



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NUMA AMOSTRA DE
IDOSOS, ANTES E APÓS A REALIZAÇÃO DE CUIDADOS
MÉDICO-DENTÁRIOS – ESTUDO PILOTO

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

Por:
Mariana Figueiredo Rodrigues

Viseu, 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NUMA AMOSTRA DE
IDOSOS, ANTES E APÓS A REALIZAÇÃO DE CUIDADOS
MÉDICO-DENTÁRIOS – ESTUDO PILOTO

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

Por:
Mariana Figueiredo Rodrigues

Orientador: Professor Doutor Nélio Veiga
Coorientador: Professora Doutora Patrícia Couto

Viseu, 2019

“You may never know what results come of your actions, but if you do nothing, there will be no results.”

Mahatma Gandhi

À minha Mãe, que desde sempre acreditou e muitas vezes me fez voltar a acreditar.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Nélio Veiga, orientador desta dissertação, por toda a ajuda, disponibilidade e bons conselhos dados durante o período de elaboração desta dissertação.

À Professora Doutora Patrícia Couto, co-orientadora desta dissertação, pela disponibilidade e ajuda demonstradas ao longo deste estudo.

Aos meus pais, Lúcia e Domingos, por todo o apoio, carinho e motivação demonstrados ao longo desta longa e trabalhosa caminhada.

À minha querida irmã Beatriz, por ter feito, com mestria, que os momentos maus se tornassem bons.

Aos meus colegas, e acima de tudo amigos, pelo companheirismo partilhado durante estes 5 anos.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Segundo a OMS a população mundial está progressivamente mais envelhecida, sendo este um desafio para a saúde pública contemporânea. Adicionalmente, esta população é acometida por um grande número de condições e patologias e muitas vezes não dispõe de meios para alcançar os tratamentos e cuidados necessários. É nesta vertente que as futuras pesquisas deverão incidir, enfatizando a providência dos cuidados médico-dentários.

OBJETIVO: Verificar a existência de uma alteração na qualidade de vida do idoso, inerente à realização de cuidados médico-dentários.

MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo epidemiológico observacional transversal, realizado numa amostra de idosos do Distrito de Viseu, frequentadores da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa. A recolha de dados foi realizada através da aplicação do GOHAI, antes e após a realização de cuidados médico-dentários.

RESULTADOS: A amostra é constituída por 18 pacientes, 50% mulheres e 50% homens, com idades compreendidas entre 65 e 85 anos. Relativamente, aos hábitos higiénicos 94,44% dos inquiridos apresentava como hábito escovar os seus dentes, sendo que desses 66,67% referiram escovar uma vez ao dia e 33,33% escovavam duas vezes. Já no que concerne ao uso de fio dentário, a grande maioria referiu não usar, existindo, uma minoria (5,56%) que referiu a sua utilização. Já no que concerne ao questionário GOHAI, inicialmente, a maioria dos inquiridos tinha uma perceção “baixa” da sua saúde oral e no final a maioria dos inquiridos percecionou a sua saúde como “elevada”. Relativamente à comparação dos somatórios iniciais e finais, verificou-se que em ambos os momentos a maioria dos idosos referiu autoperceção “moderada”, sendo que inicialmente esta tinha tendência para “baixa” e no final para “elevada”.

CONCLUSÃO: É premente que sejam tomadas todas as medidas necessárias para colmatar as alterações associadas ao envelhecimento. Apenas deste modo podemos atuar ativa e eficazmente no curso natural da vida e fornecer o devido suporte à crescente população idosa.

Palavras-chave: pacientes geriátricos, qualidade de vida, intervenção médico-dentária, GOHAI.

ABSTRACT

INTRODUCTION: According to the WHO, the global population is progressively getting older, what converts the aging process in a new challenge for the area of Contemporary Public Health. Moreover, the elderly are a population affected by a large number of conditions and pathologies and that many times doesn't have the means to access to the needed treatment and care. It is in that area that the future researches should focuses, putting emphasis on the provision of necessary medical-dental care.

OBJETIVE: To verify if there is, or not, a meaningful modification in the quality of life of the geriatric patient, associated to a dental intervention.

MATERIALS AND METHODS: Cross-sectional observational epidemiological study with a sample of 18 patients from de district of Viseu that attend the University Dental Clinic of the Universidade Católica Portuguesa. The data gathering was performed through the application of a questionnaire, containing the GOHAI, before and after performing medical-dental care.

RESULTS: The sample is compose by eighteen patients, of which 50% are women and 50% are men, with an age range from 65 to 85 years. Regarding GOHAI, we conclude that initially the majority of the respondents reported a "low" autoperception while in the final data the autoperception was "high". Concerning the comparison of the initial and final sums of the GOHAI we verify that, both at the begining and at the end the majority of the patients reported a "moderate" autoperception, which initially as a tendency to "low" and "high" at the end.

CONCLUSION: It is urgent that the appropriate preventive and interceptive measures are token, in order to compensate the alterations related to the aging process. Only in this way can we act actively and effectively in the natural course of life and provide due support to the growing elderly population.

Key-words: Geriatric patients, Quality of Life (QOL), dental-medical intervention, GOHAI.

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	5
II.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
	Patologia Oral mais Prevalente no Idoso.....	13
	Cárie Dentária:.....	13
	Alterações das glândulas salivares/Xerostomia:.....	13
	Doença Periodontal:.....	14
	Perda Dentária e reabilitação com prótese removível:	15
	Promoção e Prevenção da saúde oral no idoso	16
III.	OBJETIVOS.....	17
IV.	MATERIAIS E MÉTODOS	21
	Materiais e Métodos.....	23
	a) Desenho do estudo:.....	23
	b) Caracterização da amostra:	23
	c) Instrumentos de recolha de dados:	23
	d) Análise estatística:	24
	e) Princípios éticos:.....	25
V.	RESULTADOS	27
	a) Análise descritiva dos indicadores sociodemográficos	29
	b) Análise descritiva das condições subjetivas de saúde oral	33
	c) Análise descritiva do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	36
	d) Análise Inferencial do GOHAI	45
VI.	DISCUSSÃO.....	49
	Limitações do presente estudo:.....	57
VII.	CONCLUSÃO	59
VIII.	BIBLIOGRAFIA	65
IX.	ANEXOS.....	73
	a) Consentimento informado	75
	b) Questionário sociodemográfico e GOHAI.....	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição de frequência da amostra por gênero.....	29
Figura 2 -Distribuição de frequência da amostra por faixa etária.	30
Figura 3- Distribuição de frequência da amostra por área de residência.....	30
Figura 4 - Distribuição de frequências das habilitações literárias da amostra.	31
Figura 5 - Distribuição de frequência da amostra por estado civil.	31
Figura 6 - Distribuição dos grupos farmacológicos com os quais a amostra se encontra medicada.	32
Figura 7 - Distribuição de frequência da frequência de utilização de prótese da amostra.	34
Figura 8 - Distribuição de frequência do número de anos de uso de prótese da amostra.	34
Figura 9 - Distribuição de frequência da realização do descanso noturno da prótese.....	35
Figura 10- Comparação da autopercepção antes e após a realização da intervenção.	37
Figura 11 - Comparação das médias do GOHAI antes e após a intervenção.	37
Figura 12 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 1 (Iniciais e Finais).	38
Figura 13 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 2 (Iniciais e Finais).	39
Figura 14 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 3 (Iniciais e Finais).	39
Figura 15 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 4 (Iniciais e Finais).	40

Figura 16 -Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 5 (Iniciais e Finais).	40
Figura 17 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 6 (Iniciais e Finais).	41
Figura 18 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 7 (Iniciais e Finais).	42
Figura 19 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 8 (Iniciais e Finais).	42
Figura 20 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 9 (Iniciais e Finais).	43
Figura 21 -Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 10 (Iniciais e Finais).	44
Figura 22 -Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 11 (Iniciais e Finais).	44
Figura 23 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 12 (Iniciais e Finais).	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência dos hábitos alcoólicos, tabágicos e de alimentação da amostra	33
Tabela 2 – Distribuição de frequência dos hábitos de higiene oral da amostra	33
Tabela 3 - Distribuição de frequências das questões 4 e 5 da secção Próteses Dentárias .	35
Tabela 4 - Distribuição da frequência referente à realização ou não da higienização da prótese, da frequência e do método utilizado	36
Tabela 5 – Distribuição de frequência da correlação GOHAI * Idade	46
Tabela 6 - Distribuição de frequência da correlação GOHAI * Género	46
Tabela 7 - Distribuição de frequência da correlação GOHAI * Habilitações Literárias	47
Tabela 8 - Distribuição de frequência da correlação GOHAI * Satisfação	47
Tabela 9 - Distribuição de frequência da correlação GOHAI * Desconforto	48

I. INTRODUÇÃO

Introdução

Ao longo do último século, e devido aos progressos decorridos nas áreas da economia, política, tecnologia e medicina, a sociedade atual modificou-se. Desta forma, tem vindo a presenciar-se um declínio sem precedentes nas taxas de mortalidade e um progressivo aumento na esperança média de vida, traduzindo-se este fenómeno num incremento da população com idade igual ou superior a 65 anos. (1,2)

Portugal, devido ao progresso demográfico sofrido não é exceção, o que faz com que ao longo dos anos tenhamos vindo a assistir a um gradual aumento das faixas etárias seniores e a uma redução da população jovem ativa. Os estudos realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) revelam que entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. (3) Mais ainda, verificou-se que no ano de 1960 os indivíduos com mais de 65 anos representavam apenas 8% da população, porém inerente à passagem do tempo e às mudanças por ela acarretadas este número viria a subir para 17% em 2007, expectando-se que atinja os 32% em 2050. (4) Adicionalmente, e através da análise dos dados lançados pela mesma fonte no ano de 2007, foi possível constatar o índice de envelhecimento da população. Este índice corresponde à razão entre a população idosa e a população jovem e apresenta-se como um excelente indicador do crescente envelhecimento populacional. Segundo os dados fornecidos, em 1990 existiam 68 idosos por cada 100 jovens, já em 2006 a situação viria a piorar, sendo o rácio de 112 idosos para 100 jovens. (5)

Os dados epidemiológicos revelam ainda que não ocorreu apenas um aumento no número de idosos, mas também que uma parte relevante dessa população mantém a sua dentição natural apresentando esta um número de peças dentárias cada vez maior. (6) Mais ainda, sabe-se que a saúde oral é essencial para a manutenção da saúde geral e bem-estar do paciente geriátrico. Porém, vários são os entraves que se colocam no que concerne ao acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente aos dentários. (7) São exemplos, os impedimentos de cariz médico, psicossocial e económico. (8)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esta nova realidade acarreta novos desafios no que respeita à manutenção da qualidade de vida dos indivíduos inseridos na faixa etária acima dos 65 anos. (9,10)

De modo a fazer frente a estes novos desafios é essencial que nos inteiremos de alguns conceitos sendo um dos mais pertinentes o de envelhecimento. Desta forma, o envelhecimento deve ser compreendido não como um estado, mas sim como um processo que se caracterizará por uma degradação progressiva e diferencial e que se fará acompanhar de um grande número de alterações a nível biológico, psicológico e sociológico. (1) Mais ainda, é essencial realçar que este é um processo que se caracteriza por uma grande heterogeneidade, uma vez que cada indivíduo se encontra inserido em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é detentor de vivências e projetos de vida distintos dos demais. (11) Deste modo, devemos ter presente que não só os fatores intrínsecos ao idoso irão influenciar o processo de envelhecimento, mas também que os fatores comportamentais, ambientais e sociais terão um papel muito relevante na deterioração da saúde. (12) Assim, o envelhecimento pode, de uma forma muito simplista, ser definido como o processo pelo qual o jovem se transforma em idoso, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) padroniza os 65 anos como a idade a partir da qual um indivíduo passa a ser considerado idoso. (13)

É ainda de extrema relevância ter em mente que inerente ao processo de envelhecimento ocorre um grande número de alterações que afetam todo o organismo, sendo que a cavidade oral não é exceção. Relativamente à saúde oral sabe-se que existe um grande número de condições altamente prevalentes neste tipo de paciente. São exemplos, as cáries radiculares, a doença periodontal, perda de peças dentárias, mas também condições associadas ao uso de prótese, lesões orais, xerostomia, odontalgia e lesões malignas. Casos extremos, e aos quais não sejam dispensados os devidos cuidados, podem conduzir a condições que ameaçam a vida, como são exemplos os abscessos cerebrais ou as pneumonias. (11) Porém, devemos entender que o envelhecimento não deve ser tido como uma condição à qual apenas estão associados problemas, mas sim como uma parte natural do ciclo de vida. (12)

Tal como se sabe, a conjugação destas condições e patologias culminam numa saúde oral deletéria o que é sinónimo de problemas a nível da fonética, ingestão de alimentos ou até mesmo nos comportamentos sociais dos indivíduos afetados. (1) Porém, é também necessário ter em mente que o envelhecimento, por si só, não será responsável por uma deterioração tão demarcada na saúde do idoso. A pobre higiene oral bem como uma reduzida frequência no que se refere aos cuidados médico-dentários são fatores que devem ser considerados na etiologia das condições previamente enumeradas. (8) Deste modo, a

manutenção da saúde oral no idoso é crucial para assegurar o conforto, a saúde, o bem-estar e uma adequada qualidade de vida.

Um outro conceito que devemos ter presente é o de qualidade de vida. Porém, tendo em conta a presente bibliografia podemos chegar à conclusão de que este é um conceito que não será fácil definir. Esta dificuldade está diretamente relacionada com o facto de a qualidade de vida ser altamente influenciada por conceitos objetivos e subjetivos o que faz com que seja difícil chegar a consenso sobre a sua definição. (14) Uma das possíveis definições é provida pela OMS, que define qualidade de vida como a perceção que cada indivíduo tem acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações. (13) De uma forma mais explícita podemos dizer que a qualidade de vida, na perspetiva do bem-estar ou da satisfação, inclui um alargado espectro de áreas da vida e vários domínios como, a saúde, o trabalho, a família, a qualidade da habitação, a interação social e o poder socioeconómico. Abrange não só a doença e o respetivo tratamento, mas também o desenvolvimento satisfatório das ambições psicológicas, cognitivas e sociais. (9)

A saúde contribui ativamente para a qualidade de vida sendo que, a nível de saúde oral, esta será definida como qualidade de vida relacionada com a saúde oral (OHRQOL). Esta pode ser definida como a perceção que um indivíduo tem da afetação que fatores do domínio psicológico, funcional e social bem como a presença de dor e desconforto terão no seu bem-estar. (15) Deste modo, é fácil perceber que este é um conceito multidimensional e complexo que envolve vários domínios, desde da parte social e emocional até à ausência de dor e desconforto. (16)

Um envelhecimento bem-sucedido está diretamente relacionado com a manutenção de uma boa qualidade de vida. Do ponto de vista da cavidade oral, esta manutenção consistirá de um conjunto de intervenções sobre os tecidos moles e duros, o que conseqüentemente, provocará melhorias substanciais a nível estético e funcional. (17)

Tendo em conta o descrito previamente é facilmente aceitável afirmar que o processo de envelhecimento se caracteriza pela presença de um grande número de patologias e condições, não só a nível sistémico como a nível oral o que conduzirá a um estado de saúde deletério. (14) O que por sua vez acarretará diversos problemas, nomeadamente,

dor, dificuldade na alimentação, distúrbios do sono bem como uma afetação a nível da autoestima. (18)

As alterações no padrão epidemiológico têm vindo a denotar novas necessidades na área da saúde. Assim sendo, urge a necessidade de desenvolvimento de novas estratégias e repostas mais adequadas. É neste âmbito que tanto o clínico como os cuidadores devem atuar, estando consciencializados para as alterações e condições prevalentes nos idosos de modo a que sejam tomadas todas as providências, assegurando a manutenção da qualidade de vida dos idosos. (19) Mais ainda, estas medidas devem permitir a implantação e prosperidade de uma sociedade onde os idosos possam participar e contribuir ativamente de modo a vivenciar uma vida próspera e saudável. (20)

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Patologia Oral mais Prevalente no Idoso

Cárie Dentária:

A cárie dentária é uma doença infecciosa crônica de etiologia multifatorial, que está intimamente relacionada com a dieta, nomeadamente com a ingestão de hidratos de carbono. Estes são fermentados pelas bactérias orais, produzindo ácidos que desmineralizam os tecidos duros das peças dentárias. (21) Esta desmineralização será, clinicamente, definida como uma lesão que pode ser identificada, com recurso a uma sonda exploradora, como uma descontinuidade na superfície dentária ou pela presença de uma descoloração, cuja variação pode ir do branco até ao negro. (22)

A cárie pode afetar tanto a coroa como a raiz dos dentes, sendo no caso dos idosos, a porção radicular a mais afetada. Relativamente ao mecanismo que leva ao seu surgimento, este é semelhante tanto em jovens como em idosos. Porém, com o avançar da idade, o paciente geriátrico apresentará uma maior propensão para o desenvolvimento desta patologia. (23) Vários são os estudos que nos indicam que a idade poderá ter um papel, direto ou indireto, no desenvolvimento da cárie dentária. Sabe-se que, associado ao envelhecimento, ocorre um processo denominado senescência celular o que estará implicado no surgimento da cárie.(24) Porém, indiretamente, a idade também poderá causar a patologia uma vez que inerente ao envelhecimento ocorre uma diminuição das capacidades funcionais e cognitivas. (24) Isto traduzir-se-á, por exemplo, por uma demarcada deterioração da motricidade o que influenciará negativamente a capacidade de higienização das peças dentárias e culminará no aparecimento de cárie dentária. (23)

No que concerne ao tratamento, é relevante que o médico-dentista tenha presente que o paciente geriátrico, por todas as condicionantes de saúde previamente mencionadas, requer um plano de tratamento adaptado às suas necessidades.

Alterações das glândulas salivares/Xerostomia:

Com o avançar da idade é normal que ocorram alterações degenerativas a nível das glândulas salivares e que ocorra uma diminuição da produção salivar. Sabe-se que a saliva

desempenha um papel essencial na manutenção da saúde oral, estando envolvida nas funções básicas diárias como o ato da alimentação bem como o da percepção dos sabores. Deste modo, a sua diminuição ou ausência terá consequências para o idoso. (25)

No que concerne à sua etiologia, são diversos os fatores envolvidos, como por exemplo a idade ou a toma de fármacos. Relativamente à idade, sabe-se que por si só não é considerada um fator que afete o fluxo salivar, estando, no entanto, diretamente associada com a prevalência e severidade da patologia. Já no referente à medicação, é sabido que grande parte dos idosos sofrem de patologia sistémica, o que muitas vezes é sinónimo da toma de múltiplos fármacos.(26) Existe um grande número de fármacos que têm como potencial efeito secundário o surgimento de alterações nas glândulas salivares. São exemplo, os antidepressivos, os anti-histamínicos bem como os anti-hipertensores e os broncodilatadores. (26)

Doença Periodontal:

Tal como é de conhecimento comum, a periodontite é uma doença inflamatória crónica influenciada por um grande número de fatores de risco, sendo uma das doenças crónicas mais prevalentes na população idosa. (25) Sabe-se que esta é uma doença que se caracteriza clinicamente pela presença de cálculo gengival, inflamação gengival, bolsas e perda de inserção e que pode ser grandemente afetada por fatores locais e sistémicos. (27)

Os estudos referem que a idade não parece ser um fator etiológico da patologia, exceto nos casos em que o idoso padece de patologia sistémica. (28) É recorrente que os estudos indiquem associações entre patologias cardiovasculares ou endócrinas, com ênfase no *diabetes mellitus*, e a patologia periodontal. (29) Adicionalmente, o paciente geriátrico devido às múltiplas patologias sistémicas de que padece, encontra-se muitas vezes polimedicado, podendo esses fármacos ter uma influência negativa sobre os tecidos periodontais. (29,30)

É também sabido que inerente ao envelhecimento ocorrerá uma degeneração, o que trará alterações a nível da motricidade levando a uma maior acumulação de placa bacteriana. Por sua vez, isto fará com que ocorram alterações no microbioma oral o que afetará negativamente os tecidos periodontais. (28) Complementarmente, os estudos indicam que

apesar de a idade não ser fator etiológico da doença, a sua severidade pode estar relacionada com a idade. Isto ocorre uma vez que quanto mais avançada for a idade de um indivíduo maior será o tempo de exposição do periodonto a fatores nocivos, como é exemplo a placa bacteriana. (25)

Tal como descrito previamente, a presença desta condição fará com que seja necessária a realização de um tratamento adaptado às condições de cada paciente.(29,30)

Perda Dentária e reabilitação com prótese removível:

Ainda que, devido às novas modalidades de tratamento e às crescentes medidas de prevenção adotadas, a tendência atual seja a ocorrência de uma diminuição substancial de indivíduos edêntulos, a perda de uma ou várias peças dentárias permanece um problema atual. (31) Sabe-se que, esta é uma condição que não é considerada uma patologia por si só, no entanto, se prolongada no tempo, poderá acarretar alterações tanto a nível funcional como emocional o que, eventualmente, produzirá uma afetação na qualidade de vida do idoso. (32) Os estudos referem que os pacientes geriátricos que apresentam algum tipo de edentulismo (total ou parcial) padecem, à partida, de uma qualidade de vida inferior. Devendo-se isto, maioritariamente, aos episódios recorrentes de dor e desconforto bem como às dificuldades sentidas durante os atos mais rotineiros, como por exemplo o da alimentação. (17)

Porém, é necessário ter em conta que nem todas as situações de edentulismo são iguais. Variáveis como o número de dentes perdidos bem como a extensão e localização das zonas edêntulas farão com que a perceção do paciente relativamente à reabilitação realizada seja diferente. (31) Adicionalmente, deve também ter-se presente que apesar de a reabilitação possibilitar a restituição da estética e da função, pode ocorrer que a qualidade de vida do paciente acabe por piorar relativamente à situação inicial. (33) Deste modo, a própria perceção e capacidade de adaptação do paciente podem ser considerados fatores que alteram o sucesso da reabilitação. Assim sendo, uma afirmação pode ser feita, a substituição de peças dentárias em falta terá efeitos quer a nível funcional quer estético, o que denotará alterações a nível da qualidade de vida do indivíduo.

Deste modo, é premente que se proceda à reabilitação das faculdades perdidas, quer seja a nível estético ou funcional. Com esse objetivo, e apesar de existirem muitas outras

técnicas disponíveis, é usual que se recorra ao uso da técnica mais convencional que recai na elaboração de prótese removível. (34)

Promoção e Prevenção da saúde oral no idoso

Tal como previamente explanado, é verdade que devido aos avanços sofridos nas diferentes áreas, uma grande parte da população idosa mantém um maior número de peças dentárias até uma idade mais avançada. Porém, é também verdade que a morbilidade dentária permanece bastante elevada. É neste contexto que surgem a promoção e a prevenção da saúde.

A prevenção baseia-se na deteção precoce da patologia, o que só será possível se o médico-dentista tiver contacto regular com o paciente. No entanto, nem sempre isto será possível devido a alguns entraves tanto por parte dos profissionais de saúde como do próprio paciente. A FDI sublinha a necessidade de alterar a mentalidade dos profissionais de saúde, levando a que estes deixem de atuar apenas quando a patologia já se encontra instalada e passem a investir mais na prevenção e promoção da saúde oral. (35) Um outro problema prende-se com o facto de o paciente geriátrico nem sempre compreender que as condições/patologias de que padece podem ser dissociáveis do envelhecimento, e que a adoção de medidas de prevenção é um parâmetro essencial num envelhecimento com qualidade de vida. (25)

Para finalizar, é relevante mencionar que a prevenção assenta sobre dois princípios fundamentais: educar e motivar o paciente. Assim, o idoso deve ser devidamente informado acerca da etiologia das condições de que padece e mais importante ainda, deve ser instruído sobre os meios disponíveis para que no futuro possa prevenir o seu surgimento. (25)

III. OBJETIVOS

Objetivos:

A presente dissertação tem como objetivo principal verificar se existe ou não uma alteração significativa na qualidade de vida do idoso, inerente à realização de cuidados médico-dentários. Mais ainda, visa comprovar a importância da consulta médico-dentária na melhoria dos parâmetros de qualidade de vida no paciente idoso que já apresenta várias limitações do foro físico, mental e social.

Relativamente aos objetivos específicos, são de referir os seguintes:

1. Caracterizar os hábitos de higiene oral e protética da amostra em estudo;
2. Relacionar as características sociodemográficas e sua influência na qualidade de vida;
3. Realizar uma análise comparativa da qualidade de vida antes e após a realização de uma intervenção médico-dentária, com ênfase na reabilitação oral.

IV.MATERIAIS E MÉTODOS

Materiais e Métodos

a) Desenho do estudo:

Com o objetivo de verificar a ocorrência de alterações/melhorias na qualidade de vida do paciente geriátrico, após a realização de uma intervenção médico-dentária, foi realizado um estudo epidemiológico observacional longitudinal quasi-experimental.

b) Caracterização da amostra:

Este estudo foi realizado tendo como base uma amostra constituída por 18 pacientes que frequentam a Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, no âmbito da disciplina de prótese removível.

De modo a facilitar e uniformizar os requisitos necessários à participação neste estudo, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão.

✓ Critérios de inclusão:

- Pacientes com idade igual ou superior a 65 anos;
- Pacientes que pretendam realizar uma reabilitação oral com recurso a prótese removível;
- Pacientes que frequentem a Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu.

✓ Critérios de exclusão:

- Pacientes com idade inferior a 65 anos;
- Pacientes que não tenham aceitado participar no estudo (não preenchimento do consentimento informado).

c) Instrumentos de recolha de dados:

Inicialmente, foi aplicado um questionário a todos os participantes. Esse questionário consistia de um conjunto de questões referentes a aspetos sociodemográficos e comportamentos de saúde oral. No mesmo estava também a escala para classificação da saúde oral e qualidade de vida, o “*Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)*”,

validado por Carvalho et al. para a população portuguesa. (36) Este questionário permitiu caracterizar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de pacientes geriátricos, através de uma escala que apresenta um conjunto de 12 questões, relacionadas com a influência dos problemas de saúde oral nas dimensões, física, psicossocial e dor ou desconforto, nos últimos 3 meses. É ainda relevante mencionar que as respostas estavam incluídas numa de 3 categorias: “sempre”, “algumas vezes” ou “nunca” sendo estas classificadas com valores de 1, 2 ou 3, respetivamente. Para obtenção do índice final, estes valores foram posteriormente somados obtendo-se um valor que permitiu classificar a autoperceção como elevada, moderada ou baixa. Assim, se o valor estiver compreendido entre 34 e 36 a autoperceção será «elevada», se estiver entre 30-33 será «moderada» e abaixo dos 30 é classificada como «baixa».

Após a realização do questionário procedeu-se à realização da intervenção médico-dentária, sendo abrangido neste grupo as reabilitações orais com recurso a prótese removível. Todas as próteses removíveis executadas foram realizadas na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu em colaboração com o laboratório usado pela mesma. É ainda relevante mencionar que, durante o período de realização da prótese, foram também realizados os tratamentos necessários, como são exemplo as destartarizações, endodontias e dentisterias.

Por fim, é relevante mencionar que aquando das avaliações pós-intervenção, apenas foi aplicado a segunda parte do questionário, referente ao GOHAI, tendo estas sido realizadas um mês após a realização da intervenção. (37)

d) Análise estatística:

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva referente às respostas dadas ao questionário aplicado. De seguida, foi também realizada uma análise inferencial com recurso ao *IBM SPSS Statistics Version 23*[®]. Uma vez que as variáveis em estudo eram categóricas, foi feita uma análise descritiva utilizando o Teste do Qui-Quadrado de *Pearson* para verificar a existência de associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Foi também adotado um nível de significância de 5%, ou seja, considerou-se que existiam diferenças estatisticamente significativa quando o valor de $p < 0,05$.

e) Princípios éticos:

Apesar de ter sido apresentado um consentimento escrito, que o participante poderia consultar atentamente, foi explicado, sucintamente, qual o objetivo do estudo. O paciente foi também informado de que a sua participação seria voluntária e isenta de quaisquer custos, e de que o seu consentimento poderia ser livremente retirado em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de conceder explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos. É ainda relevante mencionar que também foi transmitida a informação de que todos os dados seriam mantidos confidenciais e seriam para uso exclusivo dos investigadores. No caso de pacientes com problemas de iliteracia ou portadores de patologia incapacitante, o consentimento informado foi preenchido pelo cuidador, na presença do inquirido.

V. RESULTADOS

Resultados

a) Análise descritiva dos indicadores sociodemográficos

Após tratamento dos dados recolhidos, verificou-se que a amostra em estudo era constituída por 18 pacientes, sendo 9 (50%) do género feminino e 9 (50%) do género masculino, tal como se pode observar na Figura 1.

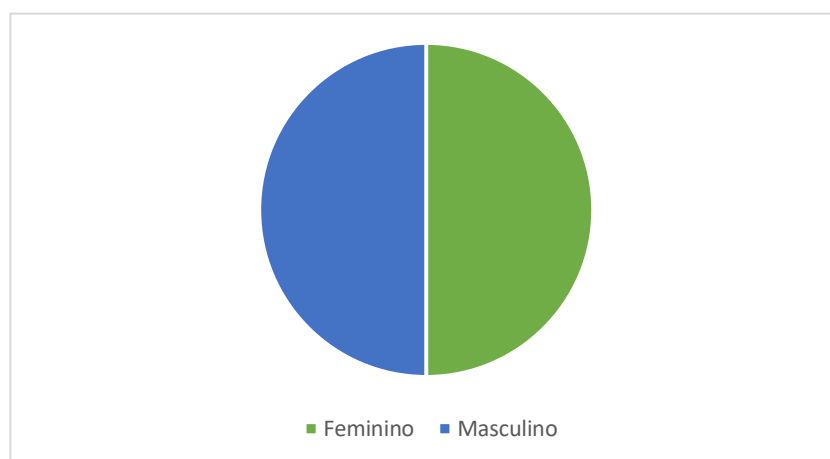


Figura 1 - Distribuição de frequência da amostra por género.

Adicionalmente, verificou-se que a média de idades era de 74,26 anos, tendo respondido ao inquérito indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos. Mais ainda, constatou-se que a maioria (44,44%) dos inquiridos se encontravam na faixa etária compreendida entre os 70 e os 80 anos, 6 (33,33%) pacientes apresentavam idades compreendidas entre os 65-70 anos e apenas 4 (22,22%) pacientes tinham idades superiores a 80 anos (Figura 2).

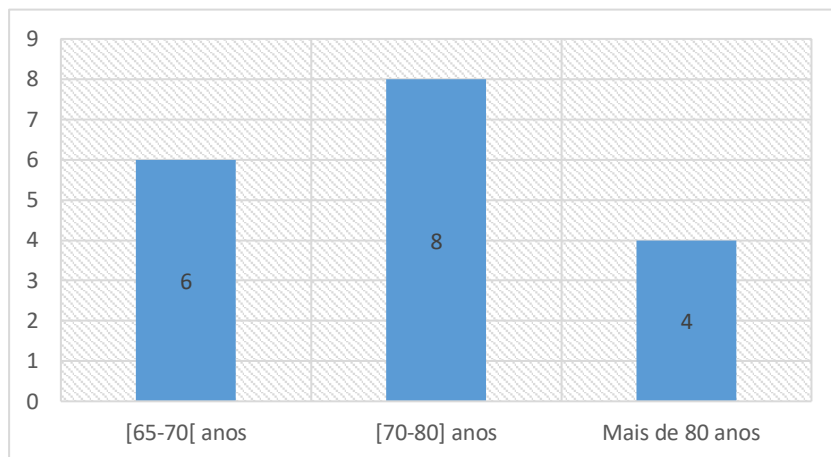


Figura 2 -Distribuição de frequência da amostra por faixa etária.

Quanto à questão referente à área de residência verificou-se que metade dos pacientes provinham de aldeias, 6 residiam em cidades e apenas 2 pacientes residiam em vilas (Figura 3).

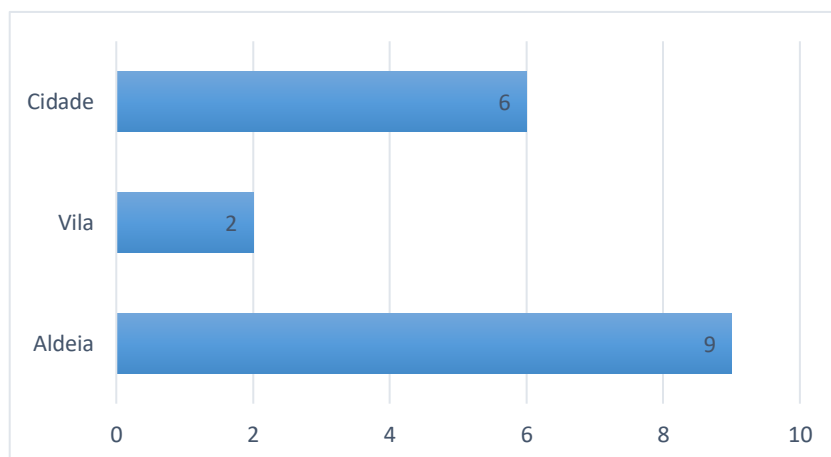


Figura 3- Distribuição de frequência da amostra por área de residência.

Em relação às habilitações literárias concluiu-se que a maioria dos pacientes se incluía na categoria “Fez exame da 4º classe”, 3 pacientes referiram não ter frequentado a escola, não sabendo ler nem escrever, 2 não completaram o 4º ano sabendo, no entanto, ler e escrever, apenas 2 completaram o 9º ano e somente 1 paciente completou o ensino superior” (Figura 4).

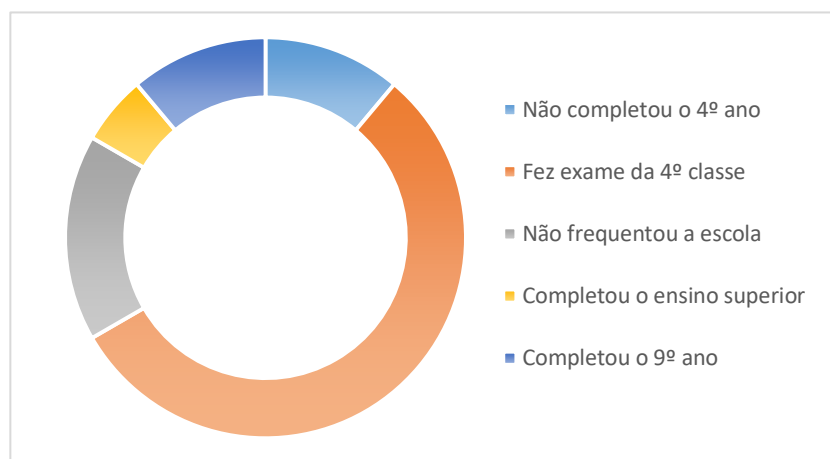


Figura 4 - Distribuição de frequências das habilitações literárias da amostra.

Já em relação ao estado civil concluiu-se que a maioria dos idosos eram casados, o que equivale a 12 inquiridos, sendo que uma outra parte constituída por 5 idosos, era viúva. Mais ainda, verificou-se que nenhum dos idosos era solteiro e que apenas 1 era divorciado (Figura 5). Adicionalmente, concluiu-se que a totalidade dos inquiridos referiu ter filhos.

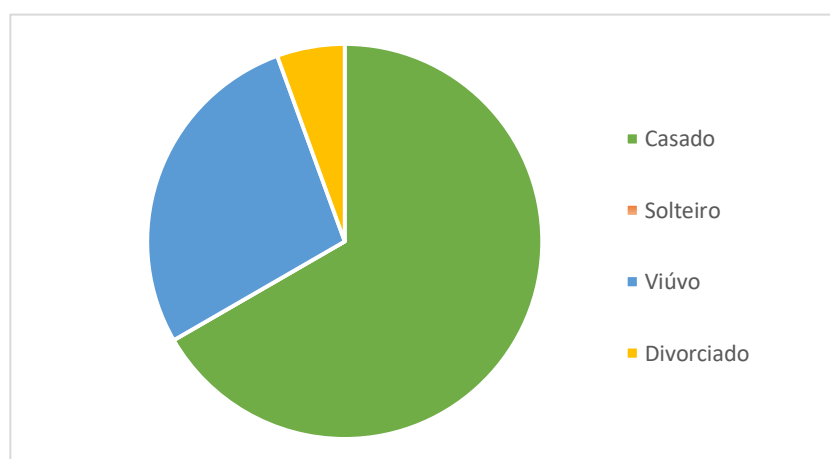


Figura 5 - Distribuição de frequência da amostra por estado civil.

Na mesma secção o idoso foi ainda questionado relativamente às patologias das quais padecia bem como à medicação que tomava diariamente. Verificou-se que a grande maioria dos idosos (88,89%) sofria de uma ou mais patologias sistémicas, sendo que apenas 2 (11,11%) pacientes reportaram não padecer de qualquer patologia.

Já em relação à medicação (Figura 6), é pertinente mencionar que os fármacos foram agrupados em 5 categorias, de acordo com as respostas dadas pelos idosos. Deste modo, verificou-se que, 3 (15,79%) idosos se encontravam medicados somente com “Antihipertensores” e 1 (5,26%) somente com “Anticoagulantes”. Quanto aos restantes inquiridos verificou-se que a grande maioria, o equivalente a 8 (42,11%) idosos, encontrava-se medicada com uma associação, de pelo menos 2 fármacos. Adicionalmente, concluímos que 4 (21,05%) dos inquiridos não sabia especificar qual(is) o(s) fármaco(s) com que se encontrava medicado, fornecendo respostas vagas (por exemplo o órgão no qual o fármaco atua). Apesar de a grande maioria estar medicada, verificou-se a existência de 2 (10, 53%) pacientes que referiram não estar medicados com qualquer fármaco.

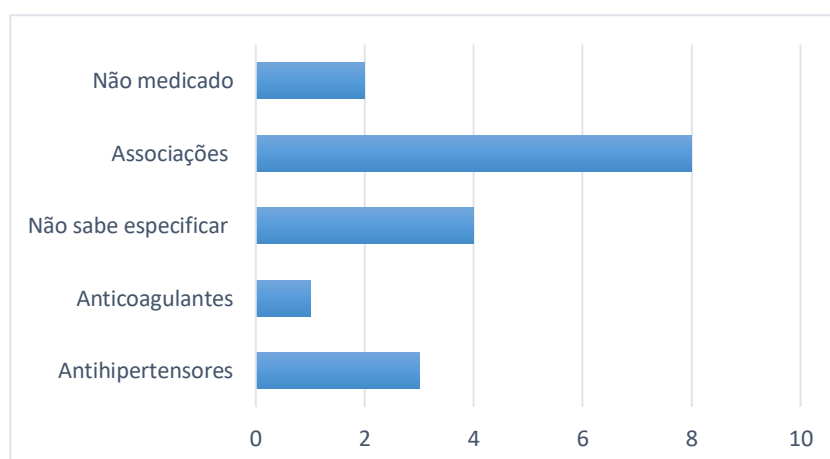


Figura 6 - Distribuição dos grupos farmacológicos com os quais a amostra se encontra medicada.

O mesmo questionário continha ainda algumas questões relativas aos hábitos alcoólicos, tabágicos e de alimentação, cujos resultados podem ser observados na Tabela 1. No que diz respeito aos hábitos tabágicos, verificou-se que a maioria dos idosos, o equivalente a 14 (77,78%) pacientes, não fumava, 3 (16,67%) eram ex-fumadores e apenas 1 (5,56%) era fumador. Relativamente aos hábitos de consumo de álcool, verificou-se que metade da amostra consumia e os restantes não tinham este hábito. Já no que se refere ao tipo de alimentação realizada diariamente, conclui-se que todos os idosos inquiridos realizavam uma alimentação “consistente”, à base de carne e peixe.

Tabela 1 –Distribuição de frequência dos hábitos alcoólicos, tabágicos e de alimentação.

Hábitos de consumo de álcool e tabaco e de alimentação		N	%
Consumo de álcool	Sim	9	50
	Não	9	50
Hábitos Tabágicos	Sim	1	5,56
	Não	14	77,78
	Ex-fumador	3	16,67
Tipo de alimentação	Pastosa	0	0
	Fibrosa	0	0
	Consistente	18	100

b) Análise descritiva das condições subjetivas de saúde oral

O questionário apresentava também uma secção relativa aos hábitos de saúde oral (Tabela 2). No que concerne à questão “Costuma escovar os dentes diariamente?”, a grande maioria dos pacientes respondeu positivamente, existindo, no entanto, 1 (5,56%) paciente que referiu não ter este hábito. Quanto ao parâmetro da frequência de escovagem diária, 12 (66,67%) referem escovar uma vez por dia e 6 (33,33%) referem escovar duas vezes, sendo que nenhum refere escovar 3 vezes por dia. Já em relação ao uso de fio dentário a grande maioria refere não usar e apenas 1 (5,56%) refere ter este hábito.

Tabela 2 – Distribuição de frequência dos hábitos de higiene oral da amostra.

		N	%
Realização de escovagem	Sim	17	94,44
	Não	1	5,56
Frequência de escovagem	Uma vez	12	66,67
	Duas vezes	6	33,33
Uso de fio dentário	Sim	1	5,56
	Não	17	94,44

Já em relação à secção referente às próteses dentárias, esta era constituída por 11 questões cujos resultados serão seguidamente explanados.

Verificou-se que 13 (68,42%) idosos eram portadores de prótese e 5 (26,32%) referiram não ser. À questão “Quando usa a sua prótese?” (Figura 7), 9 (69,23%) pacientes referiram usar a sua prótese “Sempre”, 3 (23,08%) “Às vezes”, e apenas 1 (7,69%) “Nunca”.

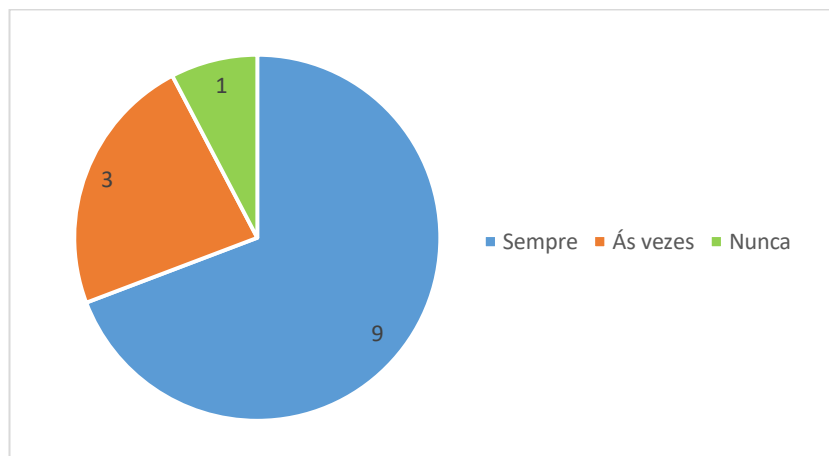


Figura 7 - Distribuição de frequência da frequência de utilização de prótese da amostra.

Os pacientes foram ainda questionados sobre se se sentiam melhor desde a colocação da atual prótese, questão à qual a maioria (76,92%) respondeu positivamente e apenas 3 (23,08%) responderam negativamente. A questão seguinte era relativa ao número de anos de uso da prótese (Figura 8). Verificou-se que a maioria (61,54%) dos idosos referiu ter a atual prótese à cerca de 5 a 10 anos, 4 (30,77%) referiram usar prótese há mais de 10 anos, sendo que desses um referiu usar a mesma prótese há cerca de 34 anos, e apenas 1 (7,69%) era portador de uma prótese com menos de 5 anos.

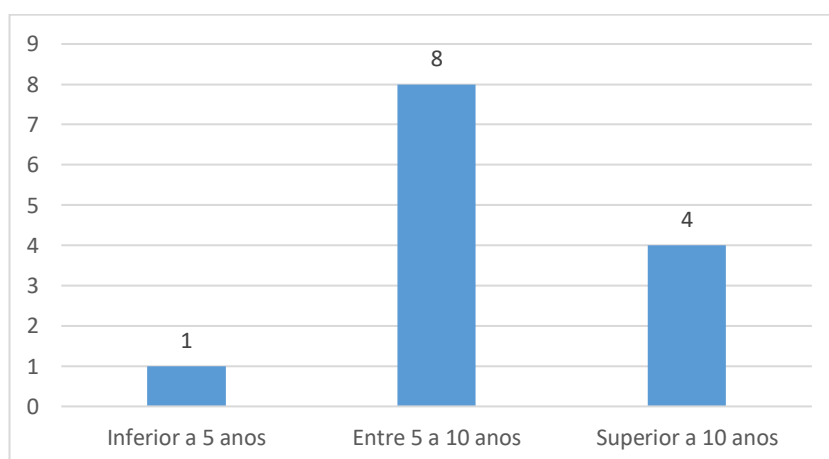


Figura 8 - Distribuição de frequência do número de anos de uso de prótese da amostra.

Uma outra questão abordava a temática da dor ou desconforto aquando do uso da prótese (Tabela 3). Verificou-se que 7 (58,33%) dos inquiridos não apresentavam qualquer sintomatologia associada ao uso de prótese e que 6 (46,15%) apresentavam. Os inquiridos foram também questionados relativamente à ingestão de alimentos com a prótese colocada

(Tabela 3). Verificou-se que 7 (53,85%) pacientes conseguia efetuar o ato da alimentação normalmente “Sempre”, 2 (15,38%) “Às vezes” e 2 (15,38%) “Raramente”.

Tabela 3 - Distribuição de frequências das questões 4 e 5 da secção Próteses Dentárias.

Dor e Desconforto	N	%
Sim	6	46,15
Não	7	58,33
Ingestão de alimentos	N	%
Sempre	7	53,85
Às vezes	2	15,38
Raramente	2	15,38

A mesma secção continha ainda uma questão sobre o grau de satisfação associado ao uso de prótese. A esta questão 7 (53,85%) pacientes referiram estar satisfeitos com a sua prótese e 6 (46,15%) não estavam.

Os idosos foram ainda questionados relativamente ao ato de descanso noturno da prótese (Figura 9). A esta questão 7 (53,85%) pacientes responderam que retiravam a prótese para dormir “Sempre”, 3 (23,08%) “Às vezes”, 1 (7,77%) “Raramente” e 2 (15,38%) “Nunca”.

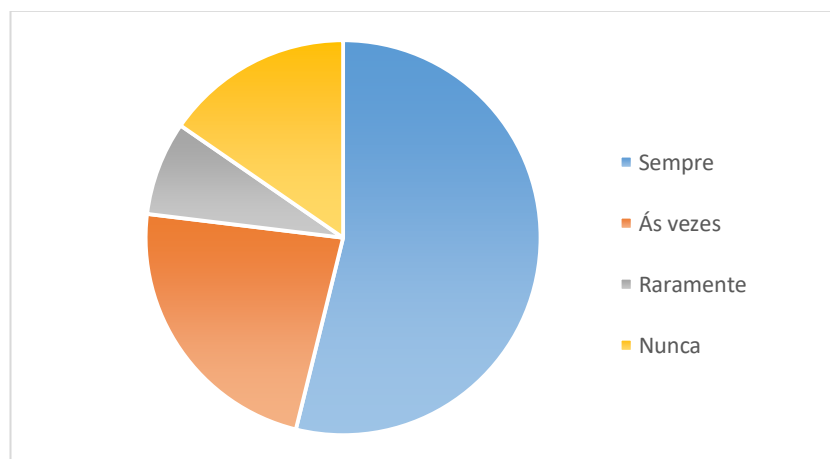


Figura 9 - Distribuição de frequência da realização do descanso noturno da prótese.

Adicionalmente, esta secção continha 3 questões referentes à higienização das próteses, nomeadamente à realização ou não, à frequência e ao método usado para a sua realização (Tabela 4). Deste modo, verificou-se que a grande maioria, o equivalente a 11 (84,62%) pacientes, realizava a higienização “Sempre”, apenas 1 (7,69%) paciente referiu realizar “Às vezes” e 1 (7,69%) “Nunca”. Já no que respeita à frequência de higienização, 9 (69,23%)

dos inquiridos referiram fazê-lo apenas 1 vez por dia e os restantes 4 (30,77%) referiram realizar este processo 2 vezes ao dia. Por fim, verificou-se que a maioria dos inquiridos recorria a produtos específicos para a higienização das suas próteses, 3 (23,08%) referiam apenas imergir as próteses em água, sendo que dos restantes 4, 2 (15,38%) escovavam a prótese com pasta e 2 (15,38%) apenas recorriam ao uso de uma escova.

Tabela 4 - Distribuição de frequência referente à realização ou não higienização da prótese, frequência e método utilizado.

	N	%
Realização da higienização		
Sempre	11	84,62
Às vezes	1	7,69
Nunca	1	7,69
Frequência de higienização		
1x	9	69,23
2x	4	30,77
Método de higienização		
Produtos específicos	6	46,15
Escova + Pasta	2	15,38
Apenas água	3	23,08
Apenas escova	2	15,38

c) Análise descritiva do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

No que concerne à análise dos dados do GOHAI, procedeu-se, numa primeira fase, à comparação geral da perceção que os idosos tinham da sua saúde oral antes e após a realização da intervenção e de seguida à comparação da autoperceção inicial e final de cada uma das 12 questões que compõem este questionário.

Deste modo, verificou-se que antes da intervenção, metade dos inquiridos tinha uma autoperceção “Baixa” (valores inferiores a 30) da sua saúde oral, 7 idosos tinham uma autoperceção “Moderada” (valores entre 30-33) e apenas 2 uma autoperceção “Elevada” (valores superiores a 33). Já no que diz respeito à autoperceção registada após a intervenção verificou-se praticamente uma inversão dos resultados. Assim sendo, observou-se a ocorrência de um aumento significativo do número de idosos com autoperceção “Elevada”, tendo este número aumentado de 2 para 8 idosos. No caso da autoperceção “Moderada” os valores aumentaram ligeiramente e verificou-se uma

diminuição significativa no número de pacientes com autopercepção “Baixa”, tendo este valor sido alterado de 9 idosos para apenas 2, tal como se pode observar na Figura 10.

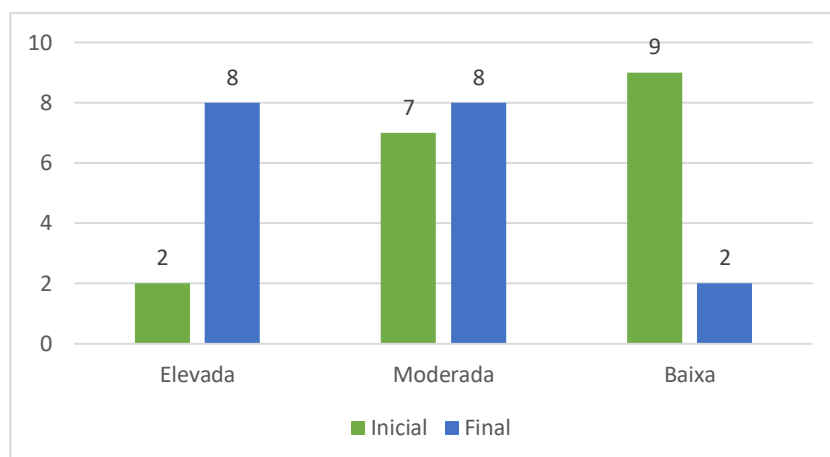


Figura 10- Comparação da autopercepção antes e após a realização da intervenção.

Adicionalmente, procedeu-se também ao cálculo das médias dos somatórios do questionário, tanto iniciais como finais, e à sua posterior comparação (Figura 11). Verificou-se que inicialmente a média era de 27,6, sendo o somatório mínimo de 24 e o máximo 34. Já no que diz respeito ao somatório final, verificou-se que a média era de 30,61 variando os valores entre 29 e 34. Deste modo, é possível observar um aumento da média o que se traduz num aumento do número de idosos cuja percepção da saúde oral se enquadra nas categorias “Moderada” ou “Elevada”.

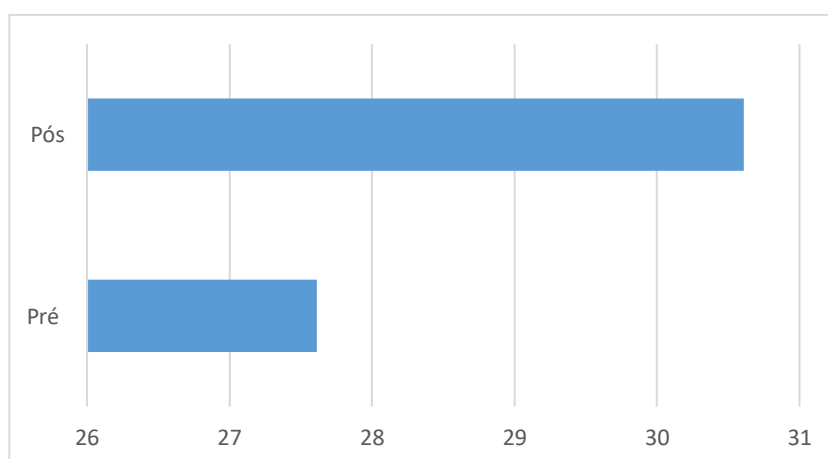


Figura 11 - Comparação das médias do GOHAI antes e após a intervenção.

De seguida, serão explorados os dados iniciais e finais de cada uma das 12 questões que compõem o GOHAI.

Questão 1. Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?

Relativamente a esta questão (Figura 12), verificou-se que inicialmente, 10 dos inquiridos manifestavam ter diminuído ou mudado algo na sua alimentação “Algumas vezes”, 6 “Nunca” tinham diminuído/alterado a sua alimentação e apenas 2 relataram ter problemas nessa área “Sempre”. Já no que diz respeito aos dados finais, quase toda a amostra relata não ter “Nunca” problemas e apenas 3 idosos revelam ter problemas “Algumas vezes”.

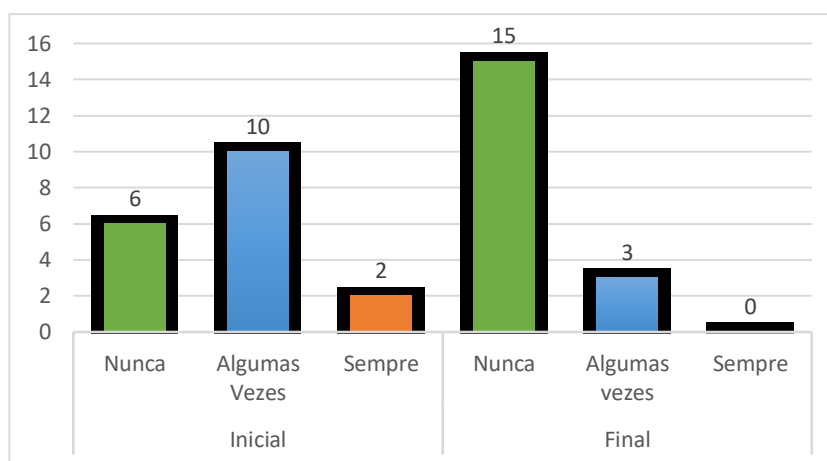


Figura 12 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 1 (Iniciais e Finais).

Questão 2. Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?

Quanto a esta questão, numa avaliação inicial, a maioria dos inquiridos revelaram ter problemas no ato da mastigação “Algumas Vezes”, 4 relataram “Nunca” ter problemas e apenas 2 tinham problemas “Sempre”. Já nos dados recolhidos após a intervenção, a grande maioria dos inquiridos relatou “Nunca” ter problemas para mastigar, 4 tinham problemas “Algumas vezes” existindo ainda 1 que revelou ter problemas para mastigar “Sempre”.

Procedendo à comparação dos resultados iniciais e finais, concluímos que inicialmente a categoria mais frequentemente assinalada era “Algumas vezes” e no final passou para “Nunca”.

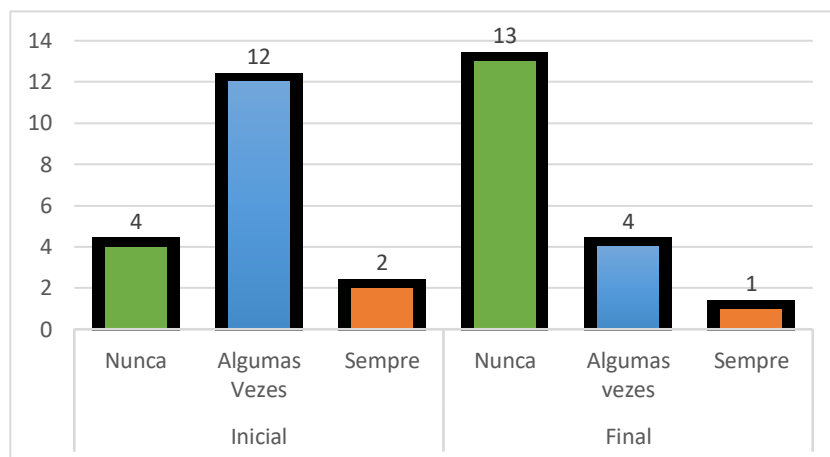


Figura 13 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 2 (Iniciais e Finais).

Questão 3. Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?

Em relação a esta questão, verificou-se que inicialmente, metade dos inquiridos relatou sentir dor/desconforto na deglutição “Algumas vezes”, 8 referiram “Nunca” sentir alterações e apenas 1 relatou sentir dor/desconforto “Sempre”. Já na avaliação realizada 1 mês após a conclusão da intervenção, verificou-se que quase todos os inquiridos, o que equivale a 16 pacientes, “Nunca” tinha problemas no ato da mastigação, enquanto 2 tinham “Algumas vezes” e nenhum relatou ter problemas “Sempre”.

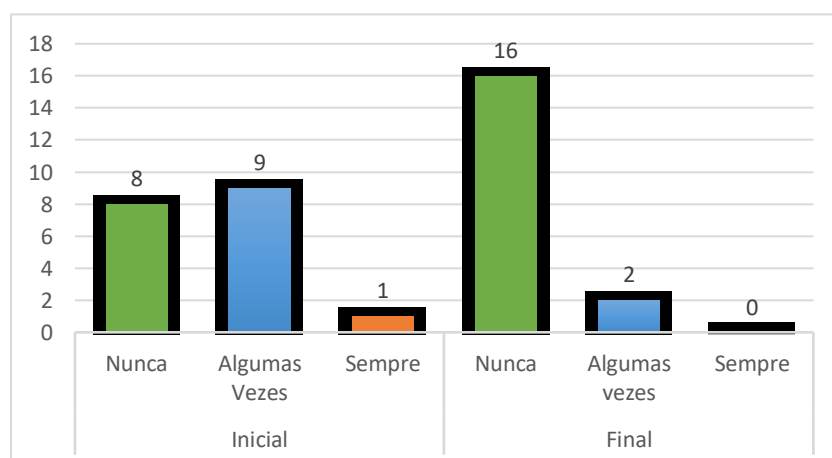


Figura 14 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 3 (Iniciais e Finais).

Questão 4. Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?

No que se refere a esta questão, verificou-se que não ocorreram grandes alterações, ou seja, os resultados são concordantes antes e após a intervenção. Deste modo, verificou-se que a maioria dos inquiridos, tanto no início como no final da reabilitação protética reportou somente alguma ou mesmo nenhuma alteração no seu modo de falar devido a problemas orais.

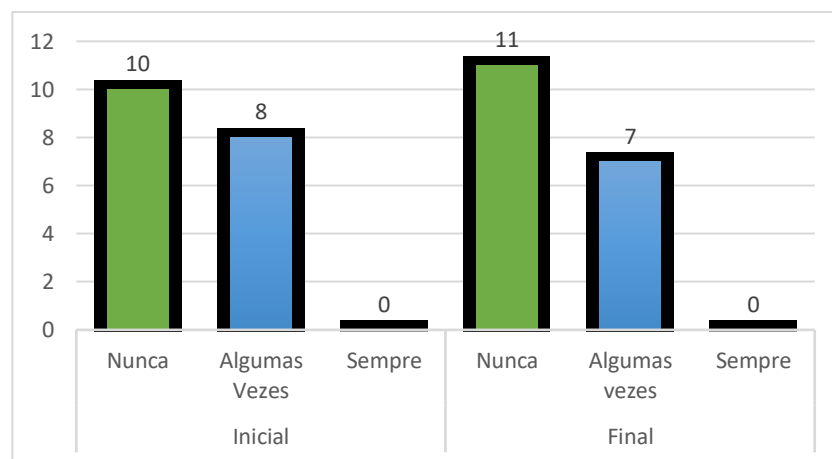


Figura 15 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 4 (Iniciais e Finais).

Questão 5. Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?

Já no que diz respeito a esta questão, numa fase inicial 11 pacientes relataram sentir desconforto “Algumas Vezes”, 6 relataram “Nunca” sentir e apenas 1 relatou desconforto “Sempre”. Em relação aos dados referentes à avaliação final, verificou-se que a grande generalidade dos idosos referiu “Nunca” sentir desconforto aquando da ingestão de alimentos, 4 “Algumas Vezes” e nenhum respondeu “Sempre”.

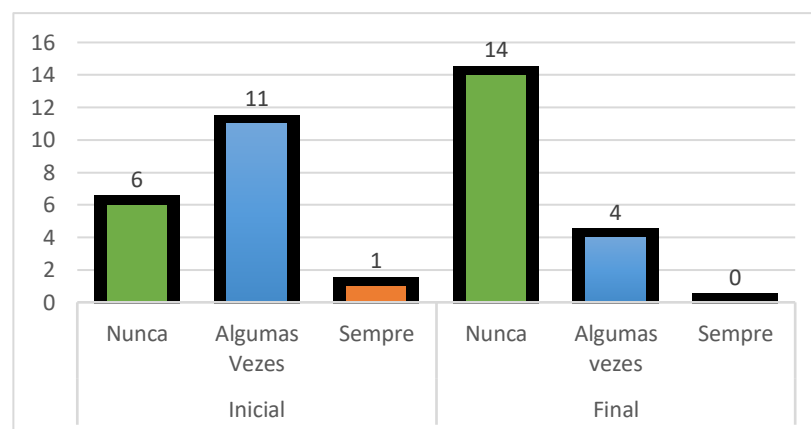


Figura 16 -Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 5 (Iniciais e Finais).

Questão 6. Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?

Tal como se pode concluir pela observação do Figura 17, inicialmente a grande maioria dos inquiridos revelou “Nunca” alterar a sua vida social devido ao estado da sua boca e apenas 3 relataram sentir problemas nesta área “Algumas Vezes”. Já nos dados recolhidos no final, a totalidade da amostra relata “Nunca” ter deixado de ter interações sociais devido a problemas orais.

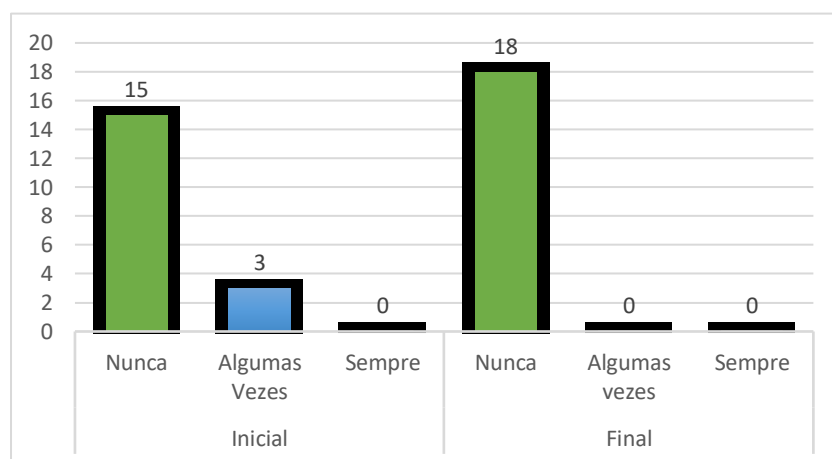


Figura 17 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 6 (Iniciais e Finais).

Questão 7. Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?

Em relação à questão 7, verificou-se que na recolha inicial dos dados 12 dos inquiridos relataram satisfação com a aparência “Algumas vezes”, 3 relataram estar “Sempre” satisfeitos e apenas 3 relataram “Nunca” sentirem satisfação. Já no que respeita aos dados finais, verificou-se que a grande maioria da amostra se incluía na categoria “Sempre”, 2 na categoria “Algumas Vezes” e apenas 1 permaneceu na categoria “Nunca”. Através da observação da Figura 18 é possível verificar que, nos dados finais, ocorreu um aumento bastante significativo do número de pessoas que relataram satisfação e felicidade relativa à aparência da sua boca, tendo este valor aumentado e apenas 3 para 15.

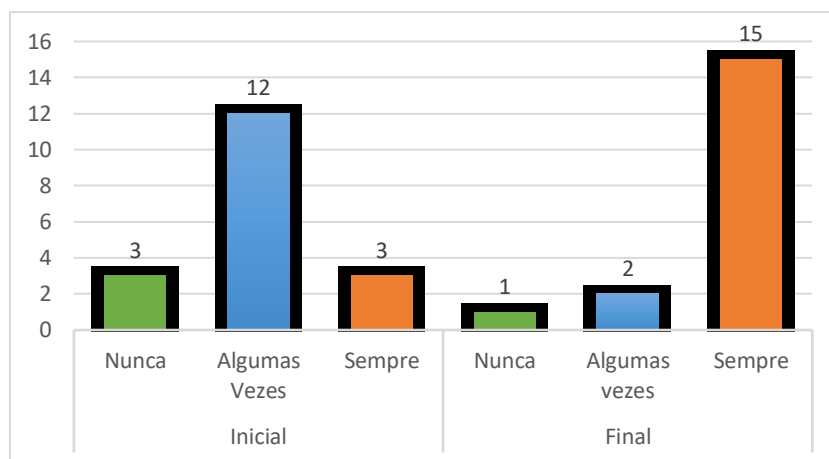


Figura 18 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 7 (Iniciais e Finais).

Questão 8. Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?

Tanto na avaliação inicial como na final, a frequência de idosos que nunca necessitou de tomar qualquer fármaco por problemas orais é a mais elevada, sendo de 12 nos iniciais e 16 nos dados finais. Porém, verificou-se uma diminuição positiva, tanto na categoria “Algumas Vezes” como na “Sempre”. Deste modo, o número de idosos que teve de tomar medicamentos esporadicamente diminuiu de 5 para 2. Já no caso do número de idosos que necessitou de tomar medicamentos “Sempre”, verificou-se que este número era bastante reduzido nos questionários iniciais tendo diminuído para zero nos finais.

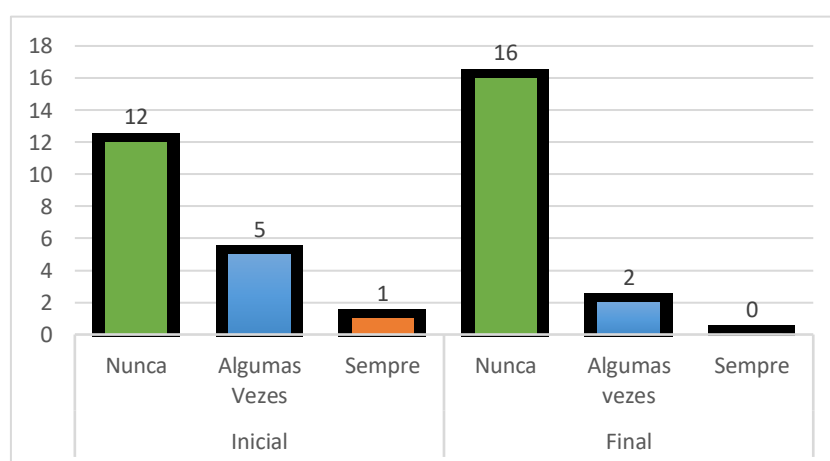


Figura 19 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 8 (Iniciais e Finais).

Questão 9. Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?

No que se refere à questão 9, foi possível observar algumas alterações favoráveis, através da comparação dos dados iniciais e finais. No caso dos dados iniciais constatou-se que metade dos inquiridos “Nunca” teve qualquer problema oral que o tenha deixado preocupados e a restante metade refere ter tido “Algumas vezes”. Já nos dados finais, apresenta-se um cenário muito mais animador visto que, com exceção de 2 pacientes, os restantes 16 referem “Nunca” mais ter tido qualquer preocupação causada por problemas orais.

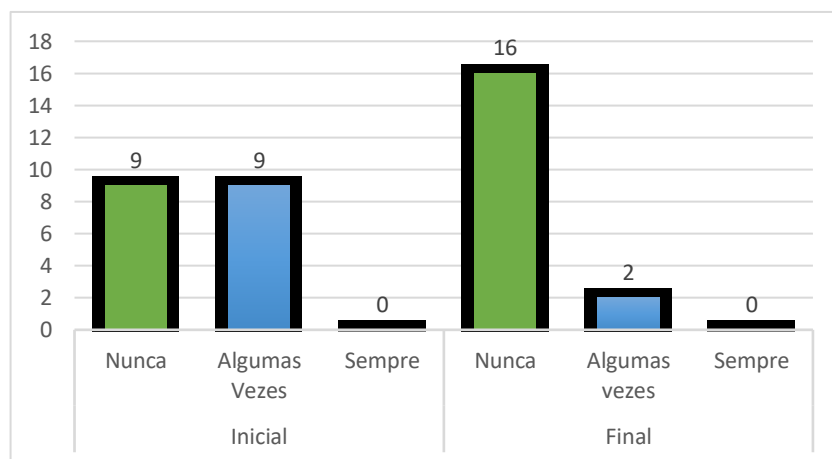


Figura 20 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 9 (Iniciais e Finais).

Questão 10. Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?

Relativamente a esta questão (Figura 21), verificou-se que, inicialmente, metade dos inquiridos indicaram “Nunca” sentir nervosismo devido a problemas na sua boca e os restantes 9 relataram sentir-se dessa forma “Algumas vezes”. Já no questionário final verificou-se uma clara alteração, sendo que, com exceção de 2 inquiridos que referiram sentir nervosismo “Algumas Vezes”, os restantes 16 revelaram “Nunca” ter esse problema.

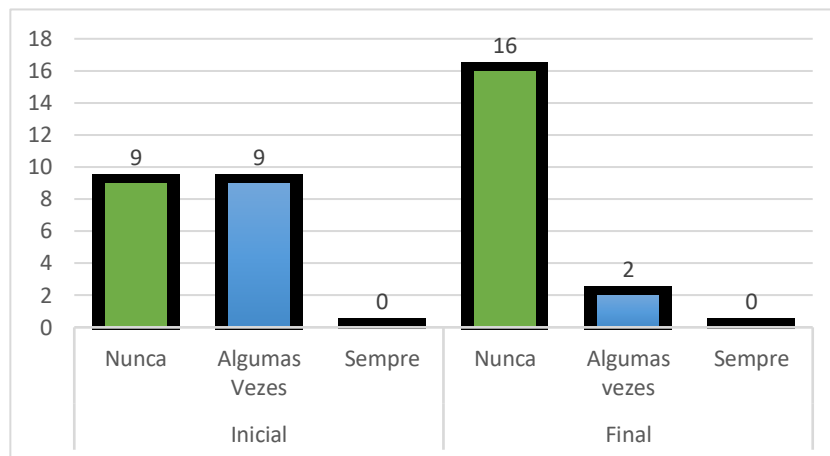


Figura 21 -Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 10 (Iniciais e Finais).

Questão 11. Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?

Através da observação do Figura 22 podemos verificar que tanto antes como após a intervenção a resposta mais frequente é “Nunca”, seguida de “Algumas Vezes”, sendo que em nenhum momento existiram pacientes que relatassem evitar “Sempre” o ato da alimentação junto de outras pessoas por causa de problemas na sua cavidade oral. Porém, pode ainda referir-se que nos dados recolhidos no final, se observou um aumento do número de idosos a “Nunca” evitarem comer junto de outras pessoas e uma diminuição, de 6 pacientes para apenas 1, na categoria “Algumas Vezes”.

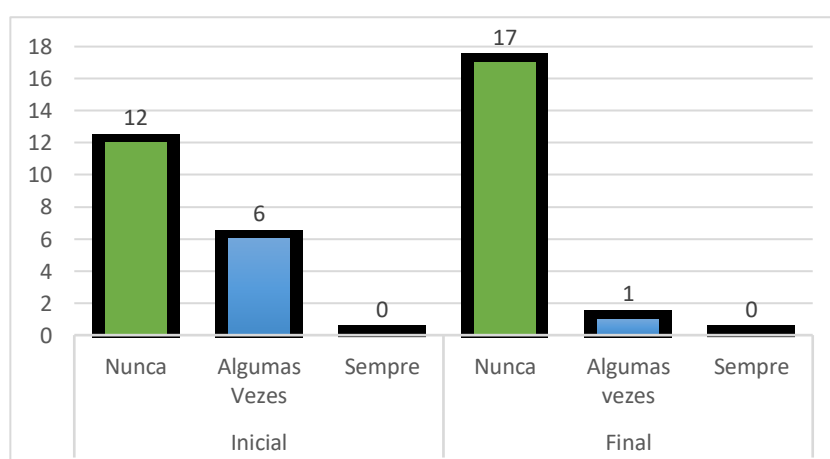


Figura 22 -Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 11 (Iniciais e Finais).

Questão 12. Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?

No que se refere à última questão do GOHAI (Figura 23), observou-se que, inicialmente, a maioria dos inquiridos referiram “Nunca” sentir qualquer tipo de sensibilidade nos dentes e gengivas, 6 dos inquiridos referem sentir “Algumas vezes” e apenas 1 refere sentir sensibilidade “Sempre”. Já no que diz respeito aos dados finais, verifica-se a mesma tendência que inicialmente, sendo que o número de idosos que “Nunca” sentem sensibilidade aumenta para 15 e o número de idosos que apresentam esta condição “Algumas Vezes” ou “Sempre” diminui para 3 e 0, respetivamente.

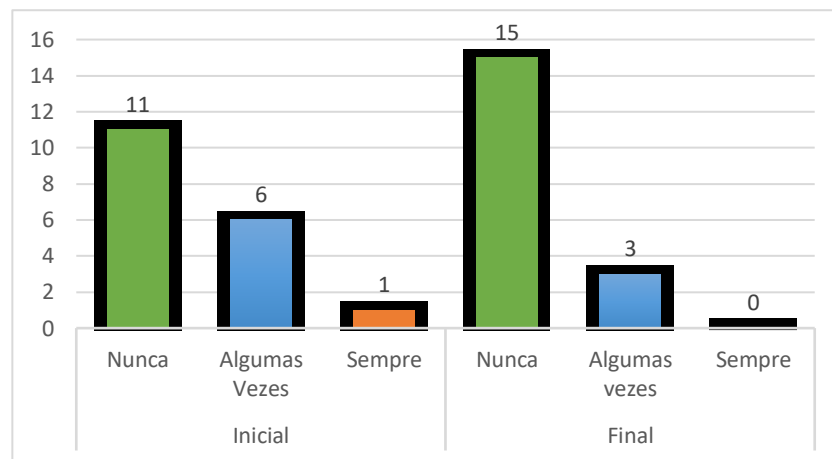


Figura 23 - Comparação da distribuição de frequências das respostas à questão 12 (Iniciais e Finais).

d) Análise Inferencial do GOHAI

Adicionalmente, foi também realizada uma estatística inferencial, para análise da associação entre variáveis. Deste modo, procedeu-se à correlação das variáveis sociodemográficas idade, género e habilitações literárias com o valor de GOHAI obtido previamente à intervenção. Foram também correlacionados alguns parâmetros referentes às próteses removíveis, nomeadamente desconforto associado ao seu uso e satisfação, com os mesmos valores do questionário GOHAI.

Concluiu-se que, uma vez que em todas as correlações apresentavam valores de $p > 0,05$, que os resultados não apresentavam significância estatística. Foi, no entanto, possível tirar algumas conclusões que serão de seguida explanadas.

Tabela 5 – Distribuição de frequência da correlação GOHAI * Idade.

			Idade			Total
			[65-70[anos	[70-80] anos	Mais de 80 anos	
GOHAI	Baixo	N	3	3	3	9
		%	16,7%	16,7%	16,7%	50,0%
	Moderado	N	2	4	1	7
		%	11,1%	22,2%	5,6%	38,9%
	Elevado	N	1	1	0	2
		%	5,6%	5,6%	0,0%	11,1%

Começando por abordar a correlação entre a idade e o GOHAI (Tabela 5), concluiu-se que na faixa etária dos 65 aos 70 anos a maioria (16,7%) dos idosos apresenta uma autopercepção “baixa”, sendo que o mesmo se verifica nos idosos com idades superiores a 80 anos. Já na faixa etária dos 70 aos 80 anos, 4 (22,2%) idosos apresentam autopercepção “moderada”. Tal como mencionado anteriormente, e uma vez que o $p=0.759$, os resultados não são estatisticamente significativos.

Tabela 6 - Distribuição de frequência da correlação GOHAI * Género.

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
GOHAI	Baixo	N	5	4	9
		%	27,8%	22,2%	50,0%
	Moderado	N	2	5	7
		%	11,1%	27,8%	38,9%
	Elevado	N	2	0	2
		%	11,1%	0,0%	11,1%

Já no que diz respeito à associação do género com o GOHAI (Tabela 6), verificou-se os inquiridos do género feminino apresentavam maioritariamente (27,8%) uma autopercepção “baixa”, 2 (11,1%) autopercepção “moderada” e as restantes (11,1%) autopercepção “elevada”. Já no que concerne aos inquiridos masculinos, concluiu-se que a maioria (27,8%) apresentava autopercepção “moderada” e os 4 (22,2%) apresentavam autopercepção “baixa”. Mais uma vez não se verificou significância estatística uma vez que $p=0.183$.

Tabela 7 - Distribuição de frequência da correlação GOHAI * Habilitações Literárias.

			Habilitações Literárias					Total
			Não completou o 4º ano	Fez exame da 4º classe	Não frequentou a escola	Completo o ensino superior	Completo o 9º ano	
GOHAI	Baixo	N	5	2	2	0	0	9
		%	27,8%	11,1%	11,1%	0,0%	0,0%	50,0%
	Moderado	N	1	3	0	1	2	7
		%	5,6%	16,7%	0,0%	5,6%	11,1%	38,9%
	Elevado	N	2	0	0	0	0	2
		%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%

No que concerne à relação entre o GOHAI (Tabela 7) e as habilidades literárias, verificou-se que os idosos que apresentavam habilidades literárias mais baixas, nomeadamente idosos que não frequentaram a escola ou que não completaram o 4º ano, apresentavam percepção da saúde oral “baixa”. Em comparação, aqueles com formação académica ou que completaram o 9º ano apresentam auto percepção “moderada”.

Tabela 8 - Distribuição de frequência da correlação GOHAI * Satisfação.

			Satisfação		Total
			Sim	Não	
GOHAI	Baixo	N	3	3	6
		%	23,1%	23,1%	46,2%
	Moderado	N	3	2	5
		%	23,1%	15,4%	38,5%
	Elevado	N	1	1	2
		%	7,7%	7,7%	15,4%

Relativamente à associação entre o GOHAI e a satisfação associada ao uso de prótese (Tabela 8), concluiu-se que, a maioria (23,1%) dos pacientes que não estavam satisfeitos com a prótese apresentavam auto percepção “baixa”. Porém, no que se refere aos pacientes satisfeitos com a prótese existia um igual valor de pacientes com auto percepção “baixa” e “moderada”.

Tabela 9 - Distribuição de frequência da correlação GOHAI * Desconforto.

			Desconforto		Total
			Sim	Não	
GOHAI	Baixo	N	3	3	6
		%	23,1%	23,1%	46,2%
	Moderado	N	2	3	5
		%	15,4%	23,1%	38,5%
	Elevado	N	1	1	2
		%	7,7%	7,7%	15,4%

Relativamente à correlação entre os valores do GOHAI e o desconforto associado à prótese (Tabela 9), foi possível comprovar que existe um igual número de idosos com autopercepção “baixa” (23,1%) independentemente de sentir ou não desconforto associado ao uso de prótese. Mais ainda, verificou-se o mesmo fenómeno em relação aos idosos com autopercepção “elevada”. Já no caso dos idosos com autopercepção “moderada”, foi possível verificar que 2 (15,4%) relataram desconforto ao usar a prótese e 3 (23,1%) referiram não ter desta condição.

VI. DISCUSSÃO

Discussão

Tal como se verificou em capítulos prévios da presente dissertação, a população está progressivamente mais envelhecida, sendo por isso, o processo de envelhecimento um novo desafio para a saúde pública contemporânea. Mais ainda, verificámos que a população idosa é acometida por um grande número de condições e patologias e muitas vezes não dispõe de meios para alcançar os devidos tratamentos e cuidados necessários. É nesta vertente que as pesquisas como a presente deverão incidir, tendo como foco a providência dos cuidados médico-dentários necessários.

Passando para discussão dos resultados apresentados no capítulo precedente, começaremos por abordar os dados sociodemográficos.

No que diz respeito ao género, a amostra é constituída por igual número de indivíduos do género feminino e masculino. Estes valores não estão de acordo com os reportados nos dados do INE, sendo que esta discrepância pode ser justificada pelo facto de a amostra ter um reduzido número de integrantes. (5)

Após análise dos dados recolhidos, concluiu-se que a média de idades dos participantes era de 74,26 anos, tendo participado no estudo indivíduos com idades compreendidas entre os 65 anos e os 85 anos. Deste modo, pode concluir-se que a média de idade encontrada foi de aproximadamente 74 anos, sendo este valor próximo à média encontrada noutros estudos que incidem sobre a mesma população, e nos quais a média de idades varia entre os 67,1 e os 73,5 anos. (36,38,39)

No que concerne às habilitações literárias, e tal como ocorre em vários outros estudos, verificou-se que a maioria dos inquiridos refere ter concluído o ensino primário, o que equivale ao antigo exame do 4º ano. (40,41) Já no que diz respeito aos inquiridos com habilitações literárias mais elevadas, foi possível observar que, apenas 2 idosos completaram o 9º ano e somente 1 frequentou o ensino superior. Estes dados não são coincidentes com os dados fornecidos pelo INE, encontrando-se abaixo dos mesmos. (39) As discrepâncias observadas podem ser justificadas pelo facto de os inquiridos terem todos idades mínimas de 65 anos e serem, na sua maioria, provenientes de meios rurais, o que faz com que provenham de condições de vida precárias e nas quais o acesso à educação tenha sido limitado ou até mesmo impedido. Mais ainda, a baixa escolaridade da amostra pode ser justificada pelo facto de a população em estudo ter vivido numa época na qual a escolaridade obrigatória em Portugal era de apenas 3 anos. (42) Adicionalmente, verificou-se que 3 (16,67%) dos

inquiridos nunca tinham frequentado a escola, não sabendo ler nem escrever. Estes dados levam a concluir que a percentagem de analfabetismo é bastante reduzida, estando os mesmos em conformidade com os dados do analfabetismo em Portugal. Segundo os dados dos Censos, em 2001, o fenómeno do analfabetismo tem vindo a decrescer, sendo que a taxa de analfabetos era de 34%, tendo diminuído para 19% em 2011. (39) Estudos indicam que esta marcada redução, ao longo do tempo, poderá ser o reflexo do aumento no desenvolvimento socioeconómico e uma diminuição no número de indivíduos que vive em condições precárias. (43)

No que diz respeito ao estado civil da população, de acordo com os Censos de 2011, cerca de 47% da população é casada, seguindo-se a estes, o grupo dos solteiros, com 40% e por fim os viúvos e divorciados, representando estes apenas 7% e 6%, respetivamente. (39) No caso da amostra em estudo, os resultados não são coincidentes com os apresentados previamente, sendo que nesse caso a maioria da amostra (66,67%) é casada, seguindo-se a esses os viúvos (27,78%) e por fim os divorciados (5,56%). Esta discrepância pode ser facilmente explicada pelo facto de a amostra em estudo ter idades mais avançadas e assim existir uma tendência natural para um aumento do número de viúvos e diminuição do número de solteiros.

No que concerne à presença de patologia bem como aos fármacos com os quais os idosos se encontram medicados, verificou-se que o número de idosos com patologia suplanta grandemente aqueles que não padecem de qualquer patologia. Já no que diz respeito aos fármacos, concluiu-se que a grande maioria dos idosos se encontrava medicada, tomando pelo menos 2 fármacos, existindo alguns que tomavam combinações de até 5 fármacos distintos. Os estudos indicam que, o envelhecimento acarreta um aumento do número de doenças crónicas o que conseqüentemente conduzirá a uma crescente necessidade de utilização de fármacos. (44) Adicionalmente, há também evidência de que pelo menos 85% dos idosos tomam um fármaco prescrito, sendo que a maioria usa mais do que um, o que as insere na categoria de “polimedicados”. Várias são as definições que podem ser dadas para descrever o conceito de polimedicção, no entanto, e de uma forma muito simplista, esta consiste no processo de prescrição de vários fármacos simultaneamente. (44)

Através da análise dos dados, foi ainda possível averiguar que uma pequena percentagem (21,05%) dos inquiridos não sabia especificar quais os fármacos que tomava, sendo que esta constatação levanta uma outra problemática bastante atual. Segundo *Frank et al.*, muitas vezes os clínicos não sabem qual a medicação que os pacientes geriátricos tomam, sendo

que aproximadamente 96% dos idosos não estão a tomar exatamente os fármacos que o médico acha que estão. (45)

O questionário aplicado continha também uma secção referente aos hábitos deletérios e de higiene oral dos pacientes.

No que concerne aos hábitos de consumo de álcool, verificou-se que metade dos inquiridos tinha este hábito e a outra metade não. É relevante mencionar que, neste estudo, os consumidores de bebidas alcoólicas, referem fazê-lo em pequenas quantidades e apenas durante as refeições.

Já no que se refere aos hábitos tabágicos, a maioria da amostra (72, 22%) respondeu negativamente e apenas uma minoria (5,56%) relatou ter este hábito, existindo 16,67% que relatam um consumo prévio de tabaco. Estes resultados encontram-se abaixo dos de outro estudo, no qual a prevalência do tabagismo foi de 9,0%, e a de ex-tabagistas foi de 32,0%. (46)

A mesma secção continha ainda uma questão que abordava a temática dos hábitos de higiene oral. Concluiu-se que, apesar de 94,44% da amostra escovar os seus dentes, existia 1 paciente que revelou não ter este hábito. Adicionalmente, concluiu-se que, no que diz respeito à frequência de escovagem, 12 (66,67%) dos inquiridos referem escovar uma vez por dia e apenas 6 (33,33%) referem escovar duas vezes. Relativamente ao uso de fio dentário, apenas 1 (5,56%) paciente referiu recorrer ao seu uso. Estes dados revelam mais uma vez o quão premente é a promoção e educação para a saúde oral, uma vez que os resultados obtidos se encontram longe do ideal. Adicionalmente, e tal como indicado no estudo de Zuluaga *et al.*, estes resultados poderão ser indicativos de que, inerente ao processo de envelhecimento ocorre uma diminuição das capacidades físicas e mentais o que culminará numa demarcada redução da destreza manual e, conseqüentemente, dificultará a realização de uma correta higienização da cavidade oral. (47)

Em relação ao uso de prótese, verificou-se que na amostra em estudo, grande parte dos inquiridos (68,42%), referiu usar prótese removível, estando estes resultados de acordo com os do estudo de Miranda *et al.*, no qual o número de pacientes portadores de prótese correspondia a 67,2%. (48) Adicionalmente, verificou-se que, dos pacientes portadores de prótese 53,85% mostrava-se satisfeito com a mesma. Estes resultados encontram-se abaixo dos resultados obtidos no estudo de Areias *et al.*, no qual a taxa de satisfação atingiu os 84%. (49) Esta discrepância pode ser explicada pelo facto de a percepção da satisfação ser

grandemente influenciada por diversos fatores, sendo que os parâmetros avaliados nos dois estudos podem ter diferido entre si. Mais ainda, constatou-se que apesar de a maioria dos inquiridos se encontrar satisfeito com as suas próteses, houve alguns pacientes que referiram sentir desconforto, bem como problemas esporádicos no ato da alimentação.

Tal como referido previamente, com o auxílio da reabilitação com prótese removível, será possível que se restabeleça tanto a função como a estética. Porém, é relevante mencionar que existem estudos que nos indicam a existência de casos em que o uso de prótese culmina numa deterioração da qualidade de vida. Em parte, isto dever-se-á ao facto de o uso de uma prótese removível acarretar a necessidade de um período de adaptação tanto a nível funcional como emocional. (33)

Adicionalmente, verificou-se que algumas das próteses eram já bastante antigas o que segundo Vasconcelos *et al.*, poderá estar relacionado com uma progressiva deterioração das mesmas e poderá culminar numa má adaptação e diminuição da funcionalidade das próteses o que, conseqüentemente, culminará numa demarcada redução da satisfação associada ao seu uso. (50)

A mesma secção continha ainda algumas questões que visavam caracterizar os hábitos de higienização da prótese, nomeadamente frequência e método usado para a sua realização. Verificou-se que 84,62% dos inquiridos higienizavam sempre a sua prótese, tendo a maioria (69,23%) referido realizar este processo somente uma vez por dia e os restantes duas vezes por dia. Estes resultados encontram-se abaixo dos presentes em outros estudos que referem que a maioria dos idosos efetua a higienização da prótese três vezes ao dia, seguido da resposta duas vezes ao dia. O facto de os dados obtidos terem sido inferiores aos de outros estudos deve ser valorizado, isto porque a correta higienização das próteses é essencial para a manutenção da saúde das estruturas orais envolventes. (51)

Já no que se refere ao método usado, concluiu-se que a maioria da amostra recorre ao uso de produtos próprios para próteses, seguindo-se os que apenas recorrem à imersão da prótese em água (23,08%) e por fim, com a mesma frequência, aqueles que usam escova e pasta ou apenas escova.

Estes resultados, bem como as recorrentes dúvidas expressadas pelos idosos relativamente ao processo de higienização das próteses, sublinham a necessidade de apostar na promoção da saúde oral, de modo a educar e consciencializar os idosos para a importância que uma boa manutenção das próteses tem na sua saúde oral e qualidade de vida.

A última parte do questionário consistia na aplicação do *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) para posterior comparação dos resultados iniciais e finais. Concluiu-se que, tanto inicial como finalmente, a população apresentava uma autopercepção moderada. Porém, inicialmente esta percepção era moderada com tendência para baixa e no final era moderada com tendência a elevada. Ribeiro *et al.* refere no seu estudo que estes resultados podem ser justificados pelo facto de, apesar de a maioria dos pacientes geriátricos terem uma saúde oral razoável, estes terem uma percepção diferente e classificarem a sua saúde oral como boa, ou seja melhor do que na realidade o é. (42) Também nos estudos de Jardim, Barreto e Giatti, Fonseca *et al.* e Miranda *et al.* foram obtidos os mesmos valores de autopercepção . (40,48,52)

Adicionalmente, verificou-se que a maioria da amostra reportou uma melhoria na qualidade de vida após a realização da reabilitação protética, existindo, no entanto, alguns idosos que mantiveram os mesmos valores do questionário GOHAI, antes e após a intervenção.

Posteriormente, e tal como previamente exposto, procedeu-se à realização de correlações entre alguns fatores sociodemográficos (idade, género e habilitações literárias) bem como fatores relacionados com o uso de prótese (satisfação e desconforto) e os valores do questionário GOHAI. Verificou-se que em nenhuma das correlações existia significância estatística, à semelhança do ocorrido em outros estudos. (36) No entanto, os resultados serão de seguida discutidos.

Começando pela correlação Idade/GOHAI verificou-se que os idosos com idades compreendidas entre os 70 e os 80 anos foram os que apresentavam melhor percepção da sua saúde oral. Já os idosos com idades superiores a 80 anos apresentaram uma autopercepção moderada. Tais achados estão de acordo com outros estudos, nos quais é evidenciada a influência negativa da idade na autopercepção da saúde. (52,53)

Já no que diz respeito à associação entre os valores do GOHAI e as habilitações literárias, existem estudos em que se verificou que os idosos com habilitações literárias mais baixas apresentam pior percepção da saúde oral. (54,55) Adicionalmente, outros estudos sublinham o conceito de que os idosos com mais formação académica são os que têm melhor entendimento da sua saúde oral. (53) Na presente dissertação, os resultados estão em concordância com estes estudos uma vez que, os idosos com habilitações literárias mais baixas apresentavam autopercepção “baixa” e aqueles com formação académica ou que completaram o 9º ano apresentavam autopercepção “moderada”.

No que concerne à correlação entre o gênero e o GOHAI, verificou-se que, tal como ocorre em outros estudos não existe significância estatística entre as variáveis. No entanto, e tal como ocorre no estudo de Carvalho *et al.* são os pacientes do gênero masculino que apresentam melhor autopercepção. (53)

Relativamente à relação do GOHAI com a presença/ausência de satisfação com as próteses removíveis bem como com o desconforto sentido durante o uso das mesmas, concluiu-se que existe igual número de inquiridos que apresenta autopercepção baixa, independentemente de se encontrar ou não satisfeito com a sua prótese ou de sentir ou não desconforto. Estes resultados fazem com que não se possa fazer uma dedução lógica de que a qualidade de vida é influenciada pela satisfação com a prótese.

Deste modo, é facilmente aceitável concluir que, a aplicação deste tipo de questionários permite estudar a percepção que o idoso tem da sua saúde oral, sendo esta conclusão suportada por estudos que nos indicam que a autopercepção é um método de avaliação bastante pertinente que é fácil e rapidamente aplicado. (36,56) Mais ainda, sabe-se que a autopercepção da saúde tem vindo a ser utilizada em diversos estudos aplicados à população idosa, uma vez que este é considerado um instrumento viável que já foi validado em diversas línguas e através do qual é possível recolher informações sobre vários domínios da saúde física, cognitiva e emocional dos idosos inquiridos. (53) Assim sendo, e com recurso aos dados recolhidos através de ferramentas deste tipo, será possível a recolha de informação do ponto de vista do paciente o que conseqüentemente, facilitará o processo de diagnóstico e permitirá a aplicação de tratamentos mais adequados. (57)

No entanto, é relevante ter presente que este questionário não deve ser considerado em dissociação da parte clínica, deve sim ser utilizado como meio de complementar as observações realizadas no âmbito clínico. (41) Ou seja, este questionário fornecerá informações relevantes que complementarão as observações clínicas, o que permitirá um plano de tratamento mais direcionado para as necessidades de cada indivíduo. (58)

Mais ainda, é também preciso ter em mente que, existem casos em que os idosos têm uma percepção diferente do que aquela que realmente apresentam. No presente estudo verificou-se a existência de 2 inquiridos que referiram apresentar-se insatisfeitos com as suas próteses e sentirem desconforto associado ao uso das mesmas, mas cujos somatórios iniciais do GOHAI correspondem a uma autopercepção “moderada” e “elevada”. Isto corrobora os dados de estudos que referem a existência de casos em que indivíduos com uma saúde deletéria podem perceber a sua qualidade de vida como mais elevada do que os indivíduos

saudáveis. (59) Segundo Esmeriz *et al.*, esta discrepância pode também ser explicada pelo facto de o idoso ser capaz de sofrer um processo de adaptação às condições existentes com a conseqüente desvalorização da situação de doença. (60)

À semelhança do que ocorre noutros estudos semelhantes, também na presente dissertação a intervenção consistiu na combinação de medidas para a promoção e prevenção da saúde oral bem como no tratamento clínico propriamente dito. Este fator, à semelhança do que ocorre noutros estudos da área, faz com que seja difícil associar as alterações na qualidade de vida somente à intervenção, podendo assim este ser considerado como um fator de viés.

Limitações do presente estudo:

Uma das principais limitações encontradas durante a realização do presente trabalho prende-se com o facto de ser necessário seguir os pacientes em dois momentos distintos do tempo. Foi assim necessário esperar um período de cerca de 2 meses entre as duas aplicações do questionário. Deste modo, o período elaboração da prótese, em ambiente de Clínica Dentária Universitária, correspondeu a cerca de 1 mês, período após o qual foi necessário esperar o mesmo tempo para aplicação final do GOHAI. (37)

Adicionalmente, também o reduzido tamanho da amostra se apresenta como uma limitação, uma vez que torna difícil a extrapolação dos dados obtidos para a população. Este número reduzido de participantes deve-se, em parte, ao facto de nem todos os pacientes que recorrem à área de Prótese Removível terem como objetivo a realização de uma nova prótese. Assim sendo, alguns pacientes recorrem à disciplina com pequenas queixas, solucionadas com recurso a desgastes ou rebasamentos, intervenções para as quais não há protocolo de seguimento. Adicionalmente, e contrariamente ao que seria expectável, uma parte significativa dos pacientes a requerer prótese removível apresentam idades inferiores a 65 anos, o que os excluiu do estudo.

Por fim, podemos referir como limitação a dificuldade no estabelecimento de uma indubitável relação causa-efeito. Uma vez que no período decorrente entre a aplicação inicial e final do GOHAI o paciente é submetido a mais do que um tipo de intervenção poderá ser difícil atribuir a melhoria na qualidade de vida a apenas um fator.

VII. CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Após a realização da presente dissertação, foi possível verificar que,

- ✓ Ocorreu uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes geriátricos intervencionados.
- ✓ Os idosos apresentam algumas dificuldades e dúvidas na realização da sua higiene oral bem como na higienização das suas próteses;
- ✓ A autopercepção que os inquiridos têm da sua cavidade oral encontra-se, por vezes, bastante desfasada da realidade.

Foi assim possível concluir que a saúde oral exerce um papel relevante na qualidade de vida dos idosos, afetando a mastigação, o paladar, a fonética, a estética bem como a vertente social da vida dos idosos. Adicionalmente, constatou-se que a saúde oral dos idosos é uma temática que deve ser mais promovida pela sociedade em geral, pelos prestadores de cuidados, seja nas instituições ou por parte dos familiares. É também premente que o médico-dentista tenha a noção de que o paciente geriátrico é um paciente que requer um cuidado acrescido de modo a que se possa prestar um serviço adequado às suas verdadeiras necessidades. Mais ainda, torna-se de extrema relevância transmitir ao idoso a importância de uma correta manutenção da sua saúde oral e de todas as condições e patologias que daí poderão advir.

Deste modo, e apesar de se ter verificado uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes geriátricos intervencionados, as limitações referenciadas no capítulo prévio, fazem com que seja necessário, que no futuro, seja dada continuidade ao presente estudo.

Concluindo, é premente que sejam tomadas todas as medidas preventivas e interceativas necessárias para colmatar as alterações associadas ao envelhecimento, sendo que apenas deste modo poderemos atuar de forma ativa e eficazmente no curso natural da vida e fornecer o devido suporte à crescente população idosa.

FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A autopercepção da condição oral desempenha um papel fundamental no estudo da qualidade de vida inerente à saúde oral. Deste modo, e com o intuito de obter maior conhecimento sobre esta temática, serão necessários mais projetos e iniciativas. Adicionalmente, os dados analisados em conjunto com o panorama de envelhecimento populacional, devem evidenciar a necessidade de implementar alterações ao nível dos cuidados médicos prestados. Deste modo torna-se premente realizar mais estudos sobre o tema e compreender as variáveis exploradas neste estudo e transmitir a importante noção de que futuramente, a iniciativa deve ser alargada aos lares e instituições.

VIII. BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

1. Veiga N, Diniz L, Pereira C, Amaral O, Coelho I. Oral Health and Rehabilitation among the Institutionalized Elderly. *EJSBS*. 2017;XVIII:18:2353-60.
2. Zenthöfer A, Rammelsberg P, Cabrera T, Schröder J, Hassel AJ. Determinants of oral health-related quality of life of the institutionalized elderly. *Psychogeriatrics*. 2014;14(4):247–54.
3. Geral A, Mundial IIA, Mundial A. O Envelhecimento em Portugal. *Tempo*. 2002;2001:5–7.
4. Mota-Pinto A, Rodrigues V, Botelho A, Veríssimo MT, Morais A, Alves C, et al. A socio-demographic study of aging in the Portuguese population: The EPEPP study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011;52(3):304–8.
5. Instituto Nacional de Estatística. Dia Internacional do Idoso. Destaque - Informação à Comun Soc. 2007;1–7.
6. Ástvaldsdóttir Á, Boström AM, Davidson T, Gabre P, Gahnberg L, Sandborgh Englund G, et al. Oral health and dental care of older persons—A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*. 2018;1–15.
7. Dolan TA, Atchison K, Huynh TN. Access to dental care among older adults in the United States. *J Dent Educ [Internet]*. 2005 [cited Nov 2018 24]; 69(9):961–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16141082>
8. Côrte-Real I, Figueiral MH Campos JCR. As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2011;2(3):175–80.
9. Masood M, Newton T, Bakri NN, Khalid T, Masood Y. The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *J Dent*. 2017;56:78–83.
10. MacEntee MI. Oral care for successful aging in long-term care. *J Public Health Dent*. 2000;60(4):326–9.
11. Veiga N, Castro A, Mendes J, Marques M, Maravilha T, Coelho C. Oral Health and Physical and Mental Limitations among the Elderly. *Int J Dent Oral Heal [Internet]*. 2016 [cited Nov 2018 24]; 2. Available from: <https://sciforschenonline.org/journals/dentistry/IJDOH-2-203.php>

12. Direcção-Geral da Saúde. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Direcção-Geral da Saúde [Internet]. 2004 [cited Nov 2018 24]; 1–24. Available from: <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/16/12>
13. Paredes-Rodríguez VM, Torrijos-Gómez G, González-Serrano J, López-Pintor-Muñoz RM, López-Bermejo M ángel, Hernández-Vallejo G. Quality of life and oral health in elderly. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2016;8(5):e590–6.
14. Gil-Montoya JA, de Mello ALF, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: A nonsystematic review. *Clinical Interventions in Aging*. 2015;10:461–7.
15. Walker RJ, Kiyak HA. The impact of providing dental services to frail older adults : Perceptions of elders in adult day health centers IMPROVING ACCESS TO DENTAL CARE FOR FRAIL ELDERLY. *Heart Disease*. 2007;7:139–43.
16. Hebling E, Pereira AC. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. *Gerodontology*. 2007;24(3):151–61.
17. Gagliardi DI, Slade GD, Sanders AE. Impact of dental care on oral health-related quality of life and treatment goals among elderly adults. *Australian Dental Journal*. 2008;53(1):26–33.
18. Pradhan A, Keuskamp D, Brennan D. Oral health-related quality of life improves in employees with disabilities following a workplace dental intervention. *Eval Program Plann* [Internet]. 2016 [cited Nov 2018 24]; 59:1–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.07.003>
19. Care OH. Oral Health Care FOR THE FRAIL ELDERLY: *Geriatric Nursing*. 2002;23(4):189–99.
20. Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, et al. Toward the realization of a better aged society: Messages from gerontology and geriatrics. *Geriatrics and Gerontology International*. 2012;12(1):16–22.
21. Lima JE de O. Cárie dentária: um novo conceito. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 2008;12(6):119–30.
22. Saunders RH, Meyerowitz C. Dental caries in older adults. *Dental Clinics of North America*. 2005;49(2):293–308.
23. Chen X, Clark JJ, Preisser JS, Naorungroj S, Shuman SK. Dental caries in older adults in the last year of life. *JJournal of the American Geriatrics Society*. 2013;61(8):1345–

50.

24. Tonetti MS, Bottenberg P, Conrads G, Eickholz P, Heasman P, Huysmans MC, et al. Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: call to action to protect and enhance oral health and well-being as an essential component of healthy ageing – Consensus report of group 4 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries be. *J Clin Periodontol*. 2017;44:S135–44.
25. P Abdul Razak, K M Jose Richard, Rekha P Thankachan, K A Abdul Hafiz, K Nanda Kumar KMS. Geriatric Oral Health: A Review Article. *J Int Oral Heal*. 2014;6(August):110–6.
26. Liu B, Dion MR, Jurasic MM, Gibson G, Jones JA. Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: Prevalence and etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2012;114(1):52–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2011.11.014>
27. Yang H, Xiao L, Zhang L, Deepal S, Ye G, Zhang X. Epidemic trend of periodontal disease in elderly Chinese population, 1987-2015: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* [Internet]. 2017;7(March):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/srep45000>
28. Persson GR. Periodontal complications with age. *Periodontol 2000*. 2018;78(1):98–128.
29. Lamster IB. Geriatric periodontology: how the need to care for the aging population can influence the future of the dental profession. *Periodontol 2000*. 2016;72(1):7–12.
30. RENVERT, STEFAN; PERSSON GR. Treatment of Periodontal Disease in Older Adults. *Periodontol 2000*. 1998;16:106.
31. Ali Z, Baker SR, ShahrbaF S, Martin N, Vettore M V. Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent*. 2019;121(1):59-68.e3.
32. Palomares T, Montero J, Rosel EM, Del-Castillo R, Rosales JI. Oral health-related quality of life and masticatory function after conventional prosthetic treatment: A cohort follow-up study. *J Prosthet Dent*. 2018;119(5):755–63.
33. Yen Y, Lee H-E, Wu Y, Lan S, Wang W-C, Du Je, et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health* [Internet]. 2015;15(1):1. Available from: <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-15-1>

34. Id GM, Allen PF, Hayes M, Damata C, Moore C, Cronin M. Impact of oral rehabilitation on the quality of life of partially dentate elders in a randomised controlled clinical trial : 2 year follow-up. 2018;1–12.
35. Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger GK, Xu T, Pucca G, Williams DM, et al. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *Int Dent J*. 2012;62(6):278–91.
36. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saude Publica*. 2013;31(2):166–72.
37. Yamazaki M, Inukai M, Baba K, John MT. Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-J). *J Oral Rehabil*. 2007;34(3):159–68.
38. Silva DD da, Held RB de, Torres SV de S, Sousa M da LR de, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saude Publica*. 2011;45(6):1145–53.
39. Instituto Nacional de Estatística, I. P. “Censos 2011 – Resultados Definitivos Portugal”. 2011.
40. Fonseca PH de A, Almeida AM, Silva AM. Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada TT - Oral health conditions of institutionalized elderly. *RGO* [Internet]. 2011;59(2):193–200. Available from: <http://www.revistargo.com.br/viewarticle.php?id=1183&layout=abstract>
41. Cristina A, Alcarde B. A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba ' s elderly population Qualidade de vida pela saúde bucal em uma população de idosos. *Rev odonto cienc*. 2010;25(2):126–31.
42. Ribeiro D, Pires I, Pereira M de L. Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2012;53(4):221–6.
43. Borim FSA, Neri AL, Francisco PMSB, de Azevedo Barros MB. Dimensions of self-rated health in older adults. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):714–22.
44. Galvão C. Saúde Dos Idosos. *Am Fam Physician*. 2006;747–52.
45. Frank C, Godwin M, Verma S, Kelly A, Birenbaum A, Seguin R, et al. What drugs are our frail elderly patients taking? Do drugs they take or fail to take put them at increased risk of interactions and inappropriate medication use? *Can Fam Physician*. 2001;47(JUNE):1198–204.

46. Barbosa MB, Pereira CV, Cruz DT da, Leite ICG. Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2018;21(2):123–33.
47. Zuluaga DJM, Ferreira J, Montoya JAG, Willumsen T. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*. 2012;29(2):1–7.
48. Miranda L de P, Silveira MF, Miranda L de P, Bonan PRF. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2012;14(2):251–69.
49. Areias, C; Fonseca PFM. Satisfação dos pacientes portadores de prótese removível. *Jada*. 2007;7(4):49–53.
50. Vasconcelos LCA de, Prado Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1101–10.
51. Sadig W. The denture hygiene, denture stomatitis and role of dental hygienist. *Int J Dent Hyg*. 2010;(8):227–31.
52. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Self-reporting and secondary informant reporting in health assessments among elderly people. *Rev Saude Publica*. 2010;44(6):1120–9.
53. Carvalho FF, Santos JN, Souza L de M de, Souza NRM de. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2012;15(2):285–94.
54. Nunes CIP, Abegg C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. *Gerodontology*. 2008;25(1):42–8.
55. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira ÉA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2011;27(8):1593–602.
56. Rocha Corrêa da Silva Roberto Castellanos Fernandes SA, Rocha Corrêa da Silva S. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos* Self-perception of oral health status by the elderly. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2001;35(144):349–55. Available from: www.fsp.usp.br/rsp
57. Campos JADB, Zucoloto ML, Geremias RF, Nogueira SS, Maroco J. Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index in complete denture wearers. *Journal of Oral*

Rehabilitation. 2015;42(7):512–20.

58. Silva EFA da, Sousa M da LR de. Autopercepção da saúde bucal e satisfação com a vida em mulheres idosas usuárias de prótese total. *Revista de Saúde Pública*. 2006;18(1):61–5.
59. Allen PF. Assessment of Oral Health Related Quality of Life. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;8:1–8.
60. Esmeriz CEC, Meneghim MC, Ambrosano GMB. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*. 2012;29(2):1–9.

IX.ANEXOS

a) Consentimento informado



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

UISEU

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

(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Avaliação da qualidade de vida numa amostra de idosos, antes e após a realização de cuidados médico-dentários

Eu, abaixo-assinado _____.

Fui informado, pelo investigador/clínico responsável, de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a avaliar a minha saúde geral e oral e o impacto na minha qualidade de vida após ter sido intervencionado. Será realizado um questionário para avaliação de aspetos da minha vida, nomeadamente: pessoais, físicos/mentais, orais e sociais. Também será efetuada uma observação da cavidade oral para avaliação do meu estado de saúde oral.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer questões e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o total anonimato dos dados recolhidos.

Nome do participante no estudo.

Assinatura: _____ . Data: ____/____/____ Nome do investigador responsável.

Assinatura: _____ . Data: ____/____/____

Nome do orientador responsável.

Assinatura: _____ . Data: ____/____/____

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade

Nome: _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura: _____

b) Questionário sociodemográfico e GOHAI

I – CARACTERIZAÇÃO E HÁBITOS

1. **Género:** Feminino Masculino
2. **Data de Nascimento:** ___/___/____, _____ anos.
3. **Área de residência:**
Aldeia Vila Cidade

4. **Habilitações literárias:**

Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever	
Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	
Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe	
Fez exame da 4ª classe	
Completo o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente)	
Completo o 7º ano (curso complementar do liceu)	
Completo o ensino superior	
Nível de ensino completado na idade adulta (ex. programas novas oportunidades)	
Ensino especial	
Outro	

5. **Qual o seu actual estado civil?**
Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)
6. **Tem filhos?** Não Sim
7. **Tem alguma patologia?** Não Sim 7.1. **Se sim, qual(is)?**
_____.
8. **Toma medicamentos diariamente?** Não Sim 8.1. **Se sim, quais são os medicamentos que toma?**
_____.
9. **Costuma fumar ?** Não Sim Ex-fumador
9.1. **Se sim, quantos cigarros fuma por dia?** _____.
10. **Costuma ingerir bebidas alcoólicas?** Não Sim
11. **Que tipo de alimentação costuma fazer na instituição?**
 Pastosa (alimentos passados e cereais lácteos).
 Fibrosa (frutas e legumes).
 Consistente (carne, peixe).

II – SAÚDE ORAL

1. **Costuma escovar os dentes e/ou próteses diariamente?** Não Sim
- 1.1 **Se sim, quantas vezes por dia?** _____.
2. **Costuma utilizar o fio dentário?** Não;
 Sim, às vezes;
 Sim, diariamente;
 Não sei o que é o fio dentário.



III – PRÓTESES DENTÁRIAS (caso se aplique.)

1. Usa prótese(s) dentária(s)? Não Sim
2. Quando usa a sua prótese? Sempre Às vezes Só durante as refeições Nunca
3. Sente-se melhor desde que colocou a sua actual prótese dentária? Não Sim Não sei.
4. Sente algum desconforto e/ou dor ao usar a prótese? Não Sim
5. Consegue comer normalmente com a prótese? Sempre Às vezes Raramente Nunca
6. Sente-se satisfeito(a) com a sua prótese? Não Sim
7. Costuma retirar a prótese para dormir? Sempre Às vezes Raramente Nunca
8. Costuma fazer a higienização da sua prótese? Sempre Às vezes Raramente Nunca
 - 8.1. Se higieniza a prótese todos os dias, quantas vezes/dia higieniza a sua prótese? _____ vezes.
9. Qual o método que utiliza para higienizar a prótese?

_____.
10. Há quanto tempo utiliza uma prótese dentária? _____ anos.
11. Há quanto tempo tem a actual prótese dentária? _____ anos

Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

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