 5: Conclusão

5 Conclusão

Com esta monografia foi possível retirar as seguintes conclusões:

- Constatou-se uma perda dentária significativa, com elevado número de dentes perdidos no índice CPOD;
- Verificou-se uma baixa autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população em estudo;
- Verificou-se que cerca de 1/3 da amostra em estudo apresenta sintomas de depressão;
- Constatou-se que indivíduos com sintomas de depressão possuem uma maior tendência para manifestar uma baixa autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral;
- Verificou-se que indivíduos com sintomas de depressão tendem a relatar mais problemas com os seus dentes e gengivas, ainda que tal não se tenha refletido nos resultados do índice de CPOD.

i. Futura linhas de investigação

É fundamental realizar-se mais estudos acerca das repercussões de doenças sistémicas, incluindo doenças do foro psicológico, no estado de saúde oral e na qualidade de vida, de forma a melhorar a avaliação das necessidades físicas, psicológicas e sociais dos idosos institucionalizados.

Perante este contexto é imperativo, dar-se continuidade ao presente estudo com uma dimensão amostral maior.

Espera-se que no futuro seja possível realizar ações de sensibilização para os idosos, assistentes, auxiliares e cuidadores sobre a manutenção de saúde oral e a sua importância, com conseqüente melhoria da qualidade de vida e bem-estar do idoso.

Capítulo 6- Bibliografía

6 Bibliografia

1. Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico de Portugal 2018. Lisboa; INE; 2018
2. Murray Thomson W. Epidemiology of oral health conditions in older people. *Gerodontology*. 2014;31(1):9–16.
3. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO; 2002.
4. Paredes-Rodriguez V, Torrijos-Gomez G, Gonzalez-Serrano J, Lopez-Pintor-Munoz R, Lopez-Bermejo M, Hernandez-Vallejo G, et al. Quality of life and oral health in elderly. *J Clin Exp Dent*. 2016 Dec;8(5):590–6.
5. Lima Saintrain M V., Gonçalves RD. Salivary tests associated with elderly people's oral health. *Gerodontology*. 2013 Jun;30(2):91–7.
6. Veiga N. Oral Health and Physical and Mental Limitations among the Elderly. *Int J Dent Oral Heal*. 2016;2(6):1–3.
7. Blazer D, Hughes D, George LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontol Soc Am*. 1987;27(3):281–7.
8. Peach J, Koob JJ, Kraus MJ. Psychometric Evaluation of the Geriatric Depression Scale (GDS). *Clin Gerontol*. 2001;23(3–4):57–68.
9. Friedlander AH, Friedlander IK, Gallas M, Velasco E. Late-life depression: its oral health significance. *Int Dent J*. 2003 Feb 1;53(1):41–50.
10. Casey DA. Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition. *Prim Care - Clin Off Pract*. 2017;44(3):499–510.
11. Sjöberg L, Karlsson B, Atti A-RR, Skoog I, Fratiglioni L, Wang H-XX. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *J Affect Disord*. 2017;221:123–31.
12. Cademartori MG, Gastal MT, Nascimento GG, Demarco FF, Corrêa MB. Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders?-A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2018;22(8):2685–702.
13. Ferrari J, Dalacorte R. Uso da escala de depressão geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados (Porto Alegre). 2007;17(1):3–8.
15. Wu B, Fillenbaum GG, Plassman BL, Guo L. Association Between Oral Health and Cognitive Status: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(4):739–

- 51.
16. Noble JM, Scarmeas N, Papapanou PN. Poor Oral Health as a Chronic, Potentially Modifiable Dementia Risk Factor: Review of the Literature. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2013;13(10):384.
 17. van der Putten GJ, de Baat C, De Visschere L, Schols J. Poor oral health, a potential new geriatric syndrome. *Gerodontology.* 2014;31(1):17–24.
 18. Lauritano D, Moreo G, Vella F Della, Stasio D Di, Carinci F, Lucchese A, et al. Oral health status and need for oral care in an aging population: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(22):1–23.
 19. 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.
 20. Delwel S, Binnekade TT, Perez RSGM, Hertogh CMPM, Scherder EJA, Lobbezoo F. Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. *Clin Oral Investig.* 2018;22(1):93–108.
 21. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde 2017. Lisboa; INE; 2019
 22. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas -2018. Lisboa; INE; 2018
 23. Veiga N, Herdade A, Diniz L, Brites B, Pinto S et al. Oral Lesions Associated with Removable Prosthesis among Elderly Patient's. *Int J Dent Oral Heal.* 2016;3(1):1–2.
 24. Kim YS, Kim H-NN, Lee J-HH, Kim S-YY, Jun E-JJ, Kim J-BB. Association of stress, depression, and suicidal ideation with subjective oral health status and oral functions in Korean adults aged 35 years or more. *BMC Oral Health.* 2017 Jun;17(1):1–10.
 25. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015
 26. Veiga N, Castro A, Mendes J, Marques M, Domingues M, Maravilha T, et al. Oral Health and Physical and Mental Limitations among Elderly. *Int J Dent Oral Heal.* 2016;2(6):1–3.
 27. Halpern LR. The Geriatric Syndrome and Oral Health: Navigating Oral Disease Treatment Strategies in the Elderly. *Dent Clin North Am.* 2020;64(1):209–28.
 28. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-5®). 5th ed. Editores C, editor. Climepsi; 2013. 1120

- p.
29. Lawrence BJ, Jayakody DMP, Bennett RJ, Eikelboom RH, Gasson N, Friedland PL. Hearing loss and depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Gerontologist*. 2019;60(3):137–54.
 30. Helvik AS, Corazzini K, Selbæk G, Bjørkløf GH, Laks J, Šaltyte Benth J, et al. Health-related quality of life in older depressed psychogeriatric patients: One year follow-up. *BMC Geriatr*. 2016;16(1):1–9.
 31. Amy F, Wetherell JL, Margaret G. Depression and Older Adults: Depression and Older Adults: Key issues. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5(1):363–389.
 32. Syrjälä AMH, Ylöstalo P, Ruoppi P, Komulainen K, Hartikainen S, Sulkava R, et al. Dementia and oral health among subjects aged 75 years or older. *Gerodontology*. 2012;29(1):36–42.
 33. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365:1961–70.
 34. Amati A. A clinical review of depression in elderly people. *BMC Geriatr*. 2010;10(1):4–5.
 35. Nair P, Bhanu C, Frost R, Buszewicz M, Walters KR. A Systematic Review of Older Adults' Attitudes Towards Depression and Its Treatment. *Gerontologist*. 2019;60(1):93–104.
 36. Apóstolo JL, Loureiro LM de J, Reis IAC dos, Silva IALL da, Cardoso DFB, Sfetcu R, et al. Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Rev Enferm Ref*. 2014;4(3):65–73.
 37. Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, et al. Toward the realization of a better aged society: Messages from gerontology and geriatrics. *Geriatr Gerontol Int*. 2012;12(1):16–22.
 38. Veiga N, Coelho I, Domingues A, Douglas F, Rios S, Vaz A, et al. The Influence of Chronic Diseases in the Oral Health of the Elderly. *J Dent Oral Heal*. 2015;1(4):1–4.
 39. Coleman P. Improving oral health care for the frail elderly: A review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2002;23(4):189–99.
 40. Glick M, Williams DM, Kleinman D 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. *Int Dent J*. 2016 Dec 1;66(6):322–4.
 41. Ástvaldsdóttir Á, Boström AM, Davidson T, Gabre P, Gahnberg L, Sandborgh Englund G, et al. Oral health and dental care of older persons—A systematic map

- of systematic reviews. *Gerodontology*. 2018;35(4):290–304.
42. Tôrres LHDN, Tellez M, Hilgert JB, Hugo FN, De Sousa MDLR, Ismail AI. Frailty, Frailty Components, and Oral Health: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(12):2555–62.
 43. Côrte-Real IS, Figueiral MH, Reis Campos JC. As doenças orais no idoso - Considerações gerais. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2011 Jul;52(3):175–80.
 44. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(2):81–92.
 45. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet*. 2007;369:51–9.
 46. Carranza FA, Takei HH, Klokkevold PR. *Periodontia Clínica*. 11th ed. Carranza FA, editor. Elsevier Saunders; 2012. 1328 p.
 47. Enersen M. Risk factors for periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 2002;(29):592–7.
 48. Kim JJ. Revisiting the Removable Partial Dentura. *Dent Clin N Am*. 2018;
 49. Gil-Montoya JA, de Mello ALF, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging*. 2015;10:461–7.
 50. Hershkovich O, Shafat I, Nagler RM. Age-related changes in salivary antioxidant profile: Possible implications for oral cancer. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(4):361–6.
 51. Neville BW, Damm D, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral ou Maxilofacial*. 3rd ed. Elsevier; 2009. 989 p.
 52. Taiwo JO, Kolude B, Akinmoladun V. Oral mucosal lesions and temporomandibular joint impairment of elderly people in the south east local government area of Ibadan. *Gerodontology*. 2009 Sep;26(3):219–24.
 53. Foley NC, Affoo RH, Siqueira WL, Martin RE. A systematic review examining the oral health status of persons with dementia. *JDR Clin Transl Res*. 2017;2(4):330–42.
 54. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
 55. Sicho L, Broder HL. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011;90(11):1264–70.

56. Miyazaki H, Jones JA, Beltrán-Aguilar ED. Surveillance and monitoring of oral health in elderly people. *Int Dent J.* 2017;67(2):34–41.
57. Oliveira O, Ribeiro C, Simões C, Pereira P. Quality of life of children and adolescents with visual impairment. *Br J Vis Impair.* 2018;36(1):42–56.
58. Van Der Putten GJ, De Visschere L, Van Der Maarel-Wierink C, Vanobbergen J, Schols J. The importance of oral health in (frail) elderly people - A review. *Eur Geriatr Med.* 2013;4(5):339–44.
59. Hebling E, Pereira AC. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. *Gerodontology.* 2007;24(3):151–61.
60. Porter J, Ntouva A, Read A, Murdoch M, Ola D, Tsakos G. The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13(1):1–8.
61. Cho M-J, Jung E-K, Jung Y-S, Shin H-E, Kim E-K, Kim H-C, et al. Relationship between the activities of daily living, oral health-related quality of life and dementia. *Geriatr Gerontol Int.* 2018;18(6):943–9.
62. Hescot P. The new definition of oral health and relationship between oral health and quality of life. *Chinese J Dent Res.* 2017;20(4):189–92.
63. Foltyn P. Ageing, dementia and oral health. *Aust Dent J.* 2015;60(1):86–94.
64. World Health Organization. *Oral Health Surveys - Basic Methods* 5th edition. Geneva. WHO; 2013.
65. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saude Publica.* 2013;31(2):153–9.
66. Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, De La Fuente-Hernández J, et al. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *J Public Health Dent.* 2010;70(4):300–7.
67. El Osta N, Tubert-Jeannin S, Hennequin M, Bou Abboud Naaman N, El Osta L, Geahchan N. Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10(131):1–10.
68. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev Saude Publica.* 2005;39(6):918–23.
69. World Health Organization. *Calibração de Examinadores para Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal.* Geneva: WHO;1993

70. Instituto Nacional de Estatística. Estimativas de População Residente em Portugal 2018. Lisboa; INE; 2019.
71. Instituto Nacional de Estatística. Tábuas de Mortalidade para Portugal 2016-2018. Lisboa; INE; 2019.
72. Ribeiro D, Pires I, Pereira M de L. Comportamentos e auto-perceção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2012;53(4):221–6.
73. Locker D, Allen F. What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007 Dec 1;35(6):401–11.
74. Locker D, Jokovic A. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996;24(6):398–402.
75. Klotz AL, Tauber B, Schubert AL, Hassel AJ, Schröder J, Wahl HW, et al. Oral health-related quality of life as a predictor of subjective well-being among older adults—A decade-long longitudinal cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018;46(6):631–8.
76. Tavares. MIMR Caraterização da saúde oral e funcional em pacientes com patologia de origem demencial. 2018.
77. Goolamhussen SV. Caraterização da condição oral de pacientes idosos institucionalizados. 2019.
78. Monteiro AFPG. Cuidados de saúde oral aplicados a idosos institucionalizados dependentes. Universidade Católica de Viseu; 2018.
79. Lee JS, Somerman MJ. The Importance of Oral Health in Comprehensive Health Care. *JAMA.* 2018 Jul 24;320(4):339–40.
80. Weening-Verbree L, Huisman-de Waal G, van Dusseldorp L, van Achterberg T, Schoonhoven L. Oral health care in older people in long term care facilities: A systematic review of implementation strategies. *Int J Nurs Stud.* 2013;50:569–82.
81. Maille G, Saliba-Serre B, Ferrandez AM, Ruquet M. Objective and perceived oral health status of elderly nursing home residents: A local survey in southern France. *Clin Interv Aging.* 2019;14:1141–51.
82. Veiga N, Diniz L, Pereira C, Amaral O, Coelho I, Pereira J. Oral Health and Rehabilitation among the Institutionalized Elderly. *Eur J Soc Behav Sci.* 2017;1(1):2353–60.
83. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and

- oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8(126):1–11.
84. Gilbert GH, Meng X, Duncan RP, Shelton BJ. Incidence of tooth loss and prosthodontic dental care: Effect on chewing difficulty onset, a component of oral health-related quality of life. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(6):880–5.
 85. Takiguchi T, Yoshihara A, Takano N, Miyazaki H. Oral health and depression in older Japanese people. *Gerodontology*. 2016;33(4):439–46.
 86. Almomani F, Hamasha AAH, Williams KB, Almomani M. Oral health status and physical, mental and cognitive disabilities among nursing home residents in Jordan. *Gerodontology*. 2015;32(2):90–9.
 87. Almomani FM, Bani-Issa W. The incidence of depression among residents of assisted living: Prevalence and related risk factors. *Clin Interv Aging*. 2017;12:1645–53.
 88. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *J Affect Disord*. 2004;83(2–3):135–42.
 89. Skoskiewicz-Malinowska K, Malicka B, Marek Z, Skośkiewicz-Malinowska K, Malicka B, Ziętek M, et al. Oral health condition and occurrence of depression in the elderly. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(41):1–7.
 90. De Andrade FB, Lebrão ML, Santos JLF, Teixeira DSDC, De Oliveira Duarte YA. Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(9):1755–60.
 91. Hybels CF, Bennett JM, Landerman LR, Liang J, Plassman BL, Wu B. Trajectories of depressive symptoms and oral health outcomes in a community sample of older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(1):83–91.
 92. Lyness JM, Noel T, Cox C. Screening for depression in elderly primary care patients: A comparison of the Center for Epidemiologic Studies—Depression Scale and the Geriatric Depression. *Arch Intern Med*. 1997;157(4):449–54.

7 Anexos

Anexo I- Questionário usado no presente estudo



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO-VISEU

Questionário

Nº do Paciente: _____

I. Dados pessoais⁽¹⁾

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Idade _____

II. Caracterização da Saúde Oral⁽¹⁾

3. Possui alguma Prótese Removível ?
Prótese parcial ? Sim Não
Prótese total superior? Sim Não
Prótese total inferior? Sim Não
4. Com que frequência escova os seus dentes?
 Nunca
 1 vez por mês
 2-3 vezes por mês
 1 vez por semana
 2-6 vezes por semana
 1 vez por dia
 2 ou mais vezes por dia

5. Como descreve a condição dos seus dentes e gengivas ?

| | Excelente | Muito boa | Boa | Média | Má | Muito má |
|----------|-----------|-----------|-----|-------|----|----------|
| Dentes | | | | | | |
| Gengivas | | | | | | |



III. Questionário GOHA(2)

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

Total: _____



Escala de Yesavage (3)

| | | Sim | Não |
|----|--|------------|------------|
| 1 | De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida? | 0 | 1 |
| 2 | Abandonou muitos dos seus interesses e actividades? | 1 | 0 |
| 3 | Sente que a sua vida está vazia? | 1 | 0 |
| 4 | Sente-se frequentemente aborrecido? | 1 | 0 |
| 5 | Na maior parte do tempo está de bom humor? | 0 | 1 |
| 6 | Tem medo de que algo de mal lhe aconteça? | 1 | 0 |
| 7 | Sente-se feliz na maior parte do tempo? | 0 | 1 |
| 8 | Sente-se frequentemente abandonado/desamparado? | 1 | 0 |
| 9 | Prefere ficar em casa/instituição, a sair e fazer coisas novas? | 1 | 0 |
| 10 | Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade? | 1 | 0 |
| 11 | Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo? | 0 | 1 |
| 12 | Sente-se inútil? | 1 | 0 |
| 13 | Sente-se cheio de energia? | 0 | 1 |
| 14 | Sente-se sem esperança ? | 1 | 0 |
| 15 | Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr/Sra. | 1 | 0 |

Total: _____

V- Índice de CPOD (1)

Nº do Paciente: _____

- 0-Higido
- 1-Cariado
- 2-Restaurado com cárie
- 3-Restaurado sem cárie
- 4-Ausente por cárie
- 5-Ausente (outro)
- 6-Selante
- 7-Prótese ou implante
- 8-Não erupcionado

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |



Parecer sobre o projeto nº 33

Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2018/2021

| |
|--|
| Projeto de Investigação Na reunião do dia 21 de novembro de 2019 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora, em resposta à solicitação desta CES em parecer precedente. Sobre a apreciação redige o parecer que agora se apresenta. |
| Título: Correlação entre a escala de depressão geriátrica de Yesavage e o estado de saúde oral paciente idoso. Investigador Principal: Catarina Isabel Chaves Ramos. Orientador: Patrícia Sofia Soares Couto, ICS UCP. |
| Resumo Estamos perante um estudo observacional descritivo transversal através da aplicação de um questionário sociodemográfico e de saúde oral, da escala de Yesavage, do inquérito GOHAI e de exame clínico para a avaliação da condição oral com recurso ao índice CPOD, no âmbito da disciplina de Gerontologia a realizar com pessoas institucionalizadas e que tenham mais de 65 anos de idade. Da documentação apresentada, existem as autorizações para a utilização dos métodos referidos. O objetivo principal do estudo é verificar a prevalência de depressão em idosos institucionalizados do distrito de Viseu e avaliar de que forma as alterações dos processos cognitivos e comportamentais do paciente geriátrico afetam o seu estado de saúde oral e qualidade de vida. Esta dissertação pode vir a ser relevante em termos científicos e de utilização clínica, conjugando as ciências psíquicas com as da odontologia. A importância social está na procura de bem-estar, a partir de uma melhor qualidade de vida. O questionário apresentado salvaguarda a privacidade dos inquiridos, na medida em que assegura o anonimato dos mesmos. Também está prevista possibilidade de a pessoa entrevistada desistir em qualquer momento. Os documentos que suportam estes compromissos foram devidamente apresentados. Apresenta a declaração dos responsáveis dos lares onde irá aplicar os inquéritos como autorizam a realização dos mesmos. |
| Estiveram presentes na reunião nº 21 de novembro de 2019 da CES-UCP Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas Vice-Presidente: Doutora M ^{te} Emília Pinto dos Santos Doutora M ^{te} Teresa Marques Dr. António Faria Vaz Doutor Pe. Jerónimo Santos Trigo Dr. Eugénio da Cruz Fonseca Doutor Pedro Garcia Marques |
| Conclusão Ouvindo o Relator, e o plenário da reunião do 21 de novembro de 2019, realizada no 5º piso da UCP, e visto que a investigadora procedeu à correção do formulário, esta CES delibera, por unanimidade, Parecer Favorável . Sugere apenas que possa ser tornado claro o uso que será dado aos resultados obtidos. |
| Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP. <p style="text-align: center;">A Presidente,</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Mara de Sousa Freitas 21/11/2019</p> |



AUTORIZAÇÃO

Eu, Paula Patrícia Dias Ramos Nunes Antunes
(função que exerce no lar), declaro

que para os devidos efeitos do trabalho de investigação conducente ao grau de Mestre em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa realizado pela aluna Catarina Isabel Chaves Ramos, sob orientação da Prof.ª Dra. Patrícia Couto, e co-orientado pelo Prof. Dr. Nélito Veiga, intitulado "Correlação entre a escala de depressão geriátrica de Yesavage e o estado de saúde oral do paciente idoso", tem autorização e condições para ser realizado nas instalações do lar Centro Social e Paroquial de Rio de Loba

Dado e assinado a presente autorização:

Viseu, 05 de Agosto de 2019

CEV
Paula Patrícia Dias Ramos Nunes Antunes
Representante do lar

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE RIO DE LOBA
Rua de Loba - 5200 VISEU



AUTORIZAÇÃO

Eu, Adelfino Sabugosa Ramos Francisco,
Gerente (função que exerce no lar), declaro
para os devidos efeitos que o trabalho de investigação conducente ao grau
de Mestre em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade Católica Portuguesa realizado pela aluna Catarina Isabel
Chaves Ramos e sob orientação da Prof.ª Dra. Patricia Couto, e co-
orientado pelo Prof.º Dr. Nélso Veiga, intitulado "Correlação entre a escala
de depressão geriátrica de Yesavage e o estado de saúde oral do paciente
idoso", tem autorização e condições para ser realizado nas instalações do
lar Residência dos Vistos Norte, Lda.

Dado e assinado a presente autorização.

Visou, CP, de Outubro de 2018


RESIDÊNCIA - LAR VISO NORTE, Lda.
CNPJ: 04.741.124/0001-08
RUA VISO NORTE, 123 - JARDIM VISO NORTE
LARANJEIROS - SP - BRASIL

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: "Correlação entre a escala de depressão geriátrica de Yesavage e o estado de saúde oral do paciente idoso"

Enquadramento: A depressão é um dos problemas de saúde mental mais prevalente no paciente geriátrico e apresenta um impacto negativo na qualidade de vida e no desempenho das tarefas do quotidiano, constituindo-se como um potencial fator de risco para a saúde oral do paciente geriátrico. Neste sentido, torna-se imperativo avaliar de que forma as alterações dos processos cognitivos e comportamentais do paciente geriátrico afetam o seu estado de saúde oral e qualidade de vida.

Condições: O estudo será composto por dois momentos distintos. Numa primeira fase será realizado um questionário simples, composto por recolha de dados da saúde geral, oral e sociodemográficos e pela aplicação da escala de Yesavage e pelo inquérito GOHAL. Após o preenchimento destes questionários e numa segunda fase, será realizado a todos os inquiridos, um exame clínico para avaliação da condição oral, com recurso ao índice de CPOD que terá a duração aproximadamente de 15 minutos. Posteriormente será realizada uma análise estatística dos dados recolhidos.

Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar.

Ao decidir participar pode colocar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos são de uso exclusivo dos responsáveis envolvidos no estudo e serão tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. A análise dos dados será efetuada em ambiente que garanta a privacidade dos mesmos.

Visou, 05 de Novembro
Catarina Isabel Soares Ramos

Para qualquer esclarecimento adicional deve contactar :

Investigador principal: Catarina Ramos

Telemóvel: 961817307

E-mail: catarinairamos@gmail.com

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Data Protection Officer – UCP :

Dra. Frederica Campos de Carvalho Contacto telefónico: +351 217214179

E-mail: compliance.rgpd@ucp.pt

Consentimento informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito que os dados recolhidos sejam divulgados sob a forma de publicação científica, desde que a minha identidade seja mantida confidencial.

| |
|--|
| SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE |
| NOME: _____ |
| BVCC Nº: _____ DATA OU VALIDADE: __/__/____ |
| GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____ |
| ASSINATURA _____ |

Nome do participante no estudo.

Assinatura: _____ . Data: __/__/____

Nome do investigador responsável.

Assinatura: _____ . Data: __/__/____

Nome do orientador responsável.

Assinatura: _____ . Data: __/__/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

