



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

SAÚDE ORAL E QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE GERIÁTRICO: CONTEXTOS DE AUTONOMIA

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

Por:

Gonçalo André Santos Coelho Almeida Abrantes

Viseu, 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

SAÚDE ORAL E QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE GERIÁTRICO: CONTEXTOS DE AUTONOMIA

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

Por:

Gonçalo André Santos Coelho Almeida Abrantes

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Couto

Co-orientador: Professor Doutor Nélio Veiga

Viseu, 2020

“And so you touch this limit, something happens and you suddenly can go a little bit further. With your mind power, your determination, your instinct, and the experience as well, you can fly very high”

Ayrton Senna

Agradecimentos

Durante o meu percurso académico muitas foram as pessoas que me ajudaram a crescer, me apoiaram e ensinaram.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha Orientadora, Professora Doutora Patrícia Couto, que sempre mostrou a sua total disponibilidade e apoio para a resolução de problemas que fui encontrando pelo caminho, na elaboração deste projeto.

Gostaria também de agradecer ao meu Co-Orientador, Professor Doutor Nélcio Veiga, que demonstrou também total disponibilidade e apoio.

Aos meus pais, em especial, que desde sempre me acompanharam nesta caminhada, pela sua amizade, incentivo e paciência infinita nos tempos mais difíceis, depositando total confiança em mim e fazendo-me acreditar que, com trabalho e perseverança conseguimos superar as nossas expectativas. Sem eles nada disto seria possível.

À minha irmã, por me ter aconselhado durante todos estes anos e pela amizade, ajuda e paciência que demonstrou ao longo desta minha formação.

À minha namorada, Carolina, que foi o meu porto de abrigo durante o meu percurso académico e por ter estado sempre ao meu lado, um grande obrigado com um beijo especial.

Aos meus amigos(as) e colegas que sempre demonstraram camaradagem e paciência.

Muito Obrigado.

Resumo

O envelhecimento da população é um fenômeno global, tendo-se tornado o envelhecimento saudável com qualidade de vida um objeto de interesse em várias áreas do saber, incluindo a Medicina Dentária. O estado de saúde oral desempenha um papel importante no conceito de fragilidade do idoso, já que estes tendem a sofrer de más condições de saúde oral. Desde modo, objetivou-se estudar o impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente geriátrico em diferentes contextos de autonomia. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, cuja seleção de artigos, com data de publicação entre 2008-2020, foi efetuada através de plataformas informáticas. Os estudos foram analisados e avaliados respeitando os critérios de inclusão previamente estabelecidos. O *corpus* da revisão ficou constituído por 17 artigos, que apresentaram qualidade metodológica. Através dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura constatou-se que a saúde oral tem impacto na qualidade de vida dos idosos, quer em contexto de institucionalização, quer ao nível da comunidade. A saúde oral tem efeito na qualidade de vida de idosos, nomeadamente nas dimensões dor física, incapacidade física, desconforto psicológico, limitação funcional, incapacidade psicológica e social. Quanto mais elevado é o nível de dependência, menor é a saúde oral, com maior impacto na qualidade de vida. A presença de periodontite, dentes cariados, edentulismo, lesões nas mucosas e próteses dentárias inadaptadas resultam em pior perceção da qualidade de vida. Os problemas de saúde oral, como a cárie e a doença periodontal, são altamente prevalentes e são as principais causas de perda dentária na população idosa. As evidências encontradas no presente estudo revelam que o estado de saúde oral dos idosos exerce influência na sua qualidade de vida, independentemente do contexto de autonomia, indicando a necessidade de políticas de saúde oral dirigidas a esta parcela da população.

Palavras-chave: Saúde oral; Qualidade de vida; Idosos; Autonomia.

Abstract

Population ageing is a global phenomenon and ageing healthily with a good quality of life has become an object of interest in various fields of knowledge, including dentistry. The state of oral health plays an important role in the concept of frailty among the elderly seeing as they tend to suffer from poor oral health conditions. Therefore, the objective was to study the impact of oral health on the quality of life of the geriatric patient in different contexts of autonomy. A systematic literature review was carried out of which the selection of articles, with publication date between 2008 and 2020 was conducted through computer platforms. The studies were analysed and evaluated respecting the previously established inclusion criteria. The review corpus consisted of 17 articles, which presented methodological quality. Through studies included in the systematic literature review, it was found that oral health has an impact on the quality of life of the elderly, both in the context of institutionalisation and at a community level. Oral health has an effect on the quality of life of the elderly, namely in the dimensions of physical pain, physical disability, psychological discomfort, functional limitation, psychological and social disability. The higher the level of dependency the lower the oral health which has the greatest impact on quality of life. The presence of periodontitis, decayed teeth, edentulism, mucosal lesions and unsuitable dental prostheses result in a worse perception of quality of life. Oral health problems, such as caries and periodontal disease are highly prevalent and are the main causes of tooth loss among the elderly. The evidence found in this study reveals that the state of oral health among the elderly influences their quality of life, regardless of the context of autonomy, indicating the need for oral health policies aimed at this portion of the population.

Key words: Oral health, Quality of Life, Elderly, Autonomy

Índice

1. Introdução.....	3
1.1. O idoso em Portugal	5
1.2. O envelhecimento e a institucionalização.....	9
1.3. Qualidade de vida	13
1.4. Qualidade de vida relacionada com a Saúde oral	15
2. Material e métodos	20
2.1. Formulação do problema.....	21
2.2. Localização e seleção dos estudos	22
2.3. Critérios de inclusão e exclusão.....	22
2.4. Estratégia de busca dos estudos.....	23
3. Resultados.....	30
4. Discussão	49
5. Conclusões.....	57
Bibliografia.....	61

Índice de figuras

Figura 1. Variação populacional e suas componentes (Nº), Portugal, 2008-2018 ..	6
Figura 2. Pirâmides etárias, Portugal, 2008 e 2018.....	7
Figura 3. Índice de envelhecimento (nº) por local de residência (NUTS 2013); 2011-2017	8
Figura 4. Diagrama com o processo de seleção dos estudos (PRISMA)	26

Índice de tabelas e quadros

Tabela 1. Formulação da questão de pesquisa de acordo com o método PICO ..22	
Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos.....23	
Quadro 1. Estudos que foram identificados a partir da introdução dos descritores...25	
Quadro 2. Tabela resumo de caracterização dos artigos30	
Quadro 3. Síntese do estudo de Zini & Sgan-Cohen.....31	
Quadro 4. Síntese do estudo de Haikal, Paula, Martins, Moreira & Ferreira32	
Quadro 5. Síntese do estudo de Dahl, Wang, Holst & Öhrn.....32	
Quadro 6. Síntese do estudo de Silva, Held, Torres, Sousa, Neri & Antunes33	
Quadro 7. Síntese do estudo de Hwang, Patton, Kim & Kim.....33	
Quadro 8. Síntese do estudo de Cornejo, Pérez, Lima, Casals-Peidro & Borrell ..34	
Quadro 9. Síntese do estudo de Moriya, Tei, Yamazaki <i>et al</i>34	
Quadro 10. Síntese do estudo de Mestriner, Almeida, Mesquita, Bulgarell & Junior35	
Quadro 11. Síntese do estudo de Porter, Ntouva, Read, Murdoch, Ola & Tsakos35	
Quadro 12. Síntese do estudo de Nogueira, Falcão, Nuto <i>et al</i>36	
Quadro 13. Síntese do estudo de Saliba, Ortega, Goya, Moimaz & Garbin37	
Quadro 14. Síntese do estudo de Li, Liu, Cheng, Zhu & Cui.....38	
Quadro 15. Síntese do estudo de Echeverria, Wünsch, Langlois, Cascaes & Ribeiro Silva38	
Quadro 16. Síntese do estudo de Sheng, Xiao, Song, Qiao, Zhang & Zhong39	
Quadro 17. Síntese do estudo de Wong, Ng & Leung.....39	

Quadro 18. Síntese do estudo de Teixeira, Sá, Velasco & Santos.....	40
Quadro 19. Síntese do estudo de Chiesi, Grazzini, Innocenti <i>et al</i>	40
Quadro 20. Resumo dos resultados dos artigos selecionados.....	42

Lista de acrónimos e siglas

AVD's - Atividades de Vida Diária

BOP - Bleeding on Probing

CPI - Community Periodontal Index

EU - União Europeia

GI - Gingival Index

GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index

INE - Instituto Nacional de Estatística

MEEM - Miniexame do Estado Mental

NA - Não Aplicável

NUTS - Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OHIP - Oral Health Impact Profile

OHI-S - Oral Hygiene Index-Simplified

OIDP - Oral Impacts on Daily Performances

PICO - Participantes, Intervenção, Comparação, *Outcomes*

QdV - Qualidade de Vida

QdVRSO - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

TMIG - Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality Of Life-Bref

Introdução

1. Introdução

Portugal, à semelhança de outros países europeus, tem registado nas últimas décadas significativas modificações demográficas em decorrência, entre outros fatores, do aumento da longevidade e da população idosa, com diminuição da taxa de natalidade e do número de jovens (1). O envelhecimento é caracterizado como um decurso natural e progressivo com suscetibilidade de resultar em limitações e transformações em termos de funcionamento do organismo, o que resulta em maior vulnerabilidade do idoso às doenças e a um nível de dependência maior (2). Adicionalmente diversos estudos também demonstram que o nível de autonomia e dependência do paciente geriátrico se encontra relacionado com o acesso aos serviços médico-dentários, com o estado de saúde oral, com os cuidados de higiene dentária e com a adequação da dieta. Neste sentido, a cavidade oral reflete frequentemente consequências decorrentes da alteração do grau de dependência do paciente geriátrico e de modificações que ocorrem a nível sistémico. Esta situação apresenta também repercussões na qualidade de vida, uma vez que os problemas orais não são apenas uma fonte de dor, mas também uma causa de doença física e emocional.

Os dados sobre a saúde oral do idoso retratam uma situação preocupante, com alta prevalência de cárie, doença periodontal e edentulismo frequente. Existem grandes evidências de que a periodontite é um fator de risco para certas doenças sistémicas e a saúde oral prejudicada tem sido associada a efeitos altamente negativos na qualidade de vida dos idosos (3). A Organização Mundial da Saúde (4) definiu saúde como um construto multidimensional, ou seja, um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Posteriormente descreveu-a de forma mais dinâmica, recorrendo a termos como “um recurso para viver” em vez de um “estado” (5). Essa interpretação levou ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação, como a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que se refere ao impacto da saúde na capacidade de funcionamento das pessoas ao nível do bem-estar percebido nos domínios físico, mental e social. A QVRS faz parte de um conceito mais amplo designado de “bem-estar geral” que, segundo alguns autores, é sinónimo de “qualidade de vida” (5). Portanto, com base na premissa de que a QVRS afeta o bem-estar geral da

pessoa e que a saúde oral é uma componente integral da saúde geral, pode afirmar-se que a saúde oral é, em parte, responsável pelo estado de bem-estar geral, particularmente importante em idosos.

Neste âmbito surge o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO), que também é um construto multidimensional que inclui uma avaliação subjetiva do indivíduo sobre a sua saúde oral, bem-estar funcional, bem-estar emocional, expectativas e satisfação com o atendimento e senso próprio, sendo parte integrante da saúde e bem-estar geral. A avaliação subjetiva da QdVRSO reflete o conforto da pessoa ao comer, dormir e no seu envolvimento em interações sociais, a autoestima e a sua satisfação em relação à sua saúde oral. É o resultado de uma interação entre as condições de saúde oral, fatores sociais e contextuais e o resto do corpo (6).

Em Portugal, no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (7), é afirmado que a saúde oral contribui para o bem-estar físico, mental e social, permitindo o uso pleno das oportunidades que a vida proporciona, salientando-se o relacionamento com os outros, falar, comer, sem dor ou desconforto. Afirma-se, ainda, que a saúde oral é parte integrante da saúde geral, justificando uma intervenção transversal, indo ao encontro dos princípios da Declaração de Liverpool (7) que visa a promoção da saúde oral no século XXI, preconizando que os países devem assegurar o acesso aos Cuidados de Saúde Primários com ênfase na prevenção e na promoção da Saúde, melhorando a qualidade de vida das pessoas idosas.

Face ao descrito, realizou-se uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de sistematizar o conhecimento atual sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente geriátrico em diferentes contextos de autonomia, tendo como questão PICO orientadora: Qual o impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente geriátrico em diferentes contextos de autonomia?

1.1. O idoso em Portugal

Portugal, a par da maioria dos países desenvolvidos, tem assistido nas últimas décadas a alterações significativas na sua estrutura populacional, traduzidas por modificações da pirâmide etária, aumento da esperança média de vida, assim como aumento da população idosa e redução da taxa de natalidade. Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (8) referentes aos últimos Censos nacionais realizados em 2011 indicam que:

- A percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos) aumentou de 16% para 19%, de 2001 a 2011, fixando-se a percentagem de jovens (população até aos 14 anos) em 15%;
- A idade média da população aumentou 3 anos numa década, situando-se nos 41,8 anos em 2011;
- Os índices demográficos revelam um acelerado envelhecimento populacional:
 - *Índice de envelhecimento*¹ da população: por cada 100 jovens existiam 128 idosos em 2011;
 - *Índice de longevidade*²: passou de 41 em 2001, para 48 em 2011;
 - *Índice de renovação da população em idade ativa*³: indica que por cada 100 pessoas que saíam do mercado de trabalho, entravam apenas 94 em 2011.
- A população com dificuldades na realização de algumas atividades do dia-a-dia por motivos de saúde ou idade é superior a 50% na população com 65 ou mais anos.

Dados mais recentes, como as estimativas referentes ao ano 2018 (9), indicam a continuação do envelhecimento demográfico e do decréscimo populacional, ainda que este último tenha vindo a abrandar nos últimos cinco anos; desde o ano 2010 a população reduziu-se em quase 300 mil pessoas (estimava-se em 10 276 617 pessoas em 2018), resultado dos saldos migratório e natural se terem apresentado essencialmente negativos desde então (*cf.* Gráfico 1), embora nos últimos dois anos o saldo migratório tenha voltado a ser positivo, todavia não compensando o saldo natural que continua negativo. Estas alterações são essencialmente consequência da

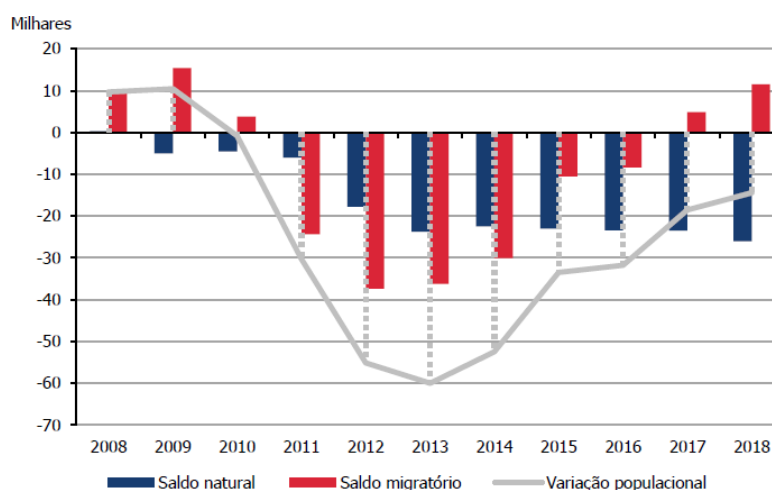
¹Número de idosos (65 ou mais anos) por cada 100 jovens (0-14 anos).

²Relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa.

³Número de pessoas na faixa etária 20-29 anos por cada 100 pessoas na faixa etária 55-64 anos.

baixa natalidade e aumento dos óbitos, do aumento da longevidade e do impacto das migrações.

Figura 1. Variação populacional e suas componentes (Nº), Portugal, 2008-2018



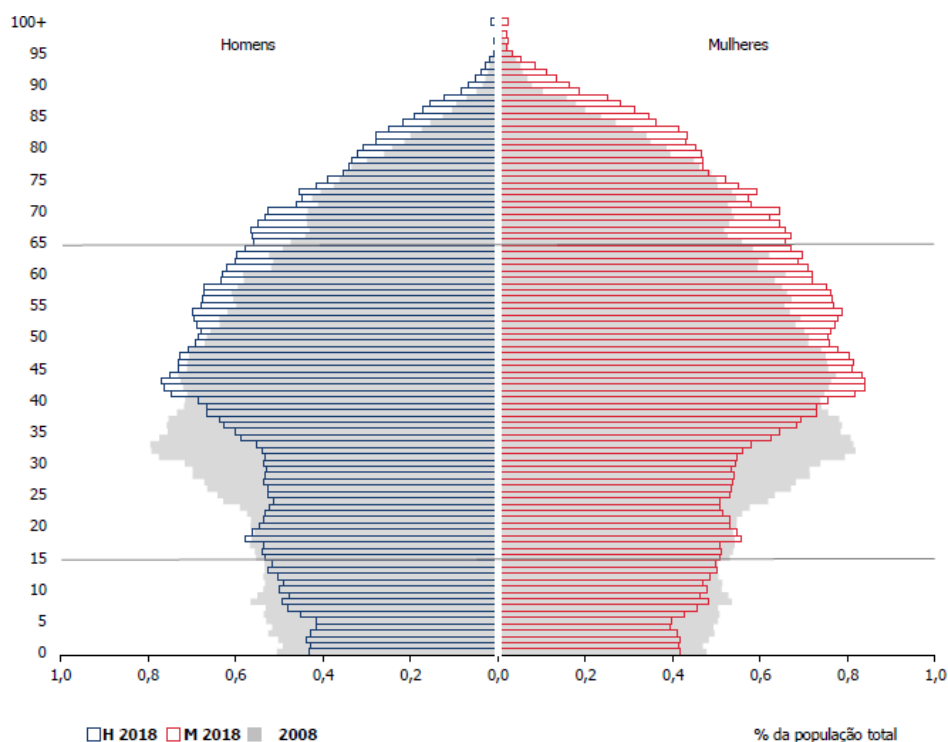
Fonte: INE (9).

O envelhecimento demográfico continua a acentuar-se, verificando-se o chamado duplo envelhecimento demográfico: estreitamento da base e alargamento do topo, traduzindo-se a percentagem de população idosa em 21,8%, enquanto a percentagem de jovens é de apenas 13,7% (cf. Gráfico 2). Neste período (2008-2018), o número de idosos teve um aumento de 345 922 pessoas, o número de jovens uma diminuição de 223 419 pessoas e o número de pessoas em idade ativa (com idades dos 15 aos 64 anos) também diminuiu, em 408 900 pessoas. A idade mediana da população residente em Portugal aumentou de 40,8 anos em 2008 para 45,2 anos em 2018 (9).

A esperança de vida à nascença continua a aumentar estimando-se, no triénio 2015-2017, que tenha sido de “80,78 anos para o total da população, 77,74 anos para os homens e 83,41 anos para as mulheres” (p. 5), o que se traduz num aumento de 2,28 anos numa década (10).

Comparativamente com os restantes países da União Europeia (UE a 28) os dados de 2016, colocam Portugal no 3º lugar com a mais baixa população jovem (0-14 anos) e destes é o 4º país mais envelhecido (população com 65 ou mais anos), apenas ultrapassado pela Alemanha, Grécia e Itália (10).

Figura 2. Pirâmides etárias, Portugal, 2008 e 2018



Fonte: INE (9)

De acordo com dados de 2017 o *índice de envelhecimento* em Portugal é superior a 155. Através da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS 2013), NUTS II - Centro e NUTS III - Viseu Dão Lafões, verifica-se que os valores estão claramente acima da média nacional, uma vez que na região Centro este índice é de 194 e em Viseu Dão Lafões é de 203,5 – cf. Gráfico 3 (11).

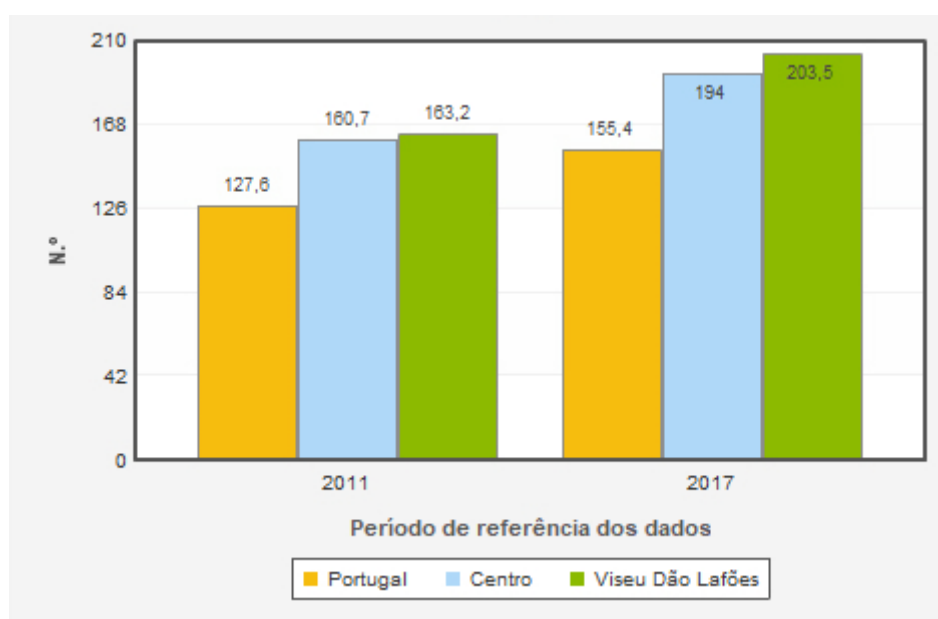
Ainda de acordo com a mesma fonte, o *índice de dependência de idosos*⁴ representava em 2017 um valor que ultrapassava os 33% para Portugal, 37,7% para a NUTS II - Centro e de 39% para a NUTS III - Viseu Dão Lafões. Já o *índice de dependência total*⁵ aumentou em 2017 para 55% (10).

O *índice de renovação da população em idade ativa* tem vindo a diminuir drasticamente: 79 pessoas em 2017 comparativamente a 110 em 2007; tal significa que “o número de pessoas em idade potencial de saída do mercado de trabalho não é compensado pelo número de pessoas em idade potencial de entrada no mercado de trabalho” (10).

⁴Número de idosos (65 ou mais anos) por cada 100 pessoas em idade ativa (15-64 anos).

⁵Número de jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa.

Figura 3. Índice de envelhecimento (nº) por local de residência (NUTS 2013); 2011-2017



Fonte: INE (9).

Num cenário projetado para as próximas décadas, prevê-se que até 2080 a população portuguesa diminua dos atuais 10,3 milhões de habitantes para 7,9 milhões e que a população poderá ficar abaixo do limiar do 10 milhões de residentes já em 2033. O atual índice de envelhecimento poderá quase duplicar, ou seja, a população idosa será quase o triplo da população jovem, acentuando-se o envelhecimento demográfico (9).

Face à constante evolução das alterações demográficas, não apenas no nosso país, mas nas sociedades contemporâneas, que têm permitido conquistar anos à vida, um dos grandes desafios é tornar essa longevidade mais saudável, acrescentado à vida mais tempo de independência e autonomia, otimizando a capacidade funcional das pessoas para responder às Atividades de Vida Diária (AVD's). A par destas mudanças demográficas têm ocorrido alterações epidemiológicas com um aumento das doenças crónico-degenerativas, tornando as pessoas mais propensas a viver durante mais tempo com comorbidades e graus de dependência crescentes, traduzindo-se naturalmente em custos acrescidos a nível social, de saúde e económico (11).

Não são apenas as doenças crónicas as responsáveis por diferentes graus de dependência e incapacidades, também outras causas como acidentes domésticos, de viação ou laborais podem condicionar o nível de autonomia do indivíduo (12). Apesar da escassez de informação relativa a incapacidades, o relatório do INE “Saúde e Incapacidades em Portugal 2011” (13), baseando-se nos dados definitivos dos Censos 2011 e no Inquérito ao Emprego “O emprego das pessoas com deficiência” realizado nesse mesmo ano, apresenta alguns indicadores dos quais se destacam:

- População adulta ativa (15-64 anos): 40,5% das pessoas têm pelo menos um problema de saúde ou doença prolongada; 17,4% tem pelo menos uma dificuldade na realização de atividades básicas; cerca de 35% sofre de problemas músculo-esqueléticos, sendo os problemas de saúde mais expressivos nas mulheres, aumentando com a idade, principalmente a partir dos 45 anos.
- População idosa (65 ou mais anos): cerca de 50% desta população apresenta “muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das 6 atividades do dia-a-dia – ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender os outros/fazer-se entender” (13), sendo que mais de metade destes indivíduos (mais de meio milhão de pessoas) vivem sozinhos ou apenas acompanhados por outros idosos.

1.2. O envelhecimento e a institucionalização

A população idosa está a crescer mundialmente em taxas muito elevadas, tal como referido anteriormente, como resultado do aumento da longevidade e menores taxas de mortalidade. Face a este fenómeno, existe uma preocupação com o processo de envelhecimento ativo, no qual a participação contínua dos idosos nas atividades diárias deve ser uma prioridade. O envelhecimento ativo refere-se a manter a saúde do idoso e o controlo das suas atividades diárias, resultando em melhor qualidade de vida, representada por perceções favoráveis da sua posição na vida, num contexto cultural, em relação aos seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos (14).

Embora seja evidente a importância do envelhecimento ativo e da melhor qualidade de vida para os idosos, há uma falta de cuidado familiar, o que aumenta a

institucionalização do idoso e, conseqüentemente, aumenta o número de idosos da comunidade que se tornaram residentes de centros de dia. A idade avançada, a falta de condições domiciliárias, um estilo de vida sedentário, a baixa autoavaliação da saúde, o elevado número de prescrições de medicamentos e os comprometimentos funcionais e cognitivos são os principais preditores do processo de institucionalização. Além disso, a falta de apoio e assistência ao idoso durante as atividades diárias é sugerida como um fator agravante para estimular a sua institucionalização (14).

No estudo de Perlini, Leite e Furini (15), os fatores mais citados pelos familiares ao decidir institucionalizar uma pessoa idosa foram o número reduzido de familiares para lhe prestar assistência, a ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas para a prestação de cuidados domiciliários. Foram também apontados os problemas de relacionamento entre os membros da família, a viuvez, as doenças crônicas e as síndromes demenciais.

O processo de envelhecimento é geralmente descrito como intimamente associado ao aparecimento das doenças. No entanto, a literatura documenta que muitas dessas doenças do envelhecimento são fortemente influenciadas por fatores do estilo de vida, particularmente a inatividade física e maus hábitos alimentares (16). Todavia, importa referir que envelhecimento consiste num processo normal, compreendendo transformações “neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas”, tendo igualmente como agentes “os fatores ambientais e socioculturais” (17).

O envelhecimento refere-se às mudanças degenerativas ao longo do tempo, durante a vida pós-maturidade, aumentando a vulnerabilidade aos desafios, tornando os idosos mais “frágeis” (18). A “Fragilidade” consiste num conceito mais empregue para explicar a vulnerabilidade dos idosos em relação às doenças e a resultante diminuição da sua capacidade funcional, que ocorre com a progressão da idade (19), isto é, refere-se, assim à “condição não-ótima” dos idosos. Neves (18) define fragilidade como “uma síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos fatores de stresse, que resultam em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos”; ainda segundo a mesma autora a fragilidade torna-se mais elevada com o processo de envelhecimento, ou seja, cerca de 10-25% em idades superiores aos 65 anos e por volta dos 46% em idosos na faixa etária superior aos 85 anos, o que leva, geralmente, à “morbimortalidade e institucionalização dos idosos”.

Segundo uma perspectiva biológica da síndrome de fragilidade, Neves (18) enumera cinco componentes como medidas específicas:

- “1. Perda de peso não intencional (5% do peso corporal no ano anterior);
2. Exaustão (relato de fadiga);
3. Diminuição da força de preensão;
4. Baixo nível de atividade física;
5. Lentidão na marcha”.

O envelhecimento biológico diz respeito à perda gradual das capacidades orgânicas e corporais, sendo características deste processo, como, por exemplo, a modificação do paladar e do olfato, tornando a sensibilidade mais diminuta; a redução da sensibilidade à dor; menor resistência às alterações de temperatura; a deterioração e perda de dentes, entre outras alterações (20).

No que se refere à cognição (20), a inteligência fluida alcança o seu apogeu durante a fase da adolescência, decaindo no percurso de vida. “A memória imediata ou primária” vai-se detiorando com o processo de envelhecimento, enquanto a memória a longo prazo vai enfraquecendo moderadamente (20). Segundo a perspectiva da mesma autora, “a aprendizagem do idoso necessita de maior tempo e de um maior número de estímulos motivantes”. Ou seja, a nível psicológico evidencia-se um processamento dinâmico e com mais complexidade, com influência de fatores individuais que vão entrando em declínio paulatinamente e que acentuam as habilidades que o idoso possuía antes (20).

O prolongamento da vida tornou-se numa realidade a nível nacional e internacional devido à redução das taxas de mortalidade e doenças infecciosas e uma evolução significativa dos cuidados de saúde. No entanto, com uma proporção maior de idosos, a importância das condições de dependência exige um maior cuidado. Uma série de complicações, como a presença de doenças crónicas e as limitações nas AVD's resulta na institucionalização (21; 22).

A institucionalização refere-se à situação em que o idoso fica ao longo do dia, uma parte do dia, numa Instituição. Se a sua permanência se estende a todos os dias recebe a designação de idosos “institucionalizados residentes” (23).

Almeida (24) aponta um conjunto de fatores relacionados com o risco de institucionalização, nomeadamente: os défices cognitivos, a solidão, residir sozinho, falta de apoios sociais, dificuldades na realização das AVD's, a falta de condições económicas e a falta de apoio por parte dos familiares.

Embora seja evidente a importância do envelhecimento ativo e da melhor QdV dos idosos, há uma falta de cuidado familiar, o que aumenta a institucionalização do idoso e, conseqüentemente, o número de idosos da comunidade que se tornam residentes de lares (25). A idade avançada, não ter casa ou parceiro, baixo nível educacional, estilo de vida sedentário, baixa autoavaliação da saúde, elevado número de prescrições de medicamentos e comprometimentos funcionais e cognitivos são os principais preditores do processo de institucionalização. Além disso, a falta de apoio e de assistência ao idoso para a realização das AVD's é apontada como um fator agravante para estimular a institucionalização do idoso (26-29).

1.3. Qualidade de vida

A ideia de qualidade de vida remonta a Aristóteles, cuja análise de *boa vida* é notavelmente abrangente e ainda hoje constitui uma das principais abordagens da questão. O relato de Aristóteles sobre a *boa vida* é multidimensional. Outras características duradouras são a compreensão sutil da natureza, o papel da motivação intrínseca dos indivíduos e a sua ênfase na importância das condições institucionais, particularmente na educação, visando aperfeiçoar a natureza dos seres humanos (30).

Thomas More, em consonância com o pensamento cristão anterior, democratiza a ideia de *boa vida*. Além disso, reforçou a importância atribuída à estrutura institucional como o controle externo da motivação intrínseca dos indivíduos, uma vez que não concordava com a tese da natureza perfeita dos seres humanos (30). Tommaso Campanella recuperou esta tese, embora não completamente, afirmando a necessidade de políticas eugénicas. Outras contribuições de Campanella para a ideia de qualidade de vida são a sua compreensão abrangente da saúde, a intuição no que se refere à importância de erguer uma comunidade universal de seres humanos para evitar a guerra e o papel atribuído, antecipando Francis Bacon, ao desenvolvimento técnico-científico. Bacon propôs uma mudança copernicana na ideia de uma *boa vida*, colocando o foco na utilidade dos indivíduos. Como consequência, no que diz respeito à saúde, Bacon parece ponderar mais o tratamento do que o estilo de vida (30).

Nas décadas de 1960 e 1970, as novas tecnologias levantaram novas questões no âmbito da saúde, tendo-se passado a usar a qualidade de vida como parâmetro para a tomada de decisões em questões de saúde. Consequentemente, os pesquisadores concentraram o seu interesse na construção de instrumentos projetados para avaliar a saúde e a qualidade de vida. Enquanto alguns pesquisadores consideravam a qualidade de vida como um mistério idiossincrático, outros acreditavam que esta era útil na implementação do ponto de vista do doente na prática clínica e sugeriram melhorar a definição e a metodologia da qualidade de vida (31).

Na década de 1980, alguns filósofos consequencialistas usaram a qualidade de vida para formular um julgamento moral, em particular justificaram o infanticídio de

bebés gravemente deficientes, a eutanásia e a suspensão do tratamento de manutenção da vida com a justificativa de qualidade de vida. Nos anos 90, abriu-se um novo debate sobre a qualidade de vida, passando esta a estar associada à saúde e à felicidade. Foi desenvolvido o conceito de qualidade de vida, passando a estar relacionado com outros conceitos como as noções subjetivistas; conseqüentemente, a sua definição e as suas medidas apresentavam desafios (31).

As mudanças do conceito de saúde, que ocorreram durante a segunda metade do século XX, afetaram e modificaram profundamente a ideia de qualidade de vida: o conceito saúde sofreu grandes transformações, passando por medidas negativas de saúde, como os *the five D's: death, disease, disability, discomfort, and dissatisfaction*, para mais domínios e características positivas. A OMS (32) considerou que a saúde e a qualidade de vida estavam orientadas positivamente: a saúde passou a ser considerada um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades. A partir desta nova perspectiva sobre a saúde surgiram medidas mais positivas destinadas a avaliar a saúde e a doença. Essas novas medidas de saúde, por sua vez, afetaram o conceito de qualidade de vida, que foi definido pela OMS, em 1995 (32), como a percepção que a pessoa tem da sua orientação na vida ao nível cultural e dos sistema de valores da sociedade onde está inserida, bem como no que se refere aos seus objetivos, desejos, normas e inquietações.

O conceito tornou-se mais abrangente, passando a contemplar um complexo de saúde física, estado psicológico, nível de independência da pessoa, relações sociais e as relações características marcantes do ambiente em que a pessoa vive. Apesar dessas definições abrangentes da OMS, não houve uma definição geral de qualidade de vida. A qualidade de vida passou a representar uma tentativa válida de superar questões meramente quantificáveis, passando a estar mais atenta às necessidades de cada pessoa, abarcando as atividades de vida diária, atividades instrumentais, bem-estar psicológico, funcionamento social, percepção do estado de saúde, dor e satisfação geral com a vida (33).

O WHOQOL-100 é uma medida de bem-estar transculturalmente válida, que é operacionalizada por 100 itens de 25 facetas organizadas em seis domínios: físico, psicológico, níveis de independência, relacionamento social, ambiente e espiritualidade. O WHOQOL-BREF é uma versão curta do WHOQOL-100 e foi

desenvolvido em quatro domínios da qualidade de vida: físico, psicológico, social e ambiental para uso em situações em que o tempo é limitado. O WHOQOL-BREF inicialmente estava disponível em 19 idiomas após ser avaliado quanto à validade transcultural em 19 países. Depois disso, diferentes eruditos validaram e usaram uma versão adaptada à configuração do seu país (34).

As avaliações da qualidade de vida podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento de intervenções médicas e psicológicas com maior sensibilidade e eficácia e são de grande importância no planeamento, acompanhamento de intervenções e na recuperação dos doentes. No geral, o advento de instrumentos para medir a qualidade de vida em diferentes populações também tem sido uma ferramenta eficiente para a avaliação de possíveis stressores do desenvolvimento humano e para a identificação dos vários preditores da qualidade de vida em diversas culturas. Além disso, as medidas efetivas para a avaliação da qualidade de vida também permitem a avaliação de programas sociais projetados para melhorar a qualidade de vida em populações específicas ou na população em geral (35).

A OMS (36) definiu saúde como um construto multidimensional, ou seja, um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Posteriormente descreveu-a de forma mais dinâmica, recorrendo a termos como “um recurso para viver” em vez de um “estado”. Essa interpretação levou ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação, como a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), que se refere ao impacto da saúde na capacidade de funcionamento das pessoas ao nível do bem-estar percebido nos domínios físico, mental e social. A QVRS faz parte de um conceito mais amplo designado de “bem-estar geral” que, segundo alguns autores, é sinónimo de “qualidade de vida” (35).

1.4. Qualidade de vida relacionada com a Saúde oral

A saúde oral é parte integrante da saúde geral, sendo identificada como um elemento fundamental da qualidade de vida. Durante anos, a saúde oral foi determinada exclusivamente por fatores clínicos, o que não permitiu avaliar o verdadeiro impacto das doenças orais no quotidiano das pessoas. Algumas pesquisas, na área, desenvolveram o conceito de qualidade de vida relacionada com

a saúde oral (QdVRSO), que compreende quatro categorias: fatores funcionais, fatores psicológicos, fatores sociais e existência de desconforto ou dor. Os impactos negativos, que uma má saúde oral tem na qualidade de vida das populações, tornam-no num problema significativo para a saúde pública (36). Ainda que grande parte dos problemas orais não se mostre como um risco imediato de mortalidade, estão na base da redução da qualidade de vida, pois aumentam progressivamente a dor e o sofrimento, resultando em problemas “funcionais, estéticos, nutricionais e psicológicos”. Como tal, é fundamental a existência de ações centradas na educação para a saúde, com ênfase na autopercepção, autoproteção e autocuidado. Programas que primam pela igualdade, objetivando minimizar as desigualdades e os seus resultados negativos na qualidade de vida das pessoas também devem ser explorados (37).

A dimensão da saúde oral foi ampliada com a adição do conceito de bem-estar depois que a OMS ampliou a definição de saúde com a inclusão do bem-estar social. Desde então, a saúde oral também contribui para o bem-estar geral e não apenas para a ausência de doença. Atividades diárias como comer, conversar, sorrir e relações sociais são determinantes do bem-estar. Neste sentido, a saúde oral é essencial para a saúde geral e para o bem-estar (38).

A QdVRSO é um construto multidimensional que reflete (entre outras coisas) o conforto das pessoas ao comer, dormir e envolverem-se em interações sociais, a sua autoestima e a sua satisfação em relação à saúde oral. Está associado a fatores funcionais, psicológicos, sociais e experiência de dor ou desconforto. O uso de medidas da qualidade de vida na prática clínica permite: identificar e priorizar problemas; facilitar a comunicação; triagem de problemas ocultos; facilitar a tomada de decisão clínica compartilhada e monitorizar as alterações/respostas ao tratamento (39).

Embora os problemas de saúde oral raramente sejam uma questão de vida ou morte, continuam a ser um grande problema de saúde pública devido à sua prevalência. Para além disso, há indicações significativas de que os problemas de saúde oral têm consequências sociais, económicas e psicológicas, o que significa que têm impacto na qualidade de vida. Atualmente existe um interesse crescente em reconhecer a saúde oral como uma componente da qualidade de vida. A pesquisa odontológica não se concentra apenas na reabilitação de doenças orais, mas em

explorar a relação entre o estado de saúde oral e a qualidade de vida, a fim de avaliar, melhorar e manter a qualidade de vida. De facto, a QdVRSO é parte integrante da saúde e bem-estar geral e é reconhecida pela OMS como um segmento importante do Programa Global de Saúde Oral (40).

A QdVRSO consiste, assim, num autorrelato especificamente relacionado com a saúde oral - compreendendo os “impactos funcionais, sociais e psicológicos da doença oral”. Configura-se como o efeito de uma interação dos estados de saúde oral, fatores sociais, contextuais e o resto do corpo (40).

Material e métodos

2. Material e métodos

Tendo-se como objetivo a sistematização do conhecimento atual sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente geriátrico em diferentes contextos de autonomia, realizou-se uma revisão sistemática da literatura.

As revisões sistemáticas da literatura têm como objetivo abordar problemas, identificar, avaliar criticamente e integrar as descobertas de todos os estudos individuais relevantes e de alta qualidade abordando uma ou mais questões de pesquisa. Uma boa revisão sistemática da literatura pode alcançar a maioria ou todos os seguintes critérios:

- Estabelecer em que medida a pesquisa existente avançou no sentido de esclarecer um problema específico;
- Identificar relações, contradições, lacunas e inconsistências na literatura e explorar razões para tal (por exemplo, propondo um novo conceito ou teoria que explique essa inconsistência);
- Formular afirmações gerais ou um conceito abrangente;
- Comentar, avaliar, ampliar ou desenvolver uma teoria;
- Fornecer implicações para a prática;
- Descrever propostas para futuras pesquisas (41).

Uma revisão sistemática é, portanto, uma pesquisa por si só e, por sua própria natureza, capaz de ser mais abrangente do que os estudos empíricos isolados (por exemplo, descobrir ligações entre os achados empíricos). De facto, as revisões sistemáticas da literatura situam-se acima de todos os outros projetos de pesquisa no topo da hierarquia de evidências, porque têm o potencial de fornecer as implicações mais importantes para a prática (42).

As revisões sistemáticas da literatura são caracterizadas por serem objetivas, transparentes e replicáveis. Envolvem um processo de busca rigoroso para localizar estudos que abordem uma questão de pesquisa, bem como uma apresentação sistemática e a síntese das características e resultados dessa procura. Implica ter critérios para inclusão e exclusão, explicitamente declarados e consistentemente implementados, para minimizar o viés e permitir que se avaliem os procedimentos, as evidências e as conclusões dos estudos. Esta metodologia também permite que

outros pesquisadores atualizem a revisão mais tarde, a fim de integrar novas descobertas. Para melhor alcançar os propósitos de uma revisão sistemática da literatura, Baumeister (41) recomenda que se adote o pensamento de um juiz e/ou júri, em vez de um advogado. Um juiz e/ou um júri avaliam ceticamente a evidência a fim de tornar o julgamento o mais justo possível. Em contraste, a abordagem de um advogado face à evidência envolve tentar fazer o melhor em prol de um argumento.

Visando-se a obtenção e a compilação do conhecimento sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente geriátrico em diferentes contextos de autonomia, realizou-se um estudo suportado nos princípios metodológicos anteriormente descritos e nas orientações do *Cochrane Database of Systematic Reviews* (43), tendo sido seguidos os passos recomendados: 1 – Formulação do problema; 2 – Localização e seleção dos estudos; 3 – Avaliação crítica dos estudos; 4 – Colheita de dados; 5 – Análise e apresentação dos dados; 6 – Interpretação dos resultados; 7 – Aperfeiçoamento e utilização da revisão.

2.1. Formulação do problema

Uma revisão sistemática da literatura deve conter a discriminação dos critérios de elegibilidade, os quais devem ser delineados com base na combinação dos elementos presentes na questão de investigação, na indicação do tipo de desenho, nos participantes e em comparações (43), ou seja, deve nortear-se pela questão PICO (cf. tabela 1).

Assim, a questão PICO orientadora da presente revisão sistemática é: Qual o impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente geriátrico em diferentes contextos de autonomia?

Tabela 1. Formulação da questão de pesquisa de acordo com o método PICO

Questão PICO	
Participantes	Pacientes geriátricos
Intervenção	Avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida
Comparação	Idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados
Outcomes	Impacto da saúde oral na qualidade de vida em função dos diferentes contextos de autonomia
Type of Study (Desenho do estudo)	Estudos experimentais, quase-experimentais, transversais analíticos, ensaios clínicos controlados, randomizados, ensaios controlados aleatórios, exploratórios, revisões sistemáticas

2.2. Localização e seleção dos estudos

No sentido de identificar os termos científicos mais frequentemente utilizados nos artigos científicos da temática em estudo, realizou-se uma revisão naturalista aleatória no motor de busca Google, de modo a identificar as palavras-chave preliminares do estudo. Dessa revisão resultaram as seguintes palavras-chave: “Oral Health”, “Quality of Life”, “Patients”, “Aged; Elderly”, “Institutionalized; Institutionalization”, “Personal Autonomy”, “Activities of Daily Living”.

Posteriormente foi confirmado se as palavras-chave identificadas constituíam descritores MeSH, na plataforma informática MeSH Browser, tendo sido obtidos os seguintes resultados: “Oral Health”, “Quality of Life”, “Patients”, “Institutionalization”, “Aged”, “Personal Autonomy”, “Activities of Daily Living”. Foram também considerados os termos “Elderly”, “Homes for the Aged” e “Housing for the Elderly” que, apesar de não serem descritores MeSH, são *Entry Term(s)* que surgem na literatura específica do fenómeno em estudo.

2.3. Critérios de inclusão e exclusão

Com o objetivo de se limitarem os artigos em estudo, que integrarão esta revisão, foram definidos e aplicados critérios de seleção mais específicos (cf. tabela 2).

Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	>60 anos Idosos institucionalizados e não institucionalizados	Idade <60 anos
Intervenções	Estudos que avaliem a saúde oral e a qualidade de vida em diferentes contextos de autonomia	Estudos que não analisem as variáveis de inclusão
Comparações	Idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados	
"Outcomes"	Influência da institucionalização/desinstitucionalização no impacto da saúde oral na qualidade de vida do idoso	Estudos que não avaliem a influência dos diferentes contextos de autonomia
Tipos de estudo	Estudos experimentais, quase-experimentais, transversais analíticos, ensaios clínicos controlados, randomizados, ensaios controlados aleatórios, exploratórios, revisões sistemáticas	Outros desenhos para além dos de inclusão
Data de publicação	2008-2020	Estudos anteriores a 2008
Línguas	Português, Espanhol, Inglês	Outras línguas estrangeiras
Disponibilidade do artigo	Full-text	Apenas abstract

2.4. Estratégia de busca dos estudos

Para a identificação de estudos relevantes em conformidade com os critérios definidos, realizaram-se pesquisas que incluíram os estudos que datam de janeiro de 2008 a junho de 2020, nos idiomas português, espanhol e inglês, recorrendo às seguintes plataformas eletrónicas de bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost; Google Académico; PubMed, B-On e SCIELO (cf. Quadro 1). A opção pelo período temporal de 12 anos deveu-se ao facto de ter sido necessário alargar o espaço de tempo de publicação de estudos, uma vez que são escassas as investigações que associam simultaneamente a saúde oral e a qualidade de vida dos idosos em função dos seus contextos de autonomia.

Foram utilizados os termos previamente citados, conjugados com os operadores booleanos da seguinte forma: "Oral Health" [MeSH Major Topic] AND ("Quality of Life" [MeSH Terms] AND "Patients; Aged" [MeSH Terms]); OR ([Elderly]) AND ("Institutionalization" [MeSH Major Topic] OR ([Homes for the Aged; Housing for

the Elderly”]) AND "Quality of Life" [MeSH Major Topic] AND "Personal Autonomy" [MeSH Major Topic] OR "Activities of Daily Living" [MeSH Major Topic].

Utilizaram-se os referidos descritores, em língua portuguesa, espanhola e inglesa, nos referidos motores de busca científicos, com o objetivo de realizar uma pesquisa mais profunda e para se obterem os artigos completos.

Quadro 1. Estudos que foram identificados a partir da introdução dos descritores

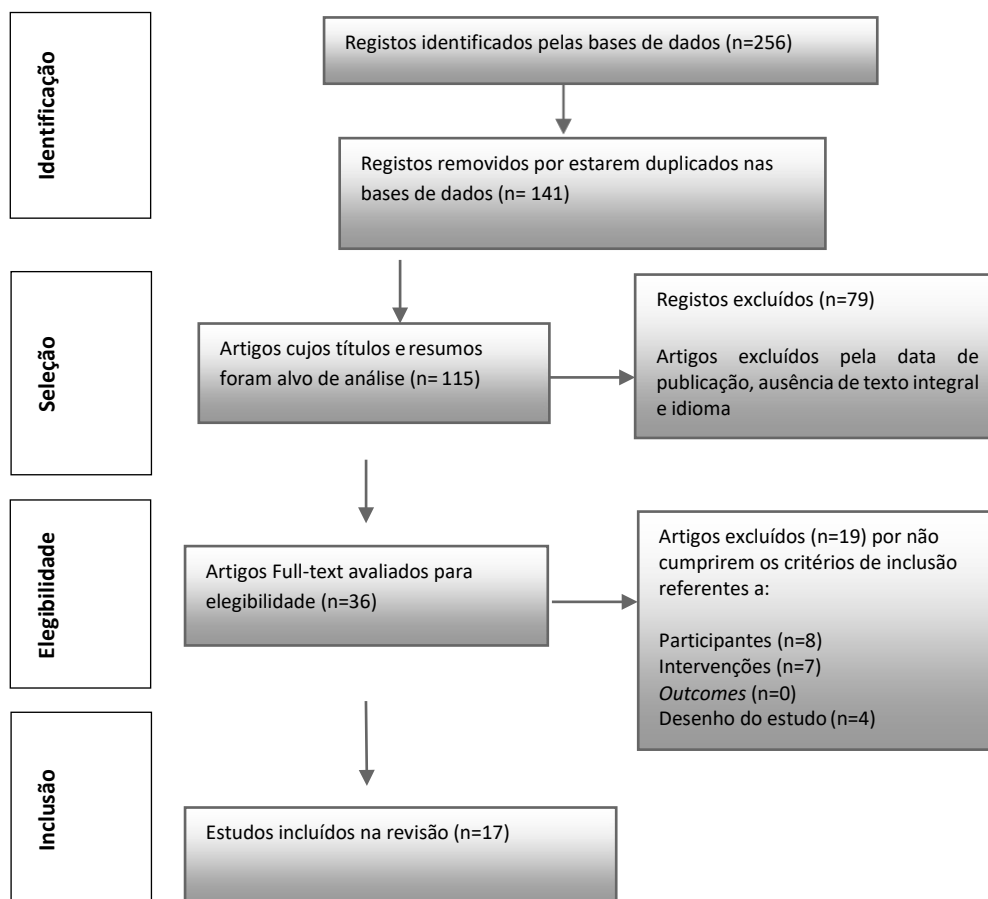
	Motor de busca científica	Descritores	Período temporal	Limitadores	Resultados
S1	CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost	"Oral Health" [MeSH Major Topic] AND ("Quality of Life " [MeSH Terms] AND "Patients; Aged" [MeSH Terms]); OR ([Elderly]) AND ("Institutionalization"[MeSH Major Topic] OR ([“Homes for the Aged; Housing for the Elderly”]) AND " Quality of Life " [MeSH Major Topic] OR " Personal Autonomy " [MeSH Major Topic] OR " Activities of Daily Living " [MeSH Major Topic]	Entre janeiro de 2008 e junho de 2020	Participantes de ambos os gêneros, com idade >60 anos; Estudos em humanos	54
S2	Google Académico	"Oral Health" [MeSH Major Topic] AND ("Quality of Life " [MeSH Terms] AND "Patients; Aged" [MeSH Terms]); OR ([Elderly]) AND ("Institutionalization"[MeSH Major Topic] OR ([“Homes for the Aged; Housing for the Elderly”]) AND " Quality of Life " [MeSH Major Topic] OR " Personal Autonomy " [MeSH Major Topic] OR " Activities of Daily Living " [MeSH Major Topic]	Entre janeiro de 2008 e junho de 2020	Participantes de ambos os gêneros, com idade >60 anos; Estudos em humanos	48
S3	LILACS	"Oral Health" [MeSH Major Topic] AND ("Quality of Life " [MeSH Terms] AND "Patients; Aged" [MeSH Terms]); OR ([Elderly]) AND ("Institutionalization"[MeSH Major Topic] OR ([“Homes for the Aged; Housing for the Elderly”]) AND " Quality of Life " [MeSH Major Topic] OR " Personal Autonomy " [MeSH Major Topic] OR " Activities of Daily Living " [MeSH Major Topic]	Entre janeiro de 2008 e junho de 2020	Participantes de ambos os gêneros, com idade >60 anos; Estudos em humanos	16
S4	PubMed	"Oral Health" [MeSH Major Topic] AND ("Quality of Life " [MeSH Terms] AND "Patients; Aged" [MeSH Terms]); OR ([Elderly]) AND ("Institutionalization"[MeSH Major Topic] OR ([“Homes for the Aged; Housing for the Elderly”]) AND " Quality of Life " [MeSH Major Topic] OR " Personal Autonomy " [MeSH Major Topic] OR " Activities of Daily Living " [MeSH Major Topic]	Entre janeiro de 2008 e junho de 2020	Participantes de ambos os gêneros, com idade >60 anos; Estudos em humanos	102
S5	B-On	"Oral Health" [MeSH Major Topic] AND ("Quality of Life " [MeSH Terms] AND "Patients; Aged" [MeSH Terms]); OR ([Elderly]) AND ("Institutionalization"[MeSH Major Topic] AND " Quality of Life " [MeSH Major Topic] OR " Personal Autonomy " [MeSH Major Topic] OR " Activities of Daily Living " [MeSH Major Topic]	Entre janeiro de 2008 e junho de 2020	Participantes de ambos os gêneros, com idade >60 anos; Estudos em humanos	17

S6	SCIELO	"Oral Health" [MeSH Major Topic] AND ("Quality of Life " [MeSH Terms] AND "Patients; Aged" [MeSH Terms]); OR ([Elderly]) AND ("Institutionalization"[MeSH Major Topic] OR ("Homes for the Aged; Housing for the Elderly") AND " Quality of Life " [MeSH Major Topic] OR " Personal Autonomy " [MeSH Major Topic] OR " Activities of Daily Living " [MeSH Major Topic]	Entre janeiro de 2008 e junho de 2020	Participantes de ambos os gêneros, com idade >60 anos; Estudos em humanos	19
----	--------	---	---------------------------------------	---	----

Da pesquisa nas bases de dados, resultou a identificação de 256 artigos. Assim, numa primeira fase foram removidos os estudos que estavam duplicados nas bases de dados (n=141). Numa segunda fase, e após análise dos artigos (n=115) através dos seus títulos e resumos, excluíram-se 79 pela data de publicação, pela ausência de texto integral e tipo de idioma, tendo ficado para elegibilidade 36 artigos em *full-text*. Destes, 19 foram excluídos por não cumprirem os restantes critérios de inclusão. Foram incluídos no estudo 17 artigos.

Na figura 1 é possível observar o fluxograma PRISMA referente às 4 etapas de seleção dos artigos: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão (cf. Figura 4).

Figura 4. Diagrama com o processo de seleção dos estudos (PRISMA)



A etapa seguinte consiste num resumo narrativo onde se descrevem os objetivos ou finalidades dos artigos incluídos no *corpus* de análise, conceitos adotados e resultados relacionados com a questão de partida da revisão.

Resultados

3. Resultados

Os resultados foram classificados nas principais categorias conceituais, tais como: “tipo de estudo”, “participantes”, “objetivos”, “metodologia adotada”, “evidências estabelecidas”, sendo apresentada para cada categoria uma explicação clara. Esta seção engloba uma descrição geral das fontes incluídas, com referência a uma tabela detalhada das características de cada estudo incluído que consta da ferramenta de extração de dados. Deste modo, os resultados são apresentados numa tabela síntese dos estudos incluídos, seguindo-se as sugestões do *Joanna Briggs Institute* (44), segundo o qual a apresentação dos resultados pode mapear o material revisto de uma forma lógica, diagramática ou tabular e/ou em formato descritivo, desde que esteja em consonância com o objetivo da revisão.

O quadro seguinte mostra os resultados como: distribuição dos estudos por título, autor(es) e ano de publicação (cf. Quadro 2).

Quadro 2. Tabela resumo de caracterização dos artigos

Código	Título	Autor(es)	Ano de publicação
A01	The Effect of Oral Health on Quality of Life in an Underprivileged Homebound and Non-Homebound Elderly Population in Jerusalem	Zini A, Sgan-Cohen HD. (45)	2008
A02	Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: Uma abordagem quantiquantitativa.	Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, <i>et al.</i> (46)	2011
A03	Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway	Dahl K, Wang N, Holst D, Öhrn K. (47)	2011
A04	Self-perceived oral health and associated factors among the elderly in Campinas, Southeastern Brazil, 2008-2009.	Silva DD, Held RB, Torres SV, <i>et al.</i> (48)	2011
A05	Relationship between oral impacts on daily performance and chewing ability among independent elders residing in Daejeon City, Korea	Hwang S-J, Patton LL, Kim J-H, <i>et al.</i> (49)	2012
A06	Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain)	Cornejo M, Pérez G, Lima KC, <i>et al.</i> (50)	2013
A07	Relationships between higher-level functional capacity and dental health behaviors in community-dwelling older adults	Moriya S, Tei K, Yamazaki, Y, <i>et al.</i> (51)	2013
A08	Oral health conditions and quality of life of elderly users of the Unified National Health System	Mestriner SF, Almeida ASQ, Mesquita LP, <i>et al.</i> (52)	2014
A09	The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents	Porter J, Ntouva A, Read A, <i>et al.</i> (53)	2015
A10	Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar	Nogueira CMR, Falcão LMN, Nuto SAS, <i>et al.</i> (54)	2017
A11	Influence of oral health on the quality of life of institutionalized and noninstitutionalized elderly people	Saliba TA, Ortega MM, Goya KK, <i>et al.</i> (55)	2018
A12	Impact of Oral Health Promotion Project on Periodontal Condition and Life Quality of the Elderly in Long-Term Care Institutions	Li XL, Liu MY, Cheng L, <i>et al.</i> (56)	2018

A13	Oral health-related quality of life in older adults- Longitudinal study	Echeverria MS, Wünsch IS, Langlois CO, <i>et al.</i> (57)	2018
A14	Correlation between oral health and quality of life among the elderly in Southwest China from 2013 to 2015	Sheng X, Xiao X, Song X, <i>et al.</i> (58)	2018
A15	Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents - A Systematic Review	Wong FMF, Ng YTY, Leung WK. (59)	2019
A16	Functional capacity and oral health-related quality of life in elderly	Teixeira DF, Sá LM, Velasco S, <i>et al.</i> (60)	2019
A17	Older People Living in Nursing Homes: An Oral Health Screening Survey in Florence, Italy	Chiesi F, Grazzini M, Innocenti M, <i>et al.</i> (61)	2019

A análise dos resultados tem como objetivo contribuir para a divulgação das evidências disponíveis ao nível do impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente geriátrico institucionalizado e não institucionalizado em diferentes contextos de autonomia, como exposto nos quadros seguintes.

Quadro 3. Síntese do estudo de Zini & Sgan-Cohen (45)

Código A01

Tipo de estudo	Estudo transversal, descritivo-correlacional
Objetivo do estudo	Avaliar o efeito da saúde oral na qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados.
Participantes	344 idosos com uma média de idades de 75,7 ±8,1 anos, residentes em Jerusalém.
Metodologia adotada	Aplicação do <i>Oral Health Impact Profile</i> (OHIP-14), aplicado por um assistente de medicina dentária; realização de exame clínico dentário por um médico dentista.
Evidências estabelecidas	O nível médio do OHIP-14 foi de 10,43. O total do OHIP-14, comparando os idosos institucionalizados com os não institucionalizados, foi de 2,06, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$). Após uma regressão logística múltipla, a capacidade funcional e o nível de escolaridade revelaram significância estatística na pontuação do OHIP-14, com pior qualidade de vida nos idosos institucionalizados, que relataram maiores dificuldades do que os não institucionalizados em comunicar, comer, relaxar e sentir satisfação com a vida relacionada com a saúde oral. A avaliação do OHIP-14 revelou que a saúde oral teve maior efeito na qualidade de vida no que se refere à dor na cavidade oral, desconforto ao comer e prejuízo na alimentação. Avaliando-se a associação entre o OHIP-14 e as variáveis independentes, foi detetada significância estatística para o <i>status</i> familiar, nível de funcionamento familiar, cuidador, nível de escolaridade e necessidades de tratamento na articulação temporomandibular. Os idosos independentes em termos de autonomia expressaram menos efeitos negativos da saúde oral na sua qualidade de vida do que os idosos dependentes. A percepção da qualidade de vida é mais positiva entre os idosos com nível de escolaridade superior. Os idosos com escolaridade mais elevada apresentavam maior número de dentes naturais e mostravam-se mais conscientes da necessidade de realização de exame dentário, sugerindo que melhores condições económicas favorecem a saúde oral.

Quadro 4. Síntese do estudo de Haikal, Paula, Martins, Moreira & Ferreira (46)

Código A02	
Tipo de estudo	Estudo descritivo-correlacional
Objetivo do estudo	Conhecer as relações entre a autopercepção da saúde oral, impacto da saúde oral na qualidade de vida e estado clínico oral dos idosos.
Participantes	45 idosos, 35 (78%) tinham mais de 71 anos e 27(60%) eram do género feminino.
Metodologia adotada	Foram realizados exames clínicos e entrevistas semiestruturadas. Imagens fotográficas do estado de saúde oral foram relacionadas com as unidades de registo das entrevistas.
Evidências estabelecidas	A análise quantitativa evidenciou: 4,8 dentes em média; CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) médio de 29,9; 57,7% eram desdentados, 60% acreditavam não necessitar de tratamento, 75% sofriam de impacto na qualidade de vida devido às condições de saúde oral, apesar de 67% perceberem positivamente a sua saúde oral. Quanto menor o número médio de dentes presentes e maiores valores de CPOD médio, mais negativa foi a autopercepção da saúde oral. Na análise qualitativa constatou-se subestimação de sintomas, falta de esperança e resignação perante as limitações impostas pelo precário estado clínico. Registo de maior proporção de idosos a relatar incómodos e problemas mastigatórios dentre os que autoperceberam negativamente a sua condição de saúde oral. Muitos idosos perceberam as limitações como consequência do envelhecimento e não como um problema que mereça ser corrigido. A maioria dos idosos teve uma autopercepção positiva da sua saúde oral, apesar de terem apresentado precário estado clínico e sofrerem de impacto negativo da saúde oral na sua qualidade de vida.

Quadro 5. Síntese do estudo de Dahl, Wang, Holst & Öhrn (47)

Código A03	
Tipo de estudo	Estudo descritivo-correlacional
Objetivo do estudo	Estudar a relação entre a avaliação da saúde oral e a qualidade de vida em idosos.
Participantes	151 idosos com 68-77 anos de idade, residentes na comunidade.
Metodologia adotada	Foram realizados registos clínicos de saúde oral e foi avaliada a qualidade de vida pelo <i>Oral Health Impact Profile</i> (OHIP-14).
Evidências estabelecidas	No total, 63% dos idosos classificaram a sua saúde oral como boa e 59% estavam satisfeitos com a sua condição oral. Com recurso ao OHIP-14, 42% relataram nenhum problema ou desconforto oral. A proporção de idosos que relataram problemas ou desconforto variou entre 13% e 43%, de acordo com as dimensões do OHIP-14. Os problemas mais frequentemente relatados foram a dor física (43%), o desconforto psicológico (28%) e a incapacidade psicológica (28%). Os idosos que classificaram a sua saúde oral como pobre e aqueles que estavam insatisfeitos com a sua saúde oral apresentaram significativamente menor qualidade de vida. O estudo mostra uma relação entre as autoavaliações de saúde oral e a qualidade de vida, mas sem nenhuma associação entre o estado clínico de cárie e a qualidade de vida. A saúde oral afeta a qualidade de vida dos idosos.

Quadro 6. Síntese do estudo de Silva, Held, Torres, Sousa, Neri & Antunes (48)**Código A04**

Tipo de estudo	Estudo observacional descritivo
Objetivo do estudo	Descrever a autopercepção da saúde oral entre idosos e avaliar o estado clínico da sua saúde oral.
Participantes	876 idosos residentes em lares de terceira idade.
Metodologia adotada	A recolha de dados foi realizada através de entrevista com cuidadores e com recurso aos registos das Instituições; realização do exame clínico da cavidade oral do idoso.
Evidências estabelecidas	Todos os idosos apresentaram perdas dentárias parciais (50%) ou totais (50%) e 28,1% usavam prótese removível. Os dispositivos protéticos e os dentes remanescentes dos idosos eram limpos apenas com escova e pasta dentífrica (100%), com diferentes frequências diárias entre os cuidadores e sem orientação do médico dentista. A maioria dos cuidadores estava satisfeito com a higiene oral dos idosos (75%) e com o método de higiene oral utilizado (96,9%) e não demonstraram interesse na aprendizagem de novos métodos de higiene oral (81,3%). Os cuidadores têm uma percepção inadequada sobre a saúde oral da população idosa e os cuidados de higiene oral prestados aos idosos são deficitários. O uso de próteses dentárias associou-se a melhor qualidade de vida; os idosos que utilizavam próteses dentárias e com uma dentição funcional apresentavam uma saúde oral positiva. A perda de dentes e os problemas na mucosa oral relacionaram-se negativamente com a nutrição, impacto social e aparência, interferindo na qualidade de vida.

Quadro 7. Síntese do estudo de Hwang, Patton, Kim & Kim (49)**Código A05**

Tipo de estudo	Estudo descritivo-correlacional
Objetivo do estudo	Avaliar a associação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral através do <i>Oral Impacts on Daily Performances</i> (OIDP) e a capacidade mastigatória.
Participantes	634 idosos independentes e socialmente ativos da comunidade. A média de idade foi de 74 anos, sendo 56,6% mulheres.
Metodologia adotada	Foi realizado um exame clínico de saúde oral e aplicado o <i>Oral Impacts on Daily Performances</i> (OIDP).
Evidências estabelecidas	8% dos idosos sofriam de edentulismo e o número médio de dentes foi de 17,7. No geral, 39,3% dos participantes tiveram um ou mais impactos da saúde oral no desempenho diário. Os idosos com capacidade de mastigação afetada apresentaram maior impacto da saúde oral no desempenho diário em comparação com aqueles com capacidade total de mastigação. Os idosos que relataram a sua saúde oral como “regular” ou “melhor” apresentavam 68% menos probabilidade de ter impacto negativo da saúde oral no desempenho diário do que aqueles que autorrelataram a sua saúde oral como “má” ou “muito má”. Entre idosos independentes, a melhoria da capacidade de mastigação, incluindo os cuidados adequados de saúde oral, pode contribuir para otimizar a sua qualidade de vida, respetivo bem-estar físico, psicológico e social.

Quadro 8. Síntese do estudo de Cornejo, Pérez, Lima, Casals-Peidro & Borrell (50)

Código A06	
Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Estudar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de idosos institucionalizados.
Participantes	194 idosos residentes na comunidade.
Metodologia adotada	Foi realizado o questionário <i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i> (GOHAI), para avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida. Adicionalmente foi realizado um questionário sociodemográfico e de saúde oral com avaliação das seguintes variáveis: dados sociodemográficos, última visita ao Médico Dentista, estado subjetivo e objetivo de saúde oral.
Evidências estabelecidas	Amostra majoritariamente masculina (64,3%), 74% tinha mais de 75 anos, 62,5% dos homens e 72,5% das mulheres não concluíram o 1º ciclo do ensino básico. Apenas 3,6% dos homens e 8,8% das mulheres visitaram um Médico Dentista no ano anterior à recolha de dados (2012). De acordo com o GOHAI, 94 mulheres (68,1%) e 36 homens (64,3%) apresentaram má qualidade de vida relacionada com a saúde, particularmente no domínio físico. A média do índice CPOD foi de 22,8, com uma média de 10,2 dentes restantes. De acordo com <i>Community Periodontal Index</i> apenas 1,9% eram saudáveis; 33,8% da amostra (35,5% mulheres e 30,4% homens) apresentaram edentulismo, 54,2% necessitaram de próteses dentárias superiores (51,1% das mulheres e 60,7% dos homens) e 64,7% necessitavam de próteses dentárias inferiores (61,6% das mulheres e 71,4% dos homens). Após o ajuste de vários modelos robustos de regressão de Poisson e multivariados, verificou-se que a qualidade de vida relacionada com a saúde estava associada a problemas de dentes ou gengivas, à percepção negativa sobre dentes/gengivas/prótese e também associada ao edentulismo funcional, com necessidade de prótese superior, mas não a fatores sociodemográficos ou ao tempo desde a última consulta odontológica. Os idosos estudados revelaram uma elevada prevalência de más condições objetivas de saúde oral com impacto negativo na sua qualidade de vida.

Quadro 9. Síntese do estudo de Moriya, Tei, Yamazaki et al. (51)

Código A07	
Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Avaliar a relação entre a capacidade funcional de nível superior e os comportamentos de saúde oral em idosos da comunidade.
Participantes	338 idosos com idade ≥ 65 anos residentes na comunidade.
Metodologia adotada	A capacidade funcional de nível superior foi avaliada através do <i>Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence</i> (TMIG-index)). Modelos univariados e multivariados foram construídos em relação aos comportamentos de saúde oral, como visitas regulares ao médico dentista, frequência de escovagem dos dentes, higienização das próteses pelos idosos e uso de fio dentário, como variável independente a pontuação total do índice TMIG.
Evidências estabelecidas	A análise de regressão logística univariada demonstrou uma correlação significativa entre o baixo índice TMIG e a subcategoria 'atividade intelectual' com a falta de idas regulares ao médico dentista, a não escovagem diária dentária e a não higienização das próteses. O modelo multivariado revelou relações significativas após o ajuste para várias variáveis, incluindo os dados demográficos, <i>status</i> de saúde, estilo de vida e número de dentes restantes. A baixa atividade intelectual e um elevado nível de incapacidade funcional para a realização das ADV's é um indicador preciso dos comportamentos de saúde oral em idosos. Os idosos dependentes têm as suas atividades e capacidades de higiene oral limitadas. A atividade intelectual deve ser tida em consideração para promover efetivamente comportamentos de saúde oral e hábitos de higiene oral em idosos com grau elevado de dependência. A saúde oral dos idosos é insatisfatória, o que se deve à falta de autonomia dos mesmos e ao seu baixo nível de atividade intelectual.

Quadro 10. Síntese do estudo de Mestriner, Almeida, Mesquita, Bulgarell & Junior (52)**Código A08**

Tipo de estudo	Estudo descritivo transversal exploratório
Objetivo do estudo	Analisar as condições de saúde oral e socioeconômicas de idosos usuários do Sistema Único de Saúde na unidade de referência da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; avaliar a sua relação com um indicador subjetivo de impactos das condições de saúde oral na qualidade de vida.
Participantes	76 idosos mentalmente capacitados, independentes fisicamente, ambos os sexos, com idade ≥ 60 anos.
Metodologia adotada	Aplicação do questionário <i>Oral Health Impact Profile</i> - OHIP-14, recolha de dados secundários obtidos dos registos dos pacientes atendidos na referida unidade de referência.
Evidências estabelecidas	Na amostra, 69,74% eram do género feminino, 59% tinham 60 a 69 anos (média de 68,5 anos). As frequências das dimensões com maior impacto da saúde oral na qualidade de vida foram: a dor física (13,16%) e o desconforto psicológico (14,47%); tendo menor impacto a incapacidade social (71%) e a desvantagem social (63%). As variáveis género, residência, necessidade e uso de próteses não tiveram associação com as medidas da qualidade de vida. Foi observada uma boa correlação entre a autopercepção e os scores do OHIP-14 ($r=0.542$, $p<0,001$) e uma associação moderada ($r=0.28$, $p<0,001$) entre os idosos com maior rendimento familiar mensal e os scores do OHIP-14. O que mais incomoda os idosos é a vergonha por sofrerem de edentulismo (incapacidade psicológica), o desconforto para comer (dor física), a preocupação com a boca (desconforto psicológico) e dificuldades na mastigação (limitação funcional). Ficou demonstrado que a autopercepção da saúde oral tem um impacto na qualidade de vida.

Quadro 11. Síntese do estudo de Porter, Ntouva, Read, Murdoch., Ola & Tsakos (53)**Código A09**

Tipo de estudo	Estudo epidemiológico transversal
Objetivo do estudo	Avaliar a saúde oral clínica e subjetiva, incluindo a qualidade de vida relacionada com a saúde oral e a associação de sintomas orais com a qualidade de vida relacionada com a saúde em idosos residentes em lares de terceira idade.
Participantes	325 idosos residentes em lares de terceira idade em Islington, Londres. A maioria era do sexo feminino (64,8%), com uma média de idade de $82,2 \pm 7,64$ anos.
Metodologia adotada	180 idosos com capacidade cognitiva foram inquiridos para avaliação dos seus sintomas orais e sobre a sua qualidade de vida relacionada com a saúde com recurso ao <i>Oral Impacts on Daily Performances</i> (OIDP). Foram também inquiridos diretores do lar e prestadores de cuidados dos idosos. Realizou-se um exame clínico aos 325 idosos em estudo.
Evidências estabelecidas	Quase dois terços da amostra eram dentados (64,5%); 61,3% dos quais e 50,9% dos idosos com edentulismo relataram problemas como boca seca, lábios rachados, dentes quebrados, dor de dentes e próteses dentárias mal ajustadas. A saúde oral teve um impacto considerável na qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos; 20,2% dos dentados e 30,9% dos com edentulismo relataram pelo menos um impacto na sua qualidade de vida relacionada com a saúde nos últimos 6 meses. Dentes sensíveis, dor de dentes, gengivas com sangramento, boca seca e dentes naturais fraturados e próteses mal ajustadas estiveram fortemente associadas a maior prevalência de impactos na qualidade de vida mesmo após o ajuste por fatores demográficos e socioeconômicos e pelo número de dentes (apenas dentados). A saúde oral revelou-se fortemente associada a pior qualidade de vida relacionada com a saúde.

Quadro 12. Síntese do estudo de Nogueira, Falcão, Nuto et al. (54)

Código A10	
Tipo de estudo	Estudo transversal analítico, de abordagem quantitativa
Objetivo do estudo	Investigar a autopercepção da saúde oral de idosos e a sua relação com as medidas de autocuidado, uso de próteses e de serviços odontológicos, assim como queixas odontológicas e o impacto na vida quotidiana.
Participantes	95 idosos com idade ≥ 60 anos, capacitados mentalmente.
Metodologia adotada	Exclusão de idosos incapacitados mentalmente, avaliados através do Minixame do Estado Mental (MEEM) – avaliação neuropsicológica, que identificou os idosos orientados no tempo e no espaço, capazes de interagirem durante a recolha dos dados, de modo a proporcionar confiabilidade nas respostas. Aplicação de questionários de forma verbal, em visita domiciliária. As variáveis independentes incluíram: sexo, grupo etário, raça, escolaridade, rendimento familiar mensal, práticas de autocuidado, uso e necessidade de próteses, queixas odontológicas, impacto no quotidiano e acesso ao serviço e às informações; e a variável dependente foi a autopercepção da saúde oral. A variável queixas odontológicas resultou do somatório dos autorrelatos de dor, falta de dentes, manchas, dificuldade na fala, sangramento gengival, boca seca, dentes amolecidos, dentes tortos, dificuldade de engolir ou mastigar, incômodos nas próteses dentárias, mau hálito e feridas. Quanto ao impacto no quotidiano resultou do somatório dos autorrelatos de sentimentos de vergonha, nervosismo, dificuldades na realização das AVD's, deixar de se conviver e má higiene do sono devido aos problemas de saúde oral.
Evidências estabelecidas	Amostra majoritariamente feminina (n=62; 65,3%), na faixa etária dos 60-70 anos (n=67; 70,5%), de cor parda (n=94; 98,9%), sem escolaridade e/ou estudaram apenas até à conclusão do 1.º ciclo do ensino básico (n=71; 74,8%), com rendimento familiar mensal até dois ordenados mínimos nacionais (n=86; 90,6%). As mulheres tiveram autopercepção da saúde oral ótima/boa em maior número do que os homens (p= 0,044). Quanto às medidas de autocuidado, 63 (66,3%) idosos relataram realizar a higiene oral uma ou duas vezes ao dia. No entanto, apenas dois idosos (4,5%) usam fio dental e sete (7,4%) fazem bochechos com soluções com e sem flúor. Da avaliação da relação das variáveis de autocuidado com a autopercepção da saúde oral, nenhuma variável demonstrou relação causal. Mais de metade (n=50; 52,6%) dos idosos tinha edentulismo total, dois terços (n=63; 66,3%) usavam prótese superior e somente um terço (n=31; 32,6%), prótese inferior. Nenhum dos idosos entrevistados possuía todos os dentes naturais. Mais de um terço (n=36; 37,9%) acreditava que não precisavam de substituir a sua prótese dentária e 33 (34,7%) indicavam a necessidade da sua substituição; 28 dos idosos (29,5%) afirmaram que a prótese dentária se movimentava durante a mastigação, 18 (18,9%) que aleijava a boca e 14 (14,7%) que dificultava a sua fala. Houve significância estatística entre os idosos que têm dentes naturais quando comparados aos que não tem dente algum (p<0,001). Um terço dos idosos (n=29; 30,5%) percebeu que a saúde oral causava impacto no seu quotidiano. Destes, um terço (n=29; 30,5%) sentiam vergonha ao sorrir ou falar; 12 (12,6%) deixaram de conviver; 7 (7,4%) relataram nervosismo ou irritação; 6 (6,3%) dormiam mal e 3 (3,2%) apresentaram dificuldades na realização das AVD's, existência de diferença estatisticamente significativa (p<0,001). Associação entre a mediana do número de queixas odontológicas e a autopercepção da saúde oral (p<0,001). Quanto maior o número de queixas odontológicas e impacto da saúde oral no quotidiano, pior a autopercepção da saúde oral.

Quadro 13. Síntese do estudo de Saliba, Ortega, Goya, Moimaz & Garbin (55)

Código A11	
Tipo de estudo	Estudo transversal e exploratório
Objetivo do estudo	Determinar a percepção de idosos institucionalizados (G1) e não institucionalizados (G2) sobre a sua saúde oral e qualidade de vida (QdV).
Participantes	150 idosos institucionalizados e 80 idosos não institucionalizados.
Metodologia adotada	Aplicação de dois instrumentos: Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) e o <i>World Health Organization QOL-Bref</i> (WHOQOL-BREF) - em duas cidades do estado de São Paulo.
Evidências estabelecidas	<p>A saúde oral de ambos os grupos afetou minimamente a QdV dos idosos. O score do WHOQOL-Bref variou entre os dois grupos em estudo principalmente em termos do domínio físico e autopercepção da QdV. Os grupos estudados apresentaram diferenças em algumas variáveis: autopercepção da QdV ($p=0,020$), mobilidade ($p=0,005$) e acesso a serviços de saúde ($p=0,025$). O G2 apresentou melhor QdV. As mulheres eram maioria nos dois grupos de estudo e mais independentes. No G1, 23,80% das mulheres e 40% dos homens apresentaram algum nível de dependência para realizar as AVD's. No G2, todos os participantes eram independentes. Não houve associação estatística significativa entre o gênero e o nível de dependência física nos dois grupos G1 e G2 (G1 $p=0,417$; G2 $p=0,999$), nem entre a percepção da saúde oral e o sexo ($p=0,816$; $p=0,803$, respectivamente).</p> <p>Em relação ao score total do GOHAI, uma análise estatística descritiva mostrou que G1 e G2 foram semelhantes (mediana= 28 e 27; desvio padrão =6,6 e 6,8; variação= 43,3 e 45,6, respectivamente). Apenas um membro do G1 apresentou um impacto moderado do estado de saúde oral na QdV; os restantes participantes apresentaram nível baixo. De acordo com este instrumento, a saúde oral dos dois grupos analisados tiveram um impacto baixo na QdV dos idosos (a pontuação média do GOHAI foi de 28,1 para o G1 e 26 para o G2), e não houve diferença entre os scores dos dois grupos ($p=0,495$). Em relação ao WHOQOL-Bref, o score total apresentou apenas diferença significativa no domínio físico entre G1 e G2 ($p<0,05$). Os grupos estudados não apresentaram diferença significativa em relação ao aborrecimento e preocupações devido ao seu estado de saúde oral ($p<0,05$), todavia, os idosos institucionalizados demonstraram esses sentimentos com mais frequência do que o outro grupo. Como possível fator contribuinte para esse aborrecimento entre os idosos institucionalizados, observou-se uma insatisfação com o acesso aos serviços de saúde ($p=0,034$) de acordo com um modelo de regressão simples. No entanto, concluiu-se que provavelmente existem outros fatores contribuintes a serem verificados e os estudos futuros. Os scores do G1 e G2 para a QdV apresentaram diferenças significativas quanto à percepção dos idosos em relação à sua dependência do tratamento médico para viver e aproveitar a vida; a importância e o significado da própria vida; disponibilidade de informações para oportunidades rotineiras de lazer; mobilidade; satisfação com as relações sociais; e acesso a serviços de saúde. Para essas variáveis, o G2 apresentou as melhores condições.</p>

Quadro 14. Síntese do estudo de Li, Liu, Cheng, Zhu & Cui (56)

Código A12	
Tipo de estudo	Estudo controlado randomizado
Objetivo do estudo	Avaliar o impacto de um projeto de promoção da saúde oral na condição periodontal e na qualidade de vida de idosos em lares de terceira idade na cidade de Wuhan.
Participantes	322 idosos, sendo 144 do grupo experimental e 178 do grupo de controlo.
Metodologia adotada	Idosos de cinco lares foram selecionados e distribuídos em grupo experimental e grupo de controlo pelo método de agrupamento aleatório. O grupo experimental integrou um projeto de promoção de saúde oral com a duração de seis meses. Foram utilizados os seguintes protocolos de avaliação: <i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i> (GOHAI), <i>Oral Hygiene Index-simplified</i> (OHI-S), <i>Gingival Index</i> (GI) e <i>Bleeding on Probing</i> (BOP).
Evidências estabelecidas	Não foi observada diferença significativa entre os dois grupos nas características sociodemográficas, scores GOHAI, OHI-S, GI e BOP no início do estudo ($p>0,05$). Mas, após o programa de promoção de saúde oral, registaram-se melhorias significativas, com maiores scores GOHAI, OHI-S e GI no grupo experimental do que no grupo de controlo ($p<0,05$). O projeto de promoção de saúde oral melhorou a qualidade de vida e a condição periodontal relacionada com a saúde oral do idoso.

Quadro 15. Síntese do estudo de Echeverria, Wünsch, Langlois, Cascaes & Ribeiro Silva (57)

Código A13	
Tipo de estudo	Estudo longitudinal
Objetivo do estudo	Avaliar a qualidade relacionada com a saúde oral e determinar associações com fatores demográficos, socioeconómicos e variáveis de saúde oral de idosos.
Participantes	61 idosos (≥ 60 anos de idade).
Metodologia adotada	O estudo teve dois momentos da avaliação (2009 e 2015) em idosos utentes de Unidades de Saúde da Família, no Brasil. Foram recolhidas as variáveis clínicas de saúde oral, através de exame clínico. Aplicação do <i>Oral Health Impact Profile</i> - OHIP-14, para avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida.
Evidências estabelecidas	A média do OHIP - 14 foi de $9,12 \pm 10,81$ em 2009 e $8,50$ ($10,52$) em 2015. O maior impacto foi o desconforto psicológico causado, nas duas avaliações (28,8% em 2009 e 22,9% em 2015). Na regressão linear, o score médio do OHIP - 14 aumentou 4,8 pontos (IC 95%: 0,11-9,49) entre idosos que sofreram perda dentária entre as duas avaliações em comparação com aqueles que mantiveram o mesmo número de dentes. Registou-se um aumento no score do OHIP - 14 entre 2009 e 2015 em 40,6% dos idosos. O estado de saúde oral dos idosos exerce influência na qualidade de vida.

Quadro 16. Síntese do estudo de Sheng, Xiao, Song, Qiao, Zhang & Zhong (58)

Código A14	
Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Avaliar a saúde oral entre idosos no sudoeste da China e analisar a correlação entre doenças orais comuns e a qualidade de vida na mesma população.
Participantes	687 idosos (idade ≥ 60 anos), residentes na comunidade.
Metodologia adotada	Realização de exames e diagnósticos de saúde oral; aplicação do <i>Community Periodontal Index</i> (CPI) para avaliar a condição periodontal e do <i>Oral Health Impact Profile</i> - OHIP-14, para avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida.
Evidências estabelecidas	Na amostra total, 212 (30,9%) idosos foram diagnosticados com gengivite ou cálculo/tártaro subgengival, 291(42,4%) com periodontite crônica moderada, 136 (19,8%) com periodontite crônica grave, 514 (74,8%) com cárie dentária e 648 (94,3%) com defeitos de dentição; 11% dos idosos com periodontite crônica grave apresentavam incapacidade física, com prejuízo na alimentação e na necessidade de interromper as refeições e 48,4% dos participantes com problemas de dentição apresentavam incapacidade social, ou seja, impacto da condição oral nas relações com os outros e na dificuldade em realizar as atividades diárias. A periodontite e defeitos dentários tiveram efeitos negativos consideráveis na qualidade de vida.

Quadro 17. Síntese do estudo de Wong, Ng & Leung (59)

Código A15	
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura
Objetivo do estudo	Descrever a saúde bucal, a qualidade de vida relacionada com a saúde e os fatores associados em idosos institucionais.
Participantes	25 estudos.
Metodologia adotada	Revisão sistemática da literatura.
Evidências estabelecidas	A higiene oral relatada e a saúde oral dos idosos institucionalizados pesquisados era má, com presença de periodontite, dentes cariados, edentulismo, lesões nas mucosas, próteses dentárias inadaptadas. Os resultados confirmam que esta população compreende pessoas vulneráveis que têm problemas de saúde oral porque apresentam um nível de dependência moderado e totalmente dependentes. Os fatores não modificáveis e modificáveis associados à saúde oral vulnerável nesse grupo podem ser categorizados como fatores individuais ou ambientais. Os fatores individuais devem-se à dependência física e/ou ao comprometimento cognitivo, resultando numa capacidade limitada de autocuidado. Estes idosos institucionalizados apresentam maiores probabilidades ter problemas de saúde oral. O nível de autonomia e dependência dos idosos relaciona-se também com o acesso aos serviços médico-dentários, com o estado de saúde oral, com os cuidados de higiene dentária e com a adequação da dieta. A cavidade oral apresentava consequências decorrentes da alteração do grau de dependência dos idosos e das transformações que ocorrem a nível sistémico, com repercussões na sua qualidade de vida, dado que os problemas de saúde oral são fonte de dor e causa de doença física e emocional. Os problemas orais causam angústia e pior qualidade de vida. A angústia causada pela má saúde oral e má função mastigatória afetam a saúde em geral, como o aumento do risco de desnutrição. Ficou demonstrado o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos idosos.

Quadro 18. Síntese do estudo de Teixeira, Sá, Velasco & Santos (60)

Código A16	
Tipo de estudo	Estudo observacional transversal
Objetivo do estudo	Analisar a correlação entre a capacidade funcional e qualidade de vida relacionada à saúde oral de idosos no domicílio.
Participantes	Idosos em contexto domiciliário.
Metodologia adotada	O Índice de Katz e o <i>Oral Health Impact Profile</i> (OHIP-14) foram utilizados para investigar a capacidade funcional e a qualidade de vida relacionada com a saúde oral.
Evidências estabelecidas	A avaliação da capacidade funcional total resultou em 42,2% dos participantes com dependência total e/ou dependência parcial de pelo menos numa função. A análise da Correlação de Spearman mostrou que quanto maior a incapacidade funcional para as AVD's, maior é o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos idosos. A dimensão que mais interferiu na qualidade de vida relacionada a saúde oral foi a dor física (23,5%). O domínio da dor física engloba o desconforto da mastigação, que pode ser causada principalmente por edentulismo ou próteses mal adaptadas. Os idosos com grande incapacidade física tendem a não preocupar-se com a sua saúde oral, com impacto na sua qualidade de vida. As consequências funcionais da doença oral foram documentadas, bem como as emocionais e sociais. O estado de saúde oral pode causar dor e sofrimento consideráveis, se os sintomas orais permanecerem sem tratamento, esta é uma das principais fontes de diminuição da qualidade de vida dos idosos.

Quadro 19. Síntese do estudo de Chiesi, Grazzini, Innocenti *et al.* (61)

Código A17	
Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Avaliar o estado de saúde oral nos idosos de um lar de terceira idade; avaliar a potencial associação da saúde oral com o estado cognitivo, o grau de autonomia funcional e o risco de desnutrição.
Participantes	176 idosos residentes em 5 lares de terceira idade em Florença.
Metodologia adotada	Aplicação do <i>Malnutrition Universal Screening Tool</i> (para avaliar o estado de nutrição) e do <i>Pfeiffer test, the Minimum Data Set-Long Form</i> (para avaliar a capacidade cognitiva); realização de exame clínico dentário, para avaliação de saúde oral geriátrica.
Evidências estabelecidas	A média de idade foi de 84,4 anos ($\pm 8,3$), prevalência de mulheres (67,6%). A maioria (71%) não possuía nenhuma escolaridade ou no máximo tinha concluído o 1.º ciclo do ensino básico. 21% dos idosos apresentaram edentulismo mínimo (0 a 12 dentes), 39,2% edentulismo parcial e 39,8% apresentaram edentulismo completo. O teste de Pfeiffer mostra que 34,7% dos idosos tinham uma capacidade cognitiva intacta, 17,6% baixa capacidade cognitiva, 17% média capacidade cognitiva e 30,7% apresentavam capacidade cognitiva grave. A avaliação da realização das ADV's indicou que 22,2% eram completamente independentes, 21% tinham uma baixa dependência, 21% tinham dependência média e 35,8% possuíam alto nível de dependência; 70,6% apresentaram baixo risco de desnutrição, 11,9%, risco médio de desnutrição e 17,5%, grave risco de desnutrição. A faixa etária não apresenta diferenças significativas na avaliação odontológica global ($p=0,694$). Além disso, a avaliação do médico dentista não se associou ao género ($p = 0,538$) e à escolaridade ($p=0,806$). A saúde oral era deficitária em 43,8% dos casos, média em 38,1% dos idosos e boa em 18,2%. Um pior estado de saúde oral foi significativamente associado ($p<0,05$) a um pior estado cognitivo e com maior dependência nas AVD's. O score de desnutrição entre os idosos não se relacionou com a condição de saúde oral ($p=0,128$). Registou-se uma associação entre a condição de saúde oral e os scores do teste de Pfeiffer, a distribuição dos scores (variando de -1 a 11) do teste de Pfeiffer está significativamente associada ($p <0,05$) com a condição de saúde oral: quanto mais preservadas as saúde oral cognitivas, melhor a saúde oral. A saúde oral associa-se à capacidade cognitiva e ao grau de autonomia nas AVD's: uma função cognitiva mais baixa está associada a uma má condição de higiene oral, ao edentulismo e a próteses mal ajustadas. O nível de dependência para a realização das AVD's mostrou-se significativamente associado a melhores condições de saúde oral, uma vez que se os idosos que não podem realizar autonomamente as AVD's não conseguem cuidar da sua própria saúde oral, o que se assume como preditor de distúrbios dentários, como o edentulismo e mucosite. O comprometimento da capacidade funcional, em combinação com a dependência, aumenta do risco de

	doença dentária e perda dentária, bem como uma menor capacidade de o idoso gerir a sua higiene oral. Ficou demonstrado que a condição de saúde oral em idosos institucionalizados é um desafio, uma vez que uma boa saúde oral é um fator preditor de qualidade de vida física, cognitiva, psicológica e social.
--	--

Quadro 20. Resumo dos resultados dos artigos selecionados

Estudos	Objetivo	Instrumentos utilizados	Participantes	Impacto QVRSO	Dimensões Afetadas	Influência da Saúde Oral na QV [Negativa(-), Positiva(+)]
1. Zini A, Sgan-Cohen HD. (45)	Avaliar o efeito da saúde oral na qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados	QV: <i>Oral Health Impact Profile</i> (OHIP-14) Exame intra-oral	344 idosos institucionalizados e não institucionalizados	Sim	Dor física Incapacidade física	Incapacidade funcional (-)
2. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, et al. (46)	Conhecer as relações entre a autopercepção da saúde oral, impacto da saúde oral na qualidade de vida e estado clínico oral dos idosos	QV: NA Exame intra-oral Outros: entrevistas semiestruturadas, imagens fotográficas	45 idosos institucionalizados	Apenas avalia autopercepção da saúde oral	NA	CPOD: quanto menor o número médio de dentes presentes e maiores valores de CPOD médio, mais negativa foi a autopercepção da saúde oral
3. Dahl K, Wang N, Holst D, Öhrn K. (47)	Estudar a relação entre a avaliação da saúde oral e a qualidade de vida em idosos	QV: <i>Oral Health Impact Profile</i> (OHIP-14) Exame intra-oral	151 idosos não institucionalizados	Sim	Dor física Desconforto psicológico, Incapacidade psicológica	Baixa autopercepção da saúde oral (-)
4. Silva DD, Held RB, Torres SV, et al. (48)	Descrever a autopercepção da saúde oral entre idosos e avaliar o estado clínico da sua saúde oral	QV: NA Exame Intra-oral Outros: Entrevista com cuidadores e com recurso aos registos das Instituições	876 idosos institucionalizados	NA	NA	Perdas dentárias parciais ou totais (-) Uso de prótese removível (+) Problemas na mucosa oral (-)

5. Hwang S-J, Patton LL, Kim J-H, <i>et al.</i> (49)	Avaliar a associação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral	QV: <i>Oral Impacts on Daily Performances</i> (OIDP) Exame Intra-oral	634 idosos não institucionalizados	Sim	Desempenho diário	Insuficiente capacidade de mastigação (-) Capacidade total de mastigação (+)
6. Cornejo M, Pérez G, Lima KC, <i>et al.</i> (50)	Estudar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de idosos institucionalizados	QV: <i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i> (GOHAI) Outros: Questionário sociodemográfico e de saúde oral	194 idosos não institucionalizados	Sim	Domínio físico	Problemas de dentes ou gengivas (-) Percepção negativa sobre dentes/gengivas/prótese(-) Edentulismo funcional (-)
7. Moriya S, Tei K, Yamazaki, Y, <i>et al.</i> (51)	Avaliar a relação entre a capacidade funcional de nível superior e os comportamentos de saúde oral em idosos da comunidade	QV: <i>Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence</i> (TMIG-index)) Outros: avaliação de comportamentos de saúde oral	338 idosos não institucionalizados	Sim	Incapacidade funcional para a realização das AVD's	Incapacidade intelectual diminuída (-) Falta de idas regulares ao médico dentista (-) Ausência de escovagem diária dentária (-) Ausência de higienização das próteses (-)

8. Mestriner SF, Almeida ASQ, Mesquita LP, <i>et al.</i> (52)	Analisar as condições de saúde oral e socioeconômicas de idosos usuários do Sistema Único de Saúde na unidade de referência da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; avaliar a sua relação com um indicador subjetivo de impactos das condições de saúde oral na qualidade de vida	QV: <i>Oral Health Impact Profile</i> - OHIP-14 Outros: recolha de dados secundários obtidos dos registos dos pacientes	76 idosos não institucionalizados	Sim	Dor física Desconforto psicológico Incapacidade social	Edentulismo (-) Desconforto na alimentação (-) Dificuldade na mastigação (-)
9. Porter J, Ntouva A, Read A, Murdoch M, Ola D, & Tsakos G. (53)	Avaliar a saúde oral clínica e subjetiva, incluindo a qualidade de vida relacionada com a saúde oral e a associação de sintomas orais com a qualidade de vida relacionada com a saúde em idosos residentes em lares de terceira idade	QV: <i>Oral Impacts on Daily Performances</i> (OIDP) Exame Intra-oral Outros: inquiridos os diretores do lar e prestadores de cuidados dos idosos	325 idosos institucionalizados	Sim	NA	Dentes sensíveis(-) Dor de dentes(-) Gengivas com sangramento(-) Boca seca(-) Dentes naturais fraturados(-) Próteses mal ajustadas (-)
10. Nogueira CMR, Falcão LMN, Nuto SAS, <i>et al.</i> (54)	Investigar a autopercepção da saúde oral de idosos e a sua relação com as medidas de autocuidado, uso de próteses e de serviços odontológicos, assim como queixas odontológicas e o impacto na vida quotidiana	QV: NA Outros: Miniexame do Estado Mental (MEEM); aplicação de questionários de forma verbal, em visita domiciliária dentárias	95 idosos não institucionalizados	Apenas avalia autopercepção da saúde oral	Dificuldades na realização das AVD's	Baixa autopercepção da saúde oral (-)

11. Saliba TA, Ortega MM, Goya KK, <i>et al.</i> (55)	Determinar a percepção de idosos institucionalizados (G1) e não institucionalizados (G2) sobre a sua saúde oral e qualidade de vida (QdV).	QV: Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) <i>World Health Organization QOL-Bref</i> (WHOQOL-BREF)	150 idosos institucionalizados e 80 idosos não institucionalizados	Parcialmente	Domínio físico	Reduzido acesso a cuidados de saúde e informação de qualidade (-)
12. Li XL, Liu MY, Cheng L, <i>et al.</i> (56)	Avaliar o impacto de um projeto de promoção da saúde oral na condição periodontal e na qualidade de vida de idosos em lares de terceira idade na cidade de Wuhan	QV: <i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i> (GOHAI) Exame Intra-oral: <i>Oral Hygiene Index-simplified</i> (OHI-S), <i>Gingival Index</i> (GI); <i>Bleeding on Probing</i> (BOP)	322 idosos institucionalizados	Sim	Dificuldades na realização das AVD's	Programas de saúde oral (+)
13. Echeverria MS, Wünsch IS, Langlois CO, <i>et al.</i> (57)	Avaliar a qualidade relacionada com a saúde oral e determinar associações com fatores demográficos, socioeconómicos e variáveis de saúde oral de idosos	QV: <i>Oral Health Impact Profile</i> - OHIP-14 Exame Intra-oral	61 idosos não institucionalizados	Sim	Desconforto psicológico	Perda dentária (-) Manter os dentes naturais (+)
14. Sheng X, Xiao X, Song X, <i>et al.</i> (58)	Avaliar a saúde oral entre idosos no sudoeste da China e analisar a correlação entre doenças orais comuns e a qualidade de vida na mesma população	QV: <i>Oral Health Impact Profile</i> - OHIP-14 Exame Intra-oral: <i>Community Periodontal Index</i> (CPI) Exames e diagnósticos de saúde oral	687 idosos não institucionalizados	Sim	Incapacidade física Incapacidade social	Periodontite crónica grave (-) Defeitos dentários (-)

15. Wong FMF, Ng YTY, Leung WK. (59)	Descrever a saúde bucal, a qualidade de vida relacionada com a saúde e os fatores associados em idosos institucionalizados	Revisão sistemática da literatura; 25 estudos	25 estudos	Sim	NA	Presença De Periodontite (-) Dentes Cariados (-) Edentulismo (-) Lesões Nas Mucosas (-) Próteses Dentárias Inadaptadas (-) Dor (-)
16. Teixeira DF, Sá LM, Velasco S, et al. (60)	Analisar a correlação entre a capacidade funcional e qualidade de vida relacionada à saúde oral de idosos no domicílio	QV: <i>Oral Health Impact Profile (OHIP-14)</i> Outros: Índice de Katz	238 idosos não institucionalizados	Sim	Incapacidade funcional Dor física	Edentulismo (-) Próteses mal adaptadas (-)
17. Chiesi F, Grazzini M, Innocenti M, et al. (61)	Avaliar o estado de saúde oral nos idosos de um lar de terceira idade; avaliar a potencial associação da saúde oral com o estado cognitivo, o grau de autonomia funcional e o risco de desnutrição	Exame Intra-oral Outros: <i>Malnutrition Universal Screening Tool, Pfeiffer test, the Minimum Data Set-Long Form</i>	176 idosos institucionalizados	NA	NA	Má condição de higiene oral (-) Edentulismo (-) Próteses mal ajustadas (-) Função cognitiva diminuída (-)

Discussão

4. Discussão

Os estudos analisados são unânimes quanto ao impacto da saúde oral na qualidade de vida dos idosos, quer em contexto de institucionalização, quer ao nível da comunidade, demonstrando que uma boa saúde oral está associada a melhor qualidade de vida e saúde em geral.

O instrumento mais utilizado para avaliar o impacto dos problemas de saúde oral na vida diária foi o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) (45, 47, 52, 57, 58, 60), seguindo-se o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) (50, 55, 56) e o *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) (49, 53). Na maioria dos estudos foram realizados exames clínicos de saúde oral. Estudos em diferentes regiões associaram a deterioração da saúde oral a problemas de saúde em adultos, uma questão crítica já que a condição sistémica piora com a idade (61 - 63).

Ficou demonstrado que a saúde oral tem efeito na qualidade de vida de idosos institucionalizados, nomeadamente na dimensão dor física e incapacidade física (45), todavia, as evidências também revelam dor física, acompanhada de desconforto psicológico em idosos residentes na comunidade (47, 52, 62, 60), confirmando assim que os problemas orais não são apenas uma fonte de dor, mas também uma causa de doença física e emocional. O impacto no domínio desconforto psicológico encontra-se também relatado no estudo longitudinal de Echeverria, Wünsch, Langlois, Cascaes & Ribeiro Silva (57) (28,8% em 2009 e 22,9% em 2015).

Ficou demonstrado que quanto menor o número médio de dentes presentes e maiores os valores de CPOD, mais negativa é a autoperceção da saúde oral e a QdVRSO (46). Exemplo disso é o estudo de Echeverria, Wünsch, Langlois, Cascaes & Ribeiro Silva (57), no qual a perda dentária se assumiu como uma variável com impacto na qualidade de vida, tendo aumentado o score médio do OHIP-14 em 4,8 pontos (IC 95%: 0,11-9,49) nos idosos que sofreram perda dentária em comparação com aqueles que mantiveram o mesmo número de dentes, demonstrando que o estado de saúde oral de idosos residentes na comunidade exerce influência na sua qualidade de vida, um resultado semelhante ao encontrado noutros estudos com idosos institucionalizados (63, 64). É de salientar que os idosos residentes na comunidade

com problemas de dentição também apresentam, por vezes, relatos de incapacidade social (52, 58).

Um outro resultado aponta para uma associação entre o uso de adequadas próteses dentárias e uma melhor qualidade de vida, sendo que idosos com próteses dentárias adaptadas e uma dentição funcional apresentam uma saúde oral mais positiva (48, 53, 59, 60, 61). A perda de dentes e os problemas na mucosa oral relacionam-se negativamente com a nutrição, impacto social e aparência, interferindo na qualidade de vida de idosos institucionalizados (48). De igual modo, numa amostra de idosos residentes na comunidade com capacidade de mastigação afetada registou-se maior impacto da saúde oral no desempenho diário em comparação com aqueles com capacidade total de mastigação (49). Também no estudo de Porter, Ntouva, Read, Murdoch, Ola e Tsakos (53), a presença de próteses mal ajustadas estiveram fortemente associadas a maior prevalência negativa de impactos na qualidade de vida. Outros estudos também confirmam esta realidade (59-61).

Um outro problema associado à incapacidade física e, conseqüentemente, à qualidade de vida dos idosos, é a periodontite crónica, com prejuízo na alimentação e na necessidade de interromper as refeições. A periodontite tem efeitos negativos consideráveis na qualidade de vida de idosos residentes na comunidade (58). Estes resultados são de igual modo corroborados pelos dados de Wong, Ng e Leung (59), numa população de indivíduos dependentes institucionalizados, os quais demonstram que a presença de periodontite, dentes cariados, edentulismo, lesões nas mucosas e próteses dentárias inadaptadas resultam em pior percepção da qualidade de vida.

Tal assume especial importância já que com o avançar da idade, os idosos ficam mais suscetíveis a doenças crónicas e doenças orais, havendo um risco acrescido de cáries e de doenças periodontais (65).

Ficou ainda demonstrado que há correlação significativa entre o baixo índice de 'atividade intelectual' com a falta de idas regulares ao médico dentista, a não escovagem dentária diária e a não higienização das próteses. A baixa atividade intelectual e um elevado nível de incapacidade funcional para a realização das AVD's são preditores de comportamentos de saúde oral em idosos residentes na comunidade (51). Estes resultados são corroborados por Teixeira, Sá, Velasco e Santos (60), cujos dados revelam que quanto maior a incapacidade funcional para as

AVD's, maior é o impacto negativo na saúde oral na qualidade de vida dos idosos residentes na comunidade.

Para além disso, também os idosos dependentes têm as suas atividades e capacidades de higiene oral limitadas (51). No estudo de Chiesi, Grazzini, Innocenti *et al.* (61), em idosos institucionalizados, verificou-se que um pior estado de saúde oral estava associado significativamente ($p < 0,05$) a um pior estado cognitivo e a uma maior dependência nas AVD's. De facto, verifica-se que a saúde oral se associa à capacidade cognitiva e ao grau de autonomia na realização das AVD's: uma função cognitiva mais baixa está associada a uma má condição de higiene oral, ao edentulismo e a próteses mal ajustadas. O nível de dependência para a realização das AVD's mostrou-se significativamente associado às condições de saúde oral, com o comprometimento da capacidade funcional e um elevado nível de dependência a aumentar o risco de doença dentária e perda dentária, bem como a reduzir a capacidade do idoso gerir a sua higiene oral. De igual modo, no estudo de Nogueira, Falcão, Nuto *et al.* (54) os idosos com pior saúde oral apresentaram dificuldades na realização das AVD's, havendo uma associação entre a mediana do número de queixas odontológicas e a autoperceção da saúde oral ($p < 0,001$), ou seja, quanto maior o número de queixas odontológicas e impacto da saúde oral no quotidiano, pior a autoperceção da saúde oral de idosos residentes na comunidade. Ainda neste estudo, um terço dos idosos ($n=29$; 30,5%) percebeu que a saúde oral causava impacto no seu quotidiano. Destes, um terço ($n=29$; 30,5%) sentia vergonha ao sorrir ou falar; 12 (12,6%) deixaram de conviver; 7 (7,4%) relataram nervosismo ou irritação e 6 (6,3%) dormiam mal.

Li, Liu, Cheng, Zhu e Cui (56) implementaram um programa de promoção de saúde oral em idosos institucionalizados, tendo verificado melhorias significativas, com melhores pontuações nos índices GOHAI e OHI-S no grupo de intervenção, comparativamente ao grupo de controlo ($p < 0,05$). Portella, Rocha, Haddad, Fortes *et al.* (64) descrevem como um programa educacional de saúde oral quer para idosos, quer para cuidadores, pode ter um impacto positivo nas condições de saúde em idosos institucionalizados. Pronych, Brown, Horsch e Mercer (66) sugerem a implementação de programas de saúde oral para idosos, fornecendo recursos para a garantia da higiene oral diária dos idosos, o que se traduzirá em melhor saúde oral e, conseqüentemente, na maximização da sua qualidade de vida.

Em suma, os resultados encontrados na presente revisão sistemática corroboram outros anteriores, cujas evidências revelam que:

- as perdas dentárias parciais ou totais (48, 57)
- os problemas na mucosa oral (48, 59)
- a precária capacidade de mastigação (49, 52)
- os problemas de dentes ou gengivas associados à percepção negativa sobre os mesmos (50, 61)
- a ausência de consultas regulares no médico dentista, a não escovagem dentária diária, a não higienização das próteses (51)
- a presença de dentes sensíveis, dor de dentes, gengivas com sangramento, boca seca, dentes naturais fraturados e próteses mal ajustadas (53, 59, 60, 61);
- e a periodontite crónica grave (58, 59), são influências negativas da saúde oral na qualidade de vida dos idosos independentemente do seu contexto de autonomia.

É ainda contudo de salientar que, apesar de haver idosos institucionalizados com condições negativas da saúde oral, os idosos residentes na comunidade revelam mais condições negativas, o que poderá ser justificado com o facto de os idosos institucionalizados terem maior apoio por parte dos cuidadores, que se encontram mais despertados para esta dimensão e porque já possuem rotinas (protocolos) de obrigação de cuidados de escovagem e higiene oral por incentivo ou até por preocupação da instituição com a saúde dos seus utentes. Por sua vez, muitos idosos residentes na comunidade, por serem mais independentes, não têm quem supervisione os seus hábitos de higiene oral, o que resulta num maior impacto negativo na sua qualidade de vida.

Importa salientar que ao longo da realização deste trabalho se encontraram limitações, entre as quais a dificuldade em encontrar estudos que abordassem o impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente geriátrico em diferentes contextos de autonomia, o que resultou no alargamento do friso temporal da data de publicação dos estudos que formaram o *corpus* amostral desta revisão da literatura. Todavia, considera-se que esta é uma limitação comum a outros investigadores.

Sugere-se ainda a realização de um estudo controlado randomizado, onde se possa comparar o impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente geriátrico em diferentes contextos de autonomia, em amostras de idosos institucionalizados e residentes na comunidade.

Espera-se que os resultados desta revisão sistemática da literatura fortaleçam a atenção odontológica em idosos, para que se possam garantir as condições de saúde oral necessárias de modo a que estes vivam esta etapa da sua vida com qualidade. É essencial projetar e implementar políticas de saúde oral especificamente centradas na melhoria da qualidade de vida nesta população.

Entende-se urgente estudar e implementar estratégias na população idosa que facilmente permitam que estes não continuem a atingir idades tão avançadas sem grande qualidade de vida e em péssima qualidade de saúde oral. Neste sentido, entende-se fundamental e urgente reforçar e adotar uma maior interação entre o médico de família e o médico dentista, recorrendo ao alargamento e promoção do cheque dentista nestas faixas etárias, disponibilizando um maior número de médicos dentistas nos Centros de Saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde oral e diminuindo as barreiras da acessibilidade aos referidos cuidados de saúde oral (como sejam as económicas).

Sugere-se que se aprofundem os estudos em Portugal no sentido de se tentar apurar as formas e fatores de envelhecimento quer em idosos institucionalizados quer em não institucionalizados e de que forma o seu grau de dependência interfere na sua saúde oral e na sua qualidade de vida. Isto decerto poderia contribuir para que as doenças crónicas e degenerativas não afetassem os nossos idosos de forma tão precoce permitindo melhorias em qualidade de vida.

Uma das estratégias a implementar poderia ser a criação de unidades móveis de prestação de cuidados de saúde (em que forçosamente estariam os cuidados de saúde oral) às populações mais idosas e carenciadas, mais isoladas e de maior dificuldade de acesso a estes cuidados. Quer as unidades móveis quer as instituições deveriam ser constituídas de equipas multidisciplinares. Além disso, deverá apostar-se mais na educação para a saúde oral dos utentes e seus cuidadores, de forma a capacitá-los para a prestação e promoção destes cuidados.

Entende-se urgente o surgir de mais estudos comparativos entre idosos institucionalizados e não institucionalizados que possam avaliar de que forma a QVRSO e a QV estão relacionados com o processo de envelhecimento. Além disso, será importante identificar os fatores que estão aqui implicados, de modo a que se implementem estratégias de envelhecimento mais saudáveis.

Conclusões

5. Conclusões

A presente revisão sistemática da literatura permitiu dar resposta ao objetivo formulado, verificando-se que a saúde oral tem impacto na qualidade de vida dos idosos, quer em contexto de institucionalização, quer ao nível da comunidade.

Foi de igual forma possível retirar as seguintes conclusões:

- A saúde oral tem impacto na qualidade de vida de idosos institucionalizados especialmente nas dimensão dor física e incapacidade física;

- A saúde oral assume maior impacto na qualidade de vida de idosos residentes na comunidade nas dimensões dor física e desconforto psicológico;

- Os problemas orais não são apenas uma fonte de dor, mas também uma causa de doença física e emocional;

- Quanto menor o número médio de dentes presentes e maiores os valores de CPOD, mais negativa é a autoperceção da saúde oral e a QdVRSO independentemente do contexto de autonomia;

- Verificou-se uma associação entre o uso de próteses dentárias e a qualidade de vida, sendo que os idosos que utilizam próteses dentárias adaptadas e com uma dentição funcional apresentam uma melhor qualidade de vida independentemente do contexto de autonomia;

- O edentulismo e os problemas na mucosa oral têm interferência na qualidade da nutrição, na vida social e na aparência, com influência na qualidade de vida dos idosos;

- A presença de periodontite crónica afeta negativamente a saúde oral e qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados;

- Uma baixa atividade intelectual e um elevado nível de incapacidade funcional para a realização das AVD's são preditores de comportamentos de saúde oral em idosos, tendo os idosos dependentes as suas atividades e capacidades de higiene oral limitadas. Assim, verifica-se que um pior estado de saúde oral associa-se significativamente a um pior estado cognitivo e a níveis elevados de dependência nas AVD's.

- A presença perdas dentárias parciais ou totais, os problemas na mucosa oral, a precária capacidade de mastigação, os problemas de dentes ou gengivas associados à percepção negativa sobre os mesmos, a ausência de consultas regulares no médico dentista, a não escovagem dentária diária, a não higienização das próteses, a presença de dentes sensíveis, dor de dentes, gengivas com sangramento, boca seca, dentes naturais fraturados e próteses mal ajustadas são influências negativas da saúde oral na qualidade de vida dos idosos independentemente do seu contexto de autonomia.

É importante reiterar a importância da implementação de programas de prevenção e promoção da saúde oral na população idosa, bem como junto dos cuidadores informais, o que deve ser feito de forma contextualizada com o local onde estes residem e com as suas características sociodemográficas e de saúde em geral.

Bibliografia

Bibliografia

1. Varela A, Eleutério A, Elias I, Porfírio A, Pereira A, Lopes, M. *et al.* Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável. DGS. 2017.
2. Neto NS, Luft LR, Trentin MS, Silva, SO. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. *Rev Bras Ciências do Envelhec Hum.* 2007; Oct 22; 4(1):48-56.
3. Gil-Montoya JA, 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. *Clinical Interventions in Aging.* 2015; 10: 461–467.
4. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006 [Acesso em 2019 24 dez]. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992; 22(3): 429–445.
6. Sischo L, & Broder HL. Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. *J Dent Res.* 2011; 90(11): 1264-1270.
7. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019.
8. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011: resultados definitivos. Lisboa: INE; 2012 [Acesso em 2019 24 dez]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES_dest_boui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2
9. Instituto Nacional de Estatística. Estimativas de população residente em Portugal 2018. Lisboa: INE; 2019 [Acesso em 2019 24 dez]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES_dest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2
10. Instituto Nacional de Estatística. Estimativas de população residente em Portugal 2017. Lisboa: INE; 2018 [Acesso em 2019 24 dez]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES_dest_boui=315156710&DESTAQUESmodo=2
11. Instituto Nacional de Estatística. Principais Indicadores. INE; 2019 [Acesso em 2019 24 dez]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=pi&selTab=tab0
12. Araújo F, Martins T. Avaliação dos cuidadores: considerações e orientações para a prática. In T. Martins, *et al.* (Org.), *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 113-130). [Dissertação de Mestrado]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2016.
13. Instituto Nacional de Estatística. Saúde e incapacidade em Portugal 2011: 3 de dezembro, dia internacional das pessoas com deficiência. Lisboa: INE; 2012.

14. Medeiros MMD, Carletti TM, Magno MB *et al.* Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr.* 2020; 20, 44.
15. Perlini NMO, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(2): 229-236.
16. Bouchard C. Genomic predictors of trainability. *Exp. Physiol.* 2012; 97: 347–352.
17. Sequeira C. *Cuidar de Idosos Dependentes.* Porto: Quarteto; 2007.
18. Neves HMF. *Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos. Estudo tipo série de casos [Dissertação de Mestrado].* Covilhã: Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde; 2012 [Acesso em 2020 jan 17]. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1209>
19. Paul C, Ribeiro Ó. *Manual de Gerontologia.* Porto: Lidel; 2012.
20. Amaro MG. *A Transformação da Identidade em Idosos Institucionalizados – Um Estudo de Casos Múltiplos [Dissertação de Mestrado].* Bragança: Escola Superior de Educação de Bragança; 2012 [Acesso em 2020 jan 19]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8384/1/A%20Transforma%C3%A7%C3%A3o%20da%20Identidade%20em%20Idosos%20Institucionalizados.pdf>.
21. Floriano LA, Azevedo RCS, Reiner AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem.* 2012; 21(3); 543-548.
22. Lini EV, Portella MR, Doring M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro.* 2016; 19(6); 1004-1014.
23. Ferreira MEMM. *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. [Dissertação de mestrado].* Bragança: Escola Superior de Educação de Bragança; 2012 [Acesso em 2020 jan 19]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7936/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20%20Ser%20cuidador...pdf>.
24. Almeida A. *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares. [Dissertação de Mestrado].* Porto: Universidade do Porto; 2008 [Acesso em 2020 jan 18] Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218>.
25. Ferreira M. *O utente idoso conhecer para melhor comunicar e intervir. [Dissertação de Mestrado].* Lisboa: Universidade Aberta; 2010.
26. Crispim R. Velhice(s) e participação em estruturas residenciais para idosos percecionadas por pessoas idosas e assistentes sociais: um estudo qualitativo. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social.* 2020; 6(1): 81-96.
27. Rachadel TF, Broering J, Luza M, Piazza L. Institucionalização e atividade física em idosos e suas relações com medo de cair e qualidade de vida. *Sci Med.* 2015; 25(2): 2-7.
28. Nogueira BOCL, Li L, Meng LR, *et al.* Clinical characteristics and quality of life of older adults with cognitive impairment in Macao. *Psychogeriatrics.* 2018; 18(3): 182-189.

29. Ramocha LM, Louw QA, Tshabalala MD. Quality of life and physical activity among older adults living in institutions compared to the community. *South African Journal of Physiotherapy*. 2017; 73(1): 1-6.
30. Borja LN. The history of the idea of quality of life. In: Bruni L & Porta PL (ed.), *Handbook of Research Methods and Applications in Happiness and Quality of Life*. UK: Edward Elgar Publishing; 2016. p 153-175,.
31. Pennacchini M, Bertolaso M, Elvira MM, *et al*. A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy. *Clin*. 2011; 162(3): 99-103.
32. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10): 1403-1409.
33. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43(7): 891-901.
34. Reba K, Birhane BW, Gutema H. Validity and Reliability of the Amharic Version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOLBREF) in Patients with Diagnosed Type 2 Diabetes in Felege Hiwot Referral Hospital, Ethiopia. *Journal of Diabetes Research*. 2019; 2-6.
35. Bredemeier J, Wagner GP, Agranonik M, Perez TS, Fleck MP. The World Health Organization Quality of Life instrument for people with intellectual and physical disabilities (WHOQOL-Dis): evidence of validity of the Brazilian version. *BMC Public Health*. 2014; 14: 538, 2-12.
36. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006 [Acesso em 2020 jan 22]. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
37. Spanemberg JC, Cardoso JA, Slob EMGB, *et al*. Quality of life related to oral health and its impact in adults. *Journal of Stomatology. Oral and Maxillofacial Surgery*. 2019; 120(3): 234-239.
38. Inglehart MR, Bagramian RA. Oral health related quality of life: an introduction. Chicago: Quintessence Publishing; 2011.
39. Bajju RM, Peter E, Varghese NO, *et al*. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017; 11(6): ZE21-ZE26.
40. Hernández JF, Díaz FCA, Vilchis MCV. Oral Health Related Quality of Life. In Mandeep SV. *Emerging Trends in Oral Health Sciences and Dentistry*. Croatia: IntechOpen; 2015. p 691-716.
41. Baumeister RF. Writing a literature review. In Prinstein MJ. *The portable mentor: Expert guide to a successful career in psychology*. New York: Springer Science+ Business Media; 2013. pp. 119-132; 2nd ed.
42. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peerreviewed journals: Secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*. 2006; 5: 101-117.
43. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1*. Melbourne: The Cochrane Collaboration; 2011 [Acesso em 2020 fev 19]. Disponível em: www.cochrane-handbook.org

44. Aromataris E, Munn Z. Introduction to JBI Systematic reviews. JBI; 2020 [Acesso em 2020 jan 15]. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/1.1+Introduction+to+JBI+Systematic+reviews>
45. Zini A, Sgan-Cohen HD. The Effect of Oral Health on Quality of Life in an Underprivileged Homebound and Non-Homebound Elderly Population in Jerusalem. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008; 56(1): 99–104.
46. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, *et al*. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: Uma abordagem quantitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (7): 3317-3329.
47. Dahl K, Wang N, Holst D, Öhrn K. Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. *International Journal of Dental Hygiene*. 2011; 9(1): 87–92.
48. Silva DD, Held RB, Torres SV, *et al*. Self-perceived oral health and associated factors among the elderly in Campinas, Southeastern Brazil, 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45 (6): 1145-1153.
49. Hwang S-J, Patton LL, Kim J-H, *et al*. Relationship between oral impacts on daily performance and chewing ability among independent elders residing in Daejeon City, Korea. *Gerodontology*. 2012; 29(2): e481–e488.
50. Cornejo M, Pérez G, Lima KC, *et al*. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*.. 2013;18 (2): e285-92.
51. Moriya S, Tei K, Yamazaki, Y, *et al*. Relationships between higher-level functional capacity and dental health behaviors in community-dwelling older adults. *Gerodontology*. 2013; 30(2): 133-140.
52. Mestriner SF, Almeida ASQ, Mesquita LP, *et al*. Oral health conditions and quality of life of elderly users of the Unified National Health System. *RGO, Rev Gaúch Odontol.*; 62(4): 389-394.
53. Porter J, Ntouva A, Read A, *et al*. The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015; 13: 2-8.
54. Nogueira CMR, Falcão LMN, Nuto SAS, *et al*. Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro. 2017; 20(1): 7-19.
55. Saliba TA, Ortega MM, Goya KK, *et al*. Influence of oral health on the quality of life of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. *Dental research journal*. 2018; 15(4): 256-263.
56. Li XL, Liu MY, Cheng L, *et al*. Impact of Oral Health Promotion Project on Periodontal Condition and Life Quality of the Elderly in Long-Term Care Institutions. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue*. 2018; 27(3): 285-288.
57. Echeverria MS, Wunsch IS, Langlois CO, *et al*. Oral health-related quality of life in older adults-Longitudinal study. *Gerodontology*. 2018; 1-7.
58. Sheng X, Xiao X, Song X, *et al*. Correlation between oral health and quality of life among the elderly in Southwest China from 2013 to 2015. *I. Medicine*. 2018; 97, (21): 1-7.

59. Wong FMF, Ng YTY, Leung WK. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21): 4132.
60. Teixeira DF, Sá LM, Velasco S, *et al*. Functional capacity and oral health-related quality of life in elderly. *International Journal of Clinical Dentistry*. 2019; 12(4): 317.
61. Chiesi F, Grazzini M, Innocenti M, *et al*. Older People Living in Nursing Homes: An Oral Health Screening Survey in Florence, Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16: 3492.
62. Dahl KE, Wang NJ, Skau I, *et al*. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. *Acta Odontol Scand*. 2011; 69: 208-214.
63. Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *Int Dent J*. 2017; 67: 139-147.
64. Portella FF, Rocha AW, Haddad DC, *et al*. Oral hygiene caregivers' educational programme improves oral health conditions in institutionalised independent and functional elderly. *Gerodontology*. 2015; 32(1): 28-34.
65. Lamster IB, Asadourian L, Del Carmen T, *et al*. The aging mouth: differentiating normal aging from disease. *Periodontol 2000*. 2016; 72(1): 96-107.
66. Pronych GJ, Brown EJ, Horsch K, *et al*. Oral health coordinators in long-term care-a pilot study. *Spec. Care Dentist*. 2010; 30(2): 59-65.