



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
GERIÁTRICOS PORTADORES DE PRÓTESE
REMOVÍVEL**

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

Por:

Sarah Dias Fatmi

Viseu, 2021



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
GERIÁTRICOS PORTADORES DE PRÓTESE
REMOVÍVEL**

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

Por:

Sarah Dias Fatmi

Orientador: Professora Doutora Patrícia Couto

Coorientadores: Professor Doutor André Correia

Mestre Ana Margarida Silva

Viseu, 2021

Epígrafe

“Our goals can only be reached through a vehicle
of a plan, in which we must fervently believe,
and upon which we must vigorously act.
There is no other route to success.”

Pablo Picasso

Dedicatória

À minha família,
Por toda a paciência e motivação.
Ao meu namorado,
Por toda a dedicação e carinho.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Patrícia Couto, por toda a disponibilidade, simpatia e ajuda na realização desta monografia.

Aos meus coorientadores, Professor Doutor André Correia e Mestre Ana Margarida Silva pela ajuda ao longo das aulas de Prótese Removível.

Ao Professor Doutor Nélio Veiga, pela disponibilidade na realização da análise estatística.

À minha mãe, pelo apoio e ajuda em tudo o que eu precisei.

Ao meu namorado, Pedro, por me ouvir, apoiar e estar presente nos momentos em que eu mais necessito.

À minha companheira de trabalho, Adriana, por ouvir todos os meus desabafos nos momentos mais desafiantes.

Resumo

Introdução: as próteses removíveis consistem no método de reabilitação oral mais utilizado até aos dias de hoje. No entanto, podem apresentar um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes geriátricos, podendo afetar funcionalmente, esteticamente e socialmente os indivíduos desta faixa etária.

Objetivos: avaliar o estado de saúde oral e respetivo impacto na qualidade de vida do paciente geriátrico portador de prótese removível.

Materiais e Métodos: estudo observacional descritivo transversal com uma amostra constituída por 50 pacientes que frequentaram a Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu e 95 pacientes residentes nos lares do Distrito de Viseu. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário que abrangia os aspetos sociodemográficos, a caracterização da saúde oral, bem como o Índice GOHAI e o Índice de *Leake*, seguido de um exame de observação intraoral para avaliação da estabilidade e retenção das próteses removíveis. Posteriormente foi realizada uma análise comparativa entre os dois grupos amostrais.

Resultados: a idade média da amostra da Clínica Dentária Universitária foi de 73,06 anos enquanto que nos lares do Distrito de Viseu foi de 83 anos. Relativamente ao Índice GOHAI, 52%, ou seja, a maioria dos participantes da Clínica Universitária, possuía uma autoperceção “Moderada” da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Por outro lado, 47% dos participantes dos lares do Distrito de Viseu, possuíam uma autoperceção “Baixa” da qualidade de vida relacionada com a sua saúde oral. Quanto ao estado de saúde oral a maioria dos pacientes apresentavam próteses removíveis com retenção e estabilidade elevada.

Conclusão: observou-se que apesar de a grande maioria dos pacientes geriátricos possuírem próteses removíveis estáveis e retentivas, estes apresentavam uma autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral moderada ou baixa, o que influencia negativamente diversos aspetos do dia-a-dia desta população.

Palavras-chave: Pacientes geriátricos; Prótese Removível; Qualidade de vida; GOHAI; Saúde Oral.

Abstract

Introduction: removable dental prosthesis are considered the most used oral rehabilitation method to date. However, they can show a negative impact on the quality of life of geriatric patients, and may affect individuals in this age group functionally, aesthetically and socially.

Objective: assess the oral health status and its impact on the quality of life of geriatric patients with removable dental prosthesis.

Materials and Methods: a descriptive cross-sectional observational study with a sample of 50 patients attending the University Dental Clinic and 95 residents from nursing homes in the District of Viseu. For data collection we used a questionnaire that covered sociodemographic aspects and the characterization of oral health, as well as the GOHAI and Leake Index's, followed by an intraoral observational exam to assess the stability and retention of removable dental prosthesis. Subsequently, a comparative analysis was performed between the two sample groups

Results: the average age of the University Dental Clinic sample was 73.06 years, while in the nursing homes it was 83 years. Regarding the GOHAI Index, 52%, which is, the majority of the University Clinic participants, had a "Moderate" self-perception of quality of life related to oral health. On the other hand, 47% of the participants from nursing homes had a "Low" self-perception of quality of life related to their oral health. As for the oral health status, most patients had removable dental prosthesis with high retention and stability

Conclusion: it was observed that geriatric patients with removable dental prosthesis, although the vast majority have stable and retentive removable dentures, show a moderate or low self-perception of quality of life related to oral health, which influences negatively various aspects of daily life in this population.

Keywords: Geriatric patients; Removable dental prosthesis; Quality of life; GOHAI; Oral Health.

Índice

1	Introdução	3
1.1	Fundamentação teórica	4
1.1.1	Envelhecimento demográfico.....	4
1.1.2	Saúde geral na terceira idade	5
1.1.3	Saúde oral em pacientes geriátricos.....	5
1.1.4	Patologias orais prevalentes na terceira idade	6
1.1.5	Uso de prótese removível no idoso.....	10
1.1.6	Saúde oral e qualidade de vida	10
1.2	Objetivos	11
2	Materiais e Métodos	15
2.1	Desenho do estudo	15
2.2	Caracterização da amostra	15
2.3	Instrumentos de recolha de dados	16
i.	“ <i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i> ” – GOHAI	18
ii.	Índice de <i>Leake</i>	18
iii.	Exame clínico.....	18
2.4	Análise estatística	20
2.5	Princípios éticos	20
3	Resultados	25
3.1	Análise descritiva dos indicadores sociodemográficos	25
3.2	Caraterização da Saúde oral	26
3.3	Análise descritiva do Índice GOHAI	29
3.4	Análise descritiva do Índice de <i>Leake</i>	31
3.5	Análise descritiva da retenção e estabilidade das próteses removíveis..	32
3.6	Estatística inferencial	33

i. Índice GOHAI	33
ii. Índice de <i>Leake</i>	43
3.7 Análise estatística dos dados dos Lares do Distrito de Viseu	44
Análise descritiva dos indicadores sociodemográficos	44
Caracterização da Saúde Oral.....	46
Análise descritiva do Índice GOHAI	47
Análise descritiva do Índice de <i>Leake</i>	49
Análise descritiva da retenção e estabilidade das próteses removíveis	49
4 Discussão.....	53
Dados sociodemográficos.....	53
Caraterização da Saúde oral	54
Análise descritiva do Índice GOHAI	55
Análise descritiva do Índice de <i>Leake</i>	56
Análise descritiva da retenção e da estabilidade das próteses removíveis	57
Estatística inferencial	57
Comparação dos dados dos Lares do Distrito de Viseu com os dados da Clínica Dentária Universitária	60
Dados sociodemográficos.....	60
Caraterização da Saúde oral	60
Análise descritiva do Índice GOHAI	62
Limitações do presente estudo	63
Potenciais benefícios para os participantes do estudo	63
Prospeções.....	65
5 Conclusão	69
6 Bibliografia.....	73
7 Anexos	85

Índice de figuras

Figura 1 - Distribuição da amostra da Clínica Dentária Universitária consoante o género	25
Figura 2 - Distribuição da amostra da Clínica Dentária Universitária consoante a idade	25
Figura 3 - Distribuição da amostra dos lares do Distrito de Viseu consoante o género	45
Figura 4 - Distribuição da amostra dos lares do Distrito de Viseu consoante a idade	45

Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição da frequência da amostra de acordo com o tipo de prótese removível usada	26
Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a frequência de escovagem	26
Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com a higienização da prótese	27
Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com a capacidade de colocar e retirar a prótese, retirar para dormir e retirar ao chegar a casa.....	27
Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com o facto de sentir dor na cavidade oral e se a dor é provocada pela prótese.....	28
Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o facto de a prótese estar bem-adaptada e segura	28
Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com a condição dos dentes e das gengivas.....	29
Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com o índice GOHAI total	30
Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo com o índice GOHAI individual	31
Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com o índice de <i>Leake</i>	32
Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com a retenção e estabilidade das próteses	32
Tabela 12 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 2 e retenção da prótese superior e inferior e estabilidade da prótese superior.....	34
Tabela 13 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 3 e retenção e estabilidade da prótese superior	35
Tabela 14 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 4 e estabilidade da prótese superior e inferior e retenção da prótese inferior.....	37
Tabela 15 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 5 e o facto de sentir a prótese bem-adaptada e segura	38
Tabela 16 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 5 e que tipo de prótese removível possui	39
Tabela 17 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 7 e o facto de se sentir feliz com a aparência da sua boca.....	40

Tabela 18 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 10 e género.....	41
Tabela 19 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 11 e retenção e estabilidade da prótese inferior	42
Tabela 20 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 12 e estabilidade da prótese superior e inferior.....	43
Tabela 21 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre Índice de <i>Leake</i> e retenção e estabilidade das próteses.....	44
Tabela 22 - Distribuição da frequência da amostra de acordo com o tipo de prótese removível usada	46
Tabela 23 - Distribuição da amostra de acordo com a frequência de escovagem	46
Tabela 24 - Distribuição da amostra de acordo com a frequência de retirar a prótese	47
Tabela 25 - Distribuição da amostra de acordo com o facto de sentir dor na cavidade oral.....	47
Tabela 26 - Distribuição da amostra de acordo com o Índice GOHAI total	47
Tabela 27 - Distribuição da amostra de acordo com o índice GOHAI individual	48
Tabela 28 - Distribuição da amostra de acordo com o índice de <i>Leake</i>	49
Tabela 29 - Distribuição da amostra de acordo com a retenção e estabilidade das próteses removíveis	49

Abreviaturas

Abreviatura	Significado
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Index
OMS	Organização Mundial de Saúde
QVRSO	Qualidade de vida relacionada à saúde oral
FMDUCP	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa
FDI	Fédération Dentaire Internationale
COVID-19	Doença provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2

Capítulo 1: Introdução

1 Introdução

Nos dias de hoje, pela primeira vez na história, uma grande percentagem da população vive até aos 60 anos de idade. ⁽¹⁾

O envelhecimento da população é um grande triunfo da humanidade. É também um dos nossos maiores desafios.

Atualmente, o envelhecimento global tem vindo a colocar demandas sociais em todos os países. Ao mesmo tempo, os idosos são um recurso precioso, muitas vezes ignorado, que faz uma importante contribuição para o desenvolvimento das nossas sociedades. ⁽²⁾

O aumento da população idosa nas últimas décadas caracteriza-se como exponencial, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. ^(3,4)

As alterações na dimensão e na composição da população por idade, em particular devido ao aumento da longevidade nas últimas décadas, indiciam a continuação do envelhecimento demográfico, tendo-se verificado, em 2019, que o número de idosos representava 22,1% no total da população residente em Portugal. ^(5,6)

Durante o envelhecimento, ocorrem diversas mudanças fisiopatológicas que afetam o corpo na sua totalidade, e as mudanças na cavidade oral não são exceção. Este acontecimento natural pode desencadear um grande número de alterações patológicas ou fisiológicas que podem influenciar os tratamentos dentários.

Negligenciar a higiene oral pode conduzir ao surgimento de problemas fonéticos e mastigatórios, ou até mesmo incitar o isolamento social dos pacientes geriátricos. Deste modo, hábitos diários de higiene oral são imprescindíveis para assegurar o bem-estar e a saúde dos idosos. ^(7,8)

As doenças orais mais prevalentes nos pacientes desta faixa etária são a cárie dentária, periodontite, xerostomia e o cancro oral. ⁽⁹⁾

Estas significativas alterações na saúde oral dos idosos podem resultar na perda de dentes e, posteriormente, no surgimento de edentulismo, sendo que as próteses removíveis têm sido o tratamento mais utilizado para a reabilitação destes pacientes. ^(10,11)

Os efeitos dos fatores de risco e das doenças orais ao longo da vida são cumulativos, podendo afetar a saúde geral, bem como a qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes idosos. ⁽¹²⁾

À medida que se avança em direção a uma visão holística da saúde oral, o ênfase deixa de estar apenas na doença, mas passa também a encontrar-se no efeito que esta tem sobre a qualidade de vida.

Neste sentido, torna-se imperativo avaliar de que forma o uso de uma prótese removível afeta a qualidade de vida dos pacientes idosos.

Apesar da existência de literatura significativa sobre próteses removíveis bem como outros métodos de reabilitação oral em pacientes geriátricos, este estudo visa relacionar o uso de prótese removível com a qualidade de vida destes pacientes.

1.1 Fundamentação teórica

1.1.1 Envelhecimento demográfico

Ao longo das últimas décadas, o desenvolvimento da medicina e dos cuidados primários de saúde levou a uma diminuição da taxa de mortalidade e ao aumento da longevidade, sugerindo a tendência de envelhecimento demográfico. ⁽⁵⁾

Atualmente, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos tem vindo a crescer mais rapidamente do que qualquer outro grupo etário.

Entre 1970 e 2025, é esperado um crescimento do número de idosos de cerca de 694 milhões, ou seja, 223 por cento. Em 2025, haverá um total de cerca de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 65 anos de idade. ⁽²⁾

O envelhecimento é um fenómeno biológico complexo que resulta de uma interação entre genética e fatores ambientais. Este processo pode aumentar, direta ou indiretamente o risco de desenvolvimento de certas doenças.

A maior parte das alterações orais encontradas nos pacientes geriátricos consistem na perda dentária, doença periodontal, cárie dentária, xerostomia e edentulismo. ⁽⁸⁾

Estas alterações, muitas vezes presentes nos pacientes idosos, podem desencadear problemas a nível funcional, como dificuldade na mastigação, a nível fonético, estético e mental, podendo ainda levar a uma diminuição da qualidade de vida e bem-estar do paciente. ⁽¹¹⁾

Assim sendo, com o envelhecimento demográfico que se verifica, podemos afirmar que a manutenção dos cuidados de saúde primários desta população envelhecida passa a ser um grande desafio para as instituições de saúde.

1.1.2 Saúde geral na terceira idade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como uma situação de bem-estar físico, mental e social. ⁽¹³⁾

De uma forma geral, o envelhecimento é um processo natural que se refere às mudanças que ocorrem no organismo ao longo da vida. Este é, portanto, caracterizado pela deterioração progressiva das funções corporais e está associado a uma perda de complexidade numa ampla gama de processos fisiológicos e estruturas anatómicas. ⁽¹⁴⁾

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. Os danos moleculares e celulares que ocorrem levam a uma diminuição gradativa das reservas fisiológicas, um risco aumentado de surgimento de doenças e um declínio geral na capacidade do indivíduo. ^(15,16)

Assim sendo, é deveras importante compreender a associação direta existente entre certas doenças sistémicas e a cavidade oral. Diversos estudos sugerem que indivíduos com inflamações crónicas diagnosticadas, como periodontite, e cárie dentária ativa, podem ter um risco aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. ^(16,17)

Desta forma, é extremamente importante conseguir manter uma boa higiene oral, visto que essa manutenção pode ajudar a evitar o desenvolvimento de diversas doenças sistémicas crónicas ao longo do tempo. ⁽¹⁸⁾

1.1.3 Saúde oral em pacientes geriátricos

A saúde oral abrange o ato de falar, sorrir, mastigar, engolir e transmitir emoções através de expressões faciais sem desconforto, dor ou doença do complexo craniofacial. ⁽¹⁹⁾

Nos pacientes geriátricos, o aumento da incidência de doenças orais pode ser causado pelas condições sistémicas frequentes em indivíduos nesta faixa etária, como o declínio cognitivo, a perda de memória e a deterioração das habilidades

motoras, que resultam na redução da capacidade de manutenção de uma rotina de higiene oral diária. (17,20)

Portanto, a gerontologia, tem como foco a promoção da saúde dos pacientes geriátricos, abrangendo o bem-estar social, psicológico, o estudo do envolvimento do meio ambiente e dos sistemas sociais. (21,22)

A saúde oral pouco satisfatória presente entre os idosos reflete-se em altos níveis de cárie dentária e numa alta prevalência de doença periodontal, xerostomia e edentulismo. Evitar o edentulismo é crucial para um envelhecimento saudável, visto que este ainda é deveras prevalente entre idosos, sendo a cárie dentária e doença periodontal avançada as suas principais causas. (15,23)

A perda de dentes tem múltiplos impactos na saúde e no bem-estar. A maior parte dos pacientes idosos que sofrem de edentulismo evitam muitas vezes a ingestão de frutas frescas e vegetais. Estes alimentos são elementos básicos de uma dieta saudável, logo, a sua não ingestão resulta num declínio da nutrição, da saúde geral e da qualidade de vida do paciente, levando a que estes pacientes tenham um risco aumentado de desnutrição em comparação com as outras faixas etárias.

Além de dor e dificuldade em falar, o edentulismo gera ainda constrangimento e perda de autoestima podendo ainda contribuir para fenómenos de solidão e isolamento social. (24-26)

1.1.4 Patologias orais prevalentes na terceira idade

i. Cárie dentária

A cárie dentária é uma das patologias orais mais frequentes nos pacientes geriátricos.

Esta patologia consiste na destruição dos tecidos duros dentários por produtos ácidos provenientes da metabolização bacteriana dos hidratos de carbono originários da dieta e é determinada por fatores biológicos, comportamentais, psicossociais e ambientais. (27-29)

Dados do *National Institute of Health* dos Estados Unidos da América indicam que 93% dos idosos de 65 anos de idade ou mais têm um histórico de cárie dentária e 18% têm cáries não tratadas. (30)

A cárie dentária continua a ser um grande problema na saúde oral dos idosos por vários motivos, sendo, as mudanças salivares relacionadas à idade, a exposição da raiz por recessões gengivais, a xerostomia e uma higiene oral menos eficaz devido à diminuída função motora, as principais causas. (23,31-33)

ii. Doenças periodontais

A doença periodontal, da qual fazem parte a gengivite e a periodontite, consiste no comprometimento do tecido periodontal adjacente à estrutura dentária. Esta foi relatada como uma das três principais doenças dentárias sugeridas pela OMS. Algumas das manifestações clínicas incluem cálculos dentários devidos à placa bacteriana, a inflamação gengival, bolsas periodontais profundas e perda de inserção. (34)

A relação entre a idade e a doença periodontal é complexa. A idade pode afetar as doenças periodontais tanto diretamente, via sistema imunológico, como indiretamente por debilitação física e cognitiva. Independentemente de a relação ser direta ou indireta, as evidências epidemiológicas sugerem que os indivíduos idosos são mais vulneráveis à doença periodontal. (35)

A um nível biológico, o envelhecimento está associado a mudanças que levam a uma deterioração progressiva e irreversível das capacidades funcionais de vários tecidos e órgãos. As alterações na estrutura e função durante o envelhecimento podem afetar a resposta do hospedeiro aos microrganismos presentes na placa bacteriana e podem influenciar a taxa de destruição periodontal em pessoas idosas. (36)

Na periodontite, o aumento da perda óssea pode ser influenciado por alterações nas células dos tecidos periodontais induzidas pelo envelhecimento.

Os efeitos do envelhecimento podem associar-se a vários mecanismos, como a resposta periodontal a estímulos mecânicos e bacterianos, a produção de citocinas inflamatórias envolvidas na reabsorção óssea, bem como à redução significativa da formação óssea. (23)

Por outro lado, a perda de destreza, que pode ocorrer com o envelhecimento, também contribui para o acumular de placa bacteriana, que tem como consequência mais comum a inflamação do periodonto. (37)

iii. Xerostomia

A saliva é um dos fluidos mais essenciais do corpo humano apresentando uma série de funções essenciais para a manutenção da saúde oral. ⁽³⁸⁾

A xerostomia é a sensação subjetiva de secura da cavidade oral, sendo uma das principais queixas de saúde oral nos idosos. ^(39,30)

Esta pode ser indicativa de outros problemas de saúde e pode afetar negativamente a saúde oral e a qualidade de vida, aumentando a probabilidade de desenvolvimento de patologias como a cárie dentária e as infecções fúngicas, e dificultando o tratamento dentário. ⁽³⁹⁾

Esta condição pode ser o resultado de terapêuticas farmacológicas, bem como, de doenças sistêmicas, como diabetes e síndrome de Sjögren. Por outro lado, também os fármacos mais frequentemente prescritos em idosos têm efeitos xerostomizantes. Entre estes, os mais comuns são os antidepressivos, antipsicóticos, sedativos e anti-hipertensivos. ⁽²³⁾

A xerostomia amplia a aderência de placa bacteriana aumentando consequentemente a frequência e gravidade da cárie dentária e da doença periodontal. Esta pode causar alterações no paladar, dificuldade na retenção de próteses, dor, dificuldade em engolir, falar ou dormir. Tudo isto torna a cavidade oral mais vulnerável a infecções. ⁽¹⁸⁾

Uma higiene oral meticulosa complementada por colutórios orais com clorexidina, e o uso diário de substitutos salivares artificiais, dos quais é exemplo o Xerostom, são meios eficientes na redução das complicações que surgem nos pacientes que sofrem de xerostomia. ⁽³⁶⁾

iv. Edentulismo

Edentulismo é o estado de estar edêntulo, sem dentes naturais.

Os dentes são essenciais para a manutenção da estética, mastigação, fonética, do equilíbrio estrutural e conforto geral de um indivíduo. ⁽⁴⁰⁾

A perda dentária é o resultado final de condições como a cárie dentária e a periodontite, que se desenvolve por meio de vias complexas ao longo do curso de vida de um indivíduo. ⁽⁴¹⁾

A perda dentária é um importante marcador da saúde oral por representar a falta de cuidado com a higiene oral, decorrente do aumento do grau de severidade

das doenças orais, logo, esta condição tende a acumular-se numa faixa etária mais avançada. ⁽⁴²⁾

Como consequência da perda dentária deparamo-nos com um impacto na mastigação, na fala, na interação social que pode resultar numa estética pobre que, por sua vez, afeta a qualidade de vida. ^(43,44)

v. Lesões na mucosa oral

Nos pacientes geriátricos é bastante comum o surgimento de alterações na mucosa oral em consequência de traumas, patologias, hábitos orais ou ainda xerostomia. Por outro lado, o desenvolvimento de alterações orais também pode ter como origem certas medicações ou a higiene oral. ⁽²³⁾

Uma nutrição adequada, um sistema imunológico intacto, bem como a presença de mecanismos de defesa são fatores de extrema importância para a manutenção da integridade da mucosa. Como consequência da ausência destes fatores surgem, com frequência, a glossite e a queilite angular. ⁽⁴⁵⁾

Não é incomum a queilite angular, bem como outras patologias orais, serem infetadas por *Candida Albicans*. Um importante fator predisponente para este acontecimento é a reduzida dimensão vertical oclusal em pacientes idosos edêntulos, que predispõe a dobras exuberantes e à maceração dos tecidos. ⁽⁴⁶⁾

A condição protética também está presente nos fatores potencialmente causadores de patologias orais. O uso de prótese dentária, bem como a sua qualidade, é repetidamente associado à presença de lesões na mucosa oral. ^(23,46)

Próteses dentárias mal-adaptadas ou mal confeccionadas podem levar ao surgimento de epúlides fissuradas, queilite angular e úlceras traumáticas. Por outro lado, uma pobre higiene oral ou a ausência de descanso noturno das próteses dentárias predispõem o aparecimento de candidíase e outras lesões inflamatórias, como a estomatite protética. ^(23,31)

1.1.5 Uso de prótese removível no idoso

O edentulismo caracteriza-se pela perda dos dentes permanentes, resultando em alterações estéticas, estruturais e funcionais, podendo impactar negativamente a qualidade de vida. (47,48)

Atualmente a prevalência do edentulismo nos idosos varia consideravelmente entre os diversos países, sendo de 26% nos Estados Unidos da América, 19% na Itália e 46% no Reino Unido, para citar apenas alguns. (49)

De acordo com as estimativas atuais, o edentulismo continuará a ser uma das doenças mais comuns em idosos e a necessidade de reabilitação, recorrendo a próteses dentárias, provavelmente não irá desaparecer nas próximas 4 a 5 décadas. (50-52)

A substituição dos dentes naturais perdidos é extremamente importante visto que melhora a função, a estética e a qualidade de vida deste grupo de pacientes. Atualmente estão disponíveis uma variedade de opções para substituir dentes perdidos em idosos, incluindo próteses fixas, removíveis e próteses sob implantes. (53,54)

A reabilitação protética com recurso a próteses removíveis representa um dos tratamentos disponíveis para tratar a perda dentária, e é também o mais frequentemente utilizado.

Estas permitem restaurar funções como a fonação e mastigação, bem como a estética, para uma completa recuperação por parte do paciente. (49,55)

1.1.6 Saúde oral e qualidade de vida

A qualidade de vida é a percepção, de um indivíduo, da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores onde vive, em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência social, os relacionamentos, as crenças pessoais e o relacionamento com o ambiente. (2, 56)

Dentro da Bioética, entende-se que a qualidade de vida é algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito. (13)

Por outro lado, a qualidade de vida relacionada à saúde oral (QVRSO) é um conceito multidisciplinar que se refere à percepção de um indivíduo acerca da sua

saúde oral e é significativamente relacionada ao seu bem-estar, o que por sua vez influencia a qualidade de vida geral. ^(57,58)

Esta representa a experiência subjetiva dos sintomas relacionados às condições orais que afetam o bem-estar psicossocial. A QVRSO pode ser usada para avaliar os determinantes da saúde oral e para avaliar a eficácia da promoção da saúde oral e dos tratamentos dentários. ⁽¹²⁾

Em pacientes idosos, a QVRSO é conhecida por estar associada a fatores socioeconómicos, à regularidade das visitas ao médico dentista, à capacidade mastigatória e ao número de dentes naturais remanescentes. Por outro lado, os fatores relacionados ao uso de próteses dentárias que afetam especificamente a QVRSO dos idosos incluem o estado da prótese dentária, a satisfação com a prótese dentária, a presença de dor oral e a xerostomia. ^(59,60)

As condições orais que frequentemente afetam os idosos, como o edentulismo, a xerostomia, e as limitações mastigatórias, correlacionam-se com uma pior qualidade de vida. ⁽³¹⁾

A saúde oral é deveras importante para a obtenção do bem-estar geral, assim sendo, a qualidade de vida relacionada à saúde oral deve ser enfatizada ao fornecer atendimento dentário aos pacientes mais idosos. ^(59,61)

1.2 Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar o estado de saúde oral e respetivo impacto na qualidade de vida do paciente geriátrico portador de prótese removível.

Como objetivos específicos temos a salientar os seguintes:

- Avaliar o estado de saúde oral de uma amostra de conveniência de pacientes geriátricos;
- Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos portadores de próteses removíveis através da aplicação do índice GOHAI (validado para a população portuguesa);
- Comparar os dados recolhidos com os dados da base de dados da Unidade Curricular de Gerodontologia da FMDUCP.

Capítulo 2: Materiais e Métodos

2 Materiais e Métodos

2.1 Desenho do estudo

Tendo presente o objetivo de avaliar o estado de saúde oral e respetivo impacto na qualidade de vida do paciente geriátrico portador de prótese removível, foi realizado um estudo observacional descritivo transversal no âmbito das Unidades Curriculares de Gerodontologia e Prostodontia Removível.

2.2 Caracterização da amostra

O estudo foi realizado tendo como base uma amostra de conveniência constituída por 50 pacientes geriátricos da Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu, bem como uma amostra de 95 pacientes residentes em lares do Distrito de Viseu.

Como forma metodológica para uniformizar requisitos necessários à participação no presente estudo foram definidos previamente critérios de inclusão e exclusão.

Assim, como critérios de inclusão, o estudo deveria abranger apenas indivíduos com idades superiores a 65 anos, portadores de prótese removível. Foram critérios de exclusão para o estudo:

- Indivíduos com quadro clínico de incapacidade cognitiva;
- Utentes/representantes legais que não autorizem a participação no estudo através de consentimento informado;
- Utentes não cooperantes, cujo comportamento ou severidade da condição médica inviabilize a realização do exame clínico;
- Pacientes com mais de 65 anos que não tenham ausência de peças dentárias ou que não utilizem próteses dentárias removíveis para substituir dentes perdidos.

2.3 Instrumentos de recolha de dados

Primeiramente foi realizada a recolha de dados de saúde oral, bem como dados sociodemográficos dos participantes no estudo. (Anexo 1)

Para este fim foi utilizado um questionário que, numa primeira fase visa explicar sucintamente aos participantes o objetivo do estudo em questão e, numa segunda fase, contem um conjunto de perguntas relativas a dados pessoais e informações acerca da saúde oral.

O género e a idade foram as variáveis sociodemográficas escolhidas para este questionário.

As restantes variáveis dos aspetos de caracterização da saúde oral foram retiradas do questionário sobre saúde oral em adultos da OMS. ⁽⁶²⁾

Relativamente às questões acerca da Saúde Oral, estas foram:

1. Possui alguma Prótese Removível?
 - Prótese parcial superior? “Sim” ou “Não”.
 - Prótese parcial inferior? “Sim” ou “Não”.
 - Prótese total superior? “Sim” ou “Não”.
 - Prótese total inferior? “Sim” ou “Não”.

2. Com que frequência escova os dentes?
 - “Nunca”;
 - “Algumas vezes por mês”;
 - “Algumas vezes por semana”;
 - “Uma vez por dia”;
 - “Duas ou mais vezes por dia”;
 - “Outras”.

3. Como realiza a higienização da sua prótese?
 - “Lavo com a minha escova de dentes”;

- “Lavo com escova própria para a prótese”;
 - “Lavo com pasta de dentes”;
 - “Lavo com pasta própria para a prótese”;
 - “Lavo só com água”;
 - “Coloco num copo com uma pastilha durante a noite”;
 - “Outras”.
4. Consegue colocar e retirar a prótese facilmente? “Sim” ou “Não”.
5. Realiza descanso da prótese? “Sim” ou “Não”.
6. Retira a prótese para dormir? “Sim” ou “Não”.
7. Retira a prótese em casa? “Sim” ou “Não”.
8. Costuma sentir dor na cavidade oral? “Sim” ou “Não”.
9. Essa dor é provocada pela prótese? “Sim” ou “Não”.
10. Sente que a sua prótese está bem-adaptada e segura?” Sim” ou “Não”.
11. Como descreve a condição dos seus dentes e gengivas?
- “Excelente”;
 - “Muito Boa”;
 - “Boa”;
 - “Média”;
 - “Má”;

- “Muito Má”.

i. “Geriatric Oral Health Assessment Index” – GOHAI

Foi aplicada a escala “*Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)*”, validada para a população portuguesa por Carvalho e Salvado. (Anexo 2) ⁽⁶³⁾

Este forneceu-nos informações sobre a mastigação, fonação, desconforto e estética nos últimos 3 meses. ^(64,65)

Esta escala permitiu-nos avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos pacientes geriátricos, através de uma escala com 12 questões, às quais o paciente podia responder “Sempre”; “Às vezes” e “Nunca” que correspondem aos valores 1, 2 e 3 respetivamente. De forma a obter a pontuação final, soma-se todos os valores numa escala que pode variar de 12 a 36 pontos. Quando a pontuação se encontra entre os 34-36 pontos obtemos uma autoperceção “Elevada” da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, entre 30-33 pontos corresponde a uma autoperceção “Moderada” e abaixo de 30 pontos a uma autoperceção “Baixa”. ⁽⁶⁶⁾

ii. Índice de *Leake*

Foi também utilizado o índice de *Leake* que visa a avaliação da capacidade mastigatória. (Anexo 3) ⁽⁶⁷⁾

Neste questionário o paciente foi inquirido acerca da sua capacidade de mastigar vários tipos de alimentos com texturas e graus de dureza diferentes, para os quais o paciente podia responder “Não consigo”; “Consigo com alguma dificuldade” ou “Consigo sem nenhuma dificuldade”.

iii. Exame clínico

O exame clínico intraoral foi realizado na Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu.

Neste exame percebemos o estado da prótese removível, como a adaptação dos ganchos, verificámos se existiam lesões na mucosa oral provenientes de bordos irregulares que a prótese dentária pudesse conter e, posteriormente, averiguámos a retenção e estabilidade protética.

A estabilidade da prótese foi testada clinicamente aplicando pressão unilateral ou bilateral com os dedos indicadores sobre a região dos pré-molares ou caninos, da prótese dentária, na direção dos tecidos. Se houvesse movimento, instabilidade ou báscula concluímos que a prótese removível se encontrava mal-adaptada.

Esta metodologia, usada no estudo de Hummel *et. al*, foi também usada na recolha de dados para a Unidade Curricular de Gerodontologia da Faculdade de Medicina Dentária de Viseu. ⁽⁶⁸⁻⁷²⁾

A retenção da prótese, por sua vez, foi testada clinicamente verificando a resistência da prótese dentária ao deslocamento vertical, quando se tentava remover a prótese dentária simultaneamente do lado direito e esquerdo. Se a prótese removível se deslocasse facilmente verticalmente então esta não se encontrava retentiva. Esta metodologia usada no estudo de Krausch-Hofmann *et. al* ⁽⁷¹⁾ foi igualmente usada para a recolha de dados para a Unidade Curricular de Gerodontologia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu. ^(68,72)

Posteriormente avaliámos também:

- A extensão da prótese, que deve ser elaborada de forma a acomodar a musculatura em contato com a superfície, o que, por sua vez, auxilia na estabilidade;
- Os freios, labial e lingual, pois embora não sejam uma estrutura muscular, estes devem ter espaço adequado na prótese, visto que podem igualmente levar ao deslocamento do elemento protético;
- A relação oclusal, pois mesmo as próteses mais retentivas e estáveis podem tornar-se instáveis e causar irritação devido a interferências nos contatos oclusais. ⁽⁷³⁾

Os dados recolhidos foram alvo de comparação com a informação já existente na base de dados da Unidade Curricular de Gerodontologia, relativos a pacientes geriátricos institucionalizados do Distrito de Viseu.

Desta forma, pudemos averiguar se existiam diferenças significativas entre os cuidados de higiene oral dos pacientes institucionalizados quando comparados com os pacientes que frequentam a Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária de Viseu.

2.4 Análise estatística

A informação recolhida foi, por fim, introduzida no *software* de análise estatística SPSS, versão 25, com o propósito de analisar e comparar os dados recolhidos.

Para comparar as variáveis em estudo, foi utilizado o teste de estatística Qui-quadrado de *Pearson*.

2.5 Princípios éticos

Esta investigação, aprovada pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa (Anexo 4), apresenta um consentimento informado escrito (Anexo 5), esclarecendo os objetivos, *modus operandi* e critérios de confidencialidade para os participantes.

Além disso, foi dada uma explicação verbal e sucinta a todos os participantes do estudo.

Estes foram ainda informados de que a sua participação não tem riscos e que poderá ser interrompida a qualquer momento sem que haja algum tipo de prejuízo.

Saliente-se ainda que todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, sendo de uso exclusivo do investigador.

Se, eventualmente, o participante não conseguisse assinar o consentimento informado, por razões de iliteracia, questões de saúde/autonomia, o

consentimento informado reservava espaço para o representante legal do inquirido assinar o documento.

Capítulo 3: Resultados

3 Resultados

3.1 Análise descritiva dos indicadores sociodemográficos da amostra da Clínica Dentária Universitária

A amostra em estudo foi constituída por 50 pacientes. Destes, 26 indivíduos eram do género feminino (52%) e 24 indivíduos eram do género masculino (48%), como pode ser observado na Figura 1.

Registou-se uma idade média de 73 anos, com idades compreendidas entre os 65 e os 86 anos. Também se constatou que a maioria, 65,3%, dos inquiridos se encontravam na faixa etária compreendida entre os 65 e os 75 anos. (Figura 2).

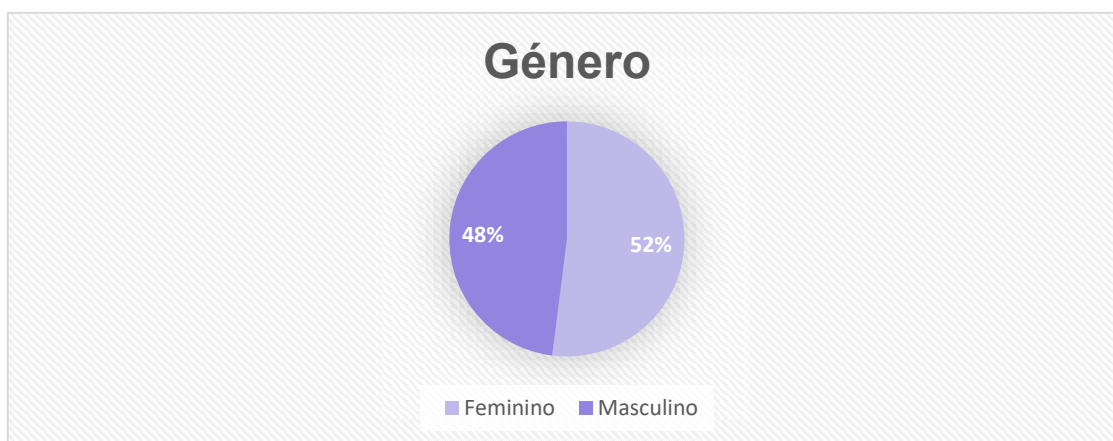


Figura 1 - Distribuição da amostra da Clínica Dentária Universitária consoante o género

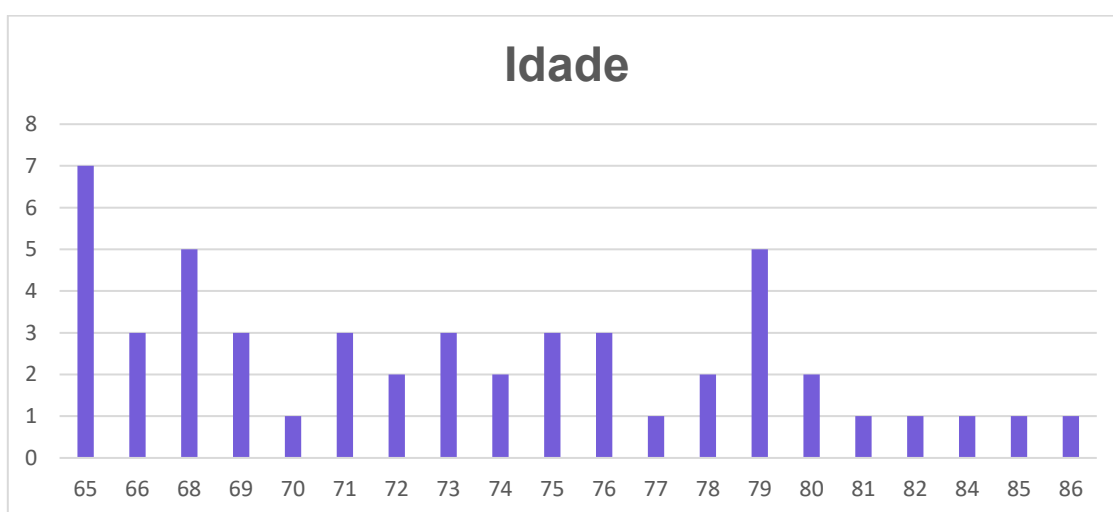


Figura 2 - Distribuição da amostra da Clínica Dentária Universitária consoante a idade

3.2 Caracterização da Saúde oral

Numa primeira parte, o questionário apresentava algumas perguntas relativas à caracterização oral do indivíduo.

Primeira Questão: Que tipo de prótese removível possui?

Constatou-se que a maioria dos participantes possuía próteses parciais removíveis superiores e inferiores (42%) e somente 2% dos participantes possuíam apenas prótese removível total inferior (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da frequência da amostra de acordo com o tipo de prótese removível usada

	N	%
Prótese parcial superior	6	12%
Prótese parcial inferior	4	8%
Prótese parcial superior e inferior	21	42%
Prótese total superior	4	8%
Prótese total inferior	1	2%
Prótese total superior e inferior	9	18%
Prótese parcial inferior e total superior	2	4%
Prótese parcial superior e total inferior	3	6%

Segunda Questão: Com que frequência escova os seus dentes?

Observou-se que a maioria dos participantes escova os dentes duas ou mais vezes por dia (74%) e os restantes participantes (26%) apenas escovam os dentes uma vez por dia (Tabela 2).

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

	N	%
Duas ou mais vezes por dia	37	74%
Uma vez por dia	13	26%

Terceira Questão: Como higieniza a prótese?

Verificou -se que a maioria dos participantes utiliza uma escova com pasta de dentes e uma pastilha para realizar a higienização da sua prótese (46%) e 2% dos participantes consideram adequado utilizar lixívia e água para o mesmo fim (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com a higienização da prótese

	N	%
Escova, pasta de dentes e pastilha	23	46%
Escova, pasta para a prótese e pastilha	2	4%
Escova e pasta de dentes	12	24%
Escova e pasta da prótese	1	2%
Copo com pastilha	2	4%
Escova própria para prótese	2	4%
Escova e sabão azul	7	14%
Lixívia e água	1	2%

Quarta, Quinta e Sexta Questão: Consegue colocar e retirar a prótese? Retira a prótese para dormir? Retira a prótese ao chegar a casa?

Constatou-se que todos os participantes consegue colocar e retirar a prótese facilmente (Tabela 4).

Observou-se que 72% dos pacientes retiram a prótese para dormir e 28% não retiram a prótese para dormir (Tabela 4).

Verificou-se que 10% dos pacientes retiram a prótese ao chegar a casa e a maioria, ou seja, 90%, não retiram a prótese ao chegar a casa (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com a capacidade de colocar e retirar a prótese, retirar para dormir e retirar ao chegar a casa

Facilidade de colocação e remoção	N	%
Sim	50	100%
Descanso noturno	N	%
Sim	36	72%
Não	14	28%

Descanso diurno	N	%
Sim	5	10%
Não	45	90%

Sétima e Oitava Questão: Costuma sentir dor na cavidade oral? Essa dor é provocada pela prótese?

Constatou-se que 38% dos pacientes costumam sentir dor na cavidade oral, no entanto, a maioria, ou seja, 62%, não costuma sentir dor na cavidade oral (Tabela 5).

Observou-se que 28% dos pacientes costumam sentir dor na cavidade oral provocada pela prótese, no entanto, a maioria, ou seja, 72%, acham que a dor não é provocada pela prótese (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com o facto de sentir dor na cavidade oral e se a dor é provocada pela prótese

Sente dor na cavidade oral	N	%
Sim	19	38%
Não	31	62%
Dor provocada pela prótese	N	%
Sim	14	28%
Não	36	72%

Nona Questão: Sente a sua prótese bem-adaptada e segura?

Verificou-se que 52% dos pacientes, ou seja, a maioria dos participantes consideram que a sua prótese se encontra bem-adaptada e segura, no entanto 48% dos participantes já consideram que a prótese não se encontra bem-adaptada e segura (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o facto de a prótese estar bem-adaptada e segura

	N	%
Sim	26	52%
Não	24	48%

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

Constatou-se que 54% dos pacientes, ou seja, a maioria dos participantes consideram a condição dos seus dentes média, no entanto 12% dos participantes já consideram que a condição dos seus dentes é muito má (Tabela 7).

Relativamente à condição das gengivas, metade dos participantes consideram que a condição das suas gengivas é boa, e 2% dos pacientes consideram a condição das suas gengivas muito má (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com a condição dos dentes e das gengivas

Dentes	N	%
Boa	13	26%
Média	27	54%
Má	4	8%
Muito má	6	12%
Gengivas	N	%
Boa	25	50%
Média	22	44%
Má	2	4%
Muito má	1	2%

3.3 Análise descritiva do Índice GOHAI

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

Observou-se uma média igual a 29,02 e obteve-se resultados num intervalo de 20 a 34.

Os valores obtidos foram convertidos às seguintes categorias:

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

Considerando estas categorias, 38% dos participantes possuíam uma autopercepção “Baixa” da qualidade de vida relacionada com a sua saúde oral, 52%, ou seja, a maioria, possuía uma autopercepção “Moderada” e 10% possuía uma autopercepção “Elevada”, como está descrito na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com o índice GOHAI total

	N	%
Baixa	19	38%
Moderada	26	52%
Elevada	5	10%

Posteriormente, na Tabela 9, apresentaremos as respostas a cada uma das questões que compõem o índice GOHAI.

Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo com o índice GOHAI individual

	Sempre		Às vezes		Nunca	
	%	N	%	N	%	N
GOHAI 1 (mudou a alimentação)	14%	7	10%	5	76%	38
GOHAI 2 (dificuldade em mastigar)	26%	13	34%	17	40%	20
GOHAI 3 (dor para engolir)	0%	0	12%	6	88%	44
GOHAI 4 (mudou o modo de falar)	22%	11	16%	8	62%	31
GOHAI 5 (desconforto a comer)	34%	17	38%	19	28%	14
GOHAI 6 (deixou de se encontrar com outros)	4%	2	4%	2	92%	46
GOHAI 7 (satisfeito com a aparência)	72%	36	14%	7	14%	7
GOHAI 8 (necessitou de tomar medicação)	10%	5	8%	4	82%	41
GOHAI 9 (sentiu-se preocupado)	10%	5	12%	6	78%	39
GOHAI 10 (sentiu-se nervoso)	8%	4	14%	7	78%	39
GOHAI 11 (evitou comer com pessoas)	2%	1	12%	6	86%	43
GOHAI 12 (sentiu sensibilidade)	16%	8	30%	15	54%	27

3.4 Análise descritiva do Índice de *Leake*

Neste questionário o paciente foi inquirido acerca da sua capacidade de mastigar vários tipos de alimentos com texturas e graus de dureza diferentes, para os quais o paciente podia responder “Não consigo”; “Consigo com alguma dificuldade” ou “Consigo sem nenhuma dificuldade”.

Os resultados obtidos encontram-se apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com o índice de *Leake*

	Não consigo		Consigo com dificuldade		Consigo sem dificuldade	
	%	N	%	N	%	N
Legumes cozidos	2%	1	2%	1	96%	48
Carne	8%	4	64%	32	28%	14
Cenoura crua	36%	18	36%	18	28%	14
Salada crua	2%	1	12%	6	86%	43
Maçã inteira	54%	27	24%	12	22%	11

3.5 Análise descritiva da retenção e estabilidade das próteses removíveis

Relativamente à retenção constatou-se que as próteses superiores eram mais retentivas que as inferiores visto que 49% dos pacientes apresentavam uma prótese superior com elevada retenção e 35% dos pacientes apresentavam uma prótese inferior com retenção elevada. (Tabela 11).

Quanto à estabilidade verificou-se que as próteses superiores eram mais estáveis que as inferiores visto que 42% dos pacientes apresentavam uma prótese superior com elevada estabilidade e 37,5% dos pacientes apresentavam uma prótese inferior com estabilidade elevada (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com a retenção e estabilidade das próteses

Retenção		N	%
Superior	Mínima	7	15%
	Moderada	16	36%
	Elevada	22	49%
Inferior	Mínima	13	32,5%
	Moderada	13	32,5%
	Elevada	14	35%

Estabilidade		N	%
Superior	Mínima	9	20%
	Moderada	17	38%
	Elevada	19	42%
Inferior	Mínima	13	32,5%
	Moderada	12	30%
	Elevada	15	37,5%

3.6 Estatística inferencial

Nesta secção irão apenas ser apresentados os resultados obtidos que possuem significância estatística, ou seja, cujo valor de p seja menor ou igual a 0,05.

A discussão e explicação de cada uma das relações encontradas nesta secção irá ser realizada no próximo capítulo, referente à Discussão.

i. Índice GOHAI

Neste segmento serão apresentados os resultados dos testes de qui-quadrado realizados com o propósito de analisar uma potencial associação entre cada uma das questões do Índice GOHAI e as restantes variáveis.

Relativamente ao GOHAI total, este não apresentou significância estatística com nenhuma variável do presente estudo.

→ GOHAI 1 (Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?)

Nesta questão, de forma a analisar uma potencial associação com outras variáveis foram realizados testes de qui-quadrado, no entanto, nenhuma correlação realizada apresentava significância estatística, ou seja, todos os valores de p obtidos eram superiores a 0,05.

→ **GOHAI 2 (Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?)**

GOHAI 2 Vs Retenção da prótese superior e inferior e Estabilidade da prótese superior

Com o intuito de analisar uma potencial associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos” e “Retenção da prótese superior”, “Retenção da prótese inferior” e “Estabilidade da prótese superior” optou-se por efetuar o teste qui-quadrado, no qual se obteve um valor de $p=0,013$; $p=0,027$ e $p= 0,018$; respetivamente, ou seja, existe associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas variáveis (Tabela 12).

A associação significativa entre estas variáveis demonstra que quanto maior a retenção superior e inferior e a estabilidade superior das próteses removíveis, mais elevada é a autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, no que diz respeito à capacidade dos pacientes geriátricos de mastigar certos tipos de alimentos.

Tabela 12 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 2 e retenção da prótese superior e inferior e estabilidade da prótese superior

Retenção Superior	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	5	45,5%	4	36,4%	2	18,2%
Às vezes	1	6,3%	4	25%	11	68,8%
Nunca	1	5,6%	8	44,4%	9	50%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,013$ $X^2=12,690^a$					
Retenção Inferior	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	7	70%	0	0%	3	30%
Às vezes	3	21,4%	5	35,7%	6	42,9%
Nunca	3	18,8%	8	50%	5	31,3%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,027$ $X^2=10,971^a$					

Estabilidade superior	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	5	45,5%	6	54,5%	0	0%
Às vezes	2	12,5%	5	31,3%	9	56,3%
Nunca	2	11,1%	6	33,3%	10	55,6%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,018$ $X^2=11,966^a$					

→ **GOHAI 3 (Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?)**

GOHAI 3 Vs Retenção e estabilidade da prótese superior

Com o objetivo de analisar uma potencial associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos” e “Retenção da prótese superior” e “Estabilidade da prótese superior” optou-se por efetuar o teste qui-quadrado, no qual se obteve um valor de $p=0,034$ e $p=0,009$; respetivamente, ou seja, existe associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas variáveis (Tabela 13).

Esta associação significativa mostra-nos que quanto maior a retenção e estabilidade superior, mais elevada é a autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, no que diz respeito à facilidade no momento da deglutição.

Tabela 13 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 3 e retenção e estabilidade da prótese superior

Retenção	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Às vezes	3	50%	2	33,3%	1	16,7%
Nunca	4	10,3%	14	35,9%	21	53,8%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,034$ $X^2=6,760^a$					

Estabilidade	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Às vezes	4	66,7%	1	16,7%	1	16,7%
Nunca	5	12,8%	16	41%	18	46,2%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,009$ $\chi^2=9,426^a$					

→ **GOHAI 4 (Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?)**

GOHAI 4 Vs Estabilidade da prótese superior e inferior e retenção da prótese inferior

De forma a analisar uma potencial associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca” e “Estabilidade da prótese superior”, “Estabilidade da prótese inferior” e “Retenção da prótese inferior” optou-se por efetuar o teste qui-quadrado, no qual se obteve um valor de $p=0,022$; $p=0,040$ e $p=0,049$; respetivamente, ou seja, existe associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas variáveis (Tabela 14).

A associação significativa entre estas variáveis demonstra que quanto menor a retenção inferior e a estabilidade superior e inferior das próteses removíveis, menor é a autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, no que diz respeito à alteração da dicção nestes pacientes.

Tabela 14 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 4 e estabilidade da prótese superior e inferior e retenção da prótese inferior

Estabilidade Superior	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	4	40%	5	50%	1	10%
Às vezes	0	0%	5	71,4%	2	28,6%
Nunca	5	17,9%	7	25%	16	57,1%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,022$ $X^2=11,412^a$					
Estabilidade Inferior	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	5	83,3%	0	0%	1	16,7%
Às vezes	2	25%	4	50%	4	25%
Nunca	6	23,1%	8	30,8%	18	46,2%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,040$ $X^2=10,038^a$					
Retenção inferior	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	5	83,3%	0	0%	1	16,7%
Às vezes	2	25%	4	50%	2	25%
Nunca	6	23,1%	9	34,6%	11	42,3%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,049$ $X^2=9,560^a$					

→ GOHAI 5 (Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto a comer algum alimento?)

a) GOHAI 5 Vs “Sente a sua prótese bem-adaptada e segura?”

Com o intuito de analisar uma potencial associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto a comer algum alimento” e “Sente a sua prótese bem-adaptada e segura” optou-se por efetuar o teste qui-quadrado, no qual se obteve um valor de $p=0,024$ ou seja, existe associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas duas variáveis (Tabela 15).

Esta associação significativa mostra-nos que quanto mais adaptada e segura se encontrar a prótese removível, mais elevada é a autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, no que diz respeito ao desconforto durante a atividade mastigatória.

Tabela 15 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 5 e o facto de sentir a prótese bem-adaptada e segura

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Sempre	5	29,4%	12	70,6%
Às vezes	10	52,6%	9	47,4%
Nunca	11	78,6%	3	21,4%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,024$ $X^2=7,438^a$			

b) GOHAI 5 Vs “Que tipo de prótese removível possui?”

Com o objetivo de analisar uma potencial associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto a comer algum alimento” e “Que tipo de prótese removível possui” optou-se por efetuar o teste qui-quadrado, no qual se obteve um valor de $p=0,044$ ou seja, existe associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas duas variáveis (Tabela 16).

A associação significativa entre estas variáveis demonstra que o desconforto durante a atividade mastigatória é mais significativo nos pacientes portadores de próteses totais.

Tabela 16 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 5 e que tipo de prótese removível possui

	Próteses totais		Próteses parciais	
	N	%	N	%
Sempre	7	41,2%	2	11,8%
Nunca	0	0%	11	78,6%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,044$ $\chi^2=24,141^a$			

→ GOHAI 6 (Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?)

Nesta questão, de forma a analisar uma potencial associação com outras variáveis foram realizados testes de qui-quadrado, no entanto, nenhuma correlação realizada apresentava significância estatística, ou seja, todos os valores de p obtidos eram superiores a 0,05.

→ GOHAI 7 (Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?)

GOHAI 7 Vs Retenção da prótese inferior

Com o intuito de analisar uma potencial associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a sua aparência” e “Retenção da prótese inferior” optou-se por efetuar o teste qui-quadrado, no qual se obteve um valor de $p=0,042$ ou seja, existe associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas duas variáveis (Tabela 17).

Esta associação significativa mostra-nos que quanto mais retentiva a prótese removível inferior, mais elevada é a autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, no que diz respeito à aparência dos participantes.

Tabela 17 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 7 e o facto de se sentir feliz com a aparência da sua boca

	Mínim		Moderad		Elevada	
	a	%	a	%	N	%
	N		N			
Sempre	8	27,6%	8	27,6%	13	44,8%
Às vezes	1	16,7%	4	66,7%	1	16,7%
Nunca	4	80%	1	20%	0	0%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,042$ $X^2=9,887^a$					

→ **GOHAI 8 (Nos últimos 3 meses teve de tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?)**

Nesta questão, de forma a analisar uma potencial associação com outras variáveis foram realizados testes de qui-quadrado, no entanto, nenhuma correlação realizada apresentava significância estatística, ou seja, todos os valores de p obtidos eram superiores a 0,05.

→ **GOHAI 9 (Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?)**

Nesta questão, de forma a analisar uma potencial associação com outras variáveis foram realizados testes de qui-quadrado, no entanto, nenhuma correlação realizada apresentava significância estatística, ou seja, todos os valores de p obtidos eram superiores a 0,05.

→ **GOHAI 10 (Nos últimos 3 chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?)**

GOHAI 10 Vs Género

Com o objetivo de analisar uma potencial associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua

boca” e “Género” optou-se por efetuar o teste qui-quadrado, no qual se obteve um valor de $p=0,013$ ou seja, existe associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas duas variáveis (Tabela 18).

A associação significativa entre estas variáveis demonstra que em pacientes do género feminino o nervosismo associado aos problemas na cavidade oral encontra-se mais prevalente do que em pacientes do sexo masculino.

Tabela 18 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 10 e género

	Sempre		Às vezes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	4	15,4%	6	23,1%	16	61,5%
Masculino	0	0%	1	4,2%	23	95,8%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,013$ $X^2=8,762^a$					

➔ **GOHAI 11 (Nos últimos 3 evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na sua boca?)**

GOHAI 11 Vs Retenção e estabilidade da prótese inferior

De forma a analisar uma potencial associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na sua boca” e “Retenção da prótese inferior” e “Estabilidade da prótese inferior” optou-se por efetuar o teste qui-quadrado, no qual se obteve um valor de $p=0,010$ e de $p=0,010$; respetivamente, ou seja, existe associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas duas variáveis (Tabela 19).

Esta associação significativa mostra-nos que quanto mais retentiva e estável se encontrar a prótese removível inferior, mais elevada é a autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, no que diz respeito à vertente social do quotidiano destes pacientes.

Tabela 19 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 11 e retenção e estabilidade da prótese inferior

Retenção	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Às vezes	4	100%	0	0%	0	0%
Nunca	9	25%	13	36,1%	14	38,9%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,010$ $X^2=9,231^a$					
Estabilidade e	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Às vezes	4	100%	0	0%	0	0%
Nunca	9	25%	12	33,3%	15	41,7%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,010$ $X^2=9,231^a$					

→ **GOHAI 12 (Nos últimos 3 sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?)**

GOHAI 12 Vs Estabilidade da prótese superior e inferior

Com o intuito de analisar uma potencial associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos” e “Estabilidade da prótese superior” e “Estabilidade da prótese inferior” optou-se por efetuar o teste qui-quadrado, no qual se obteve um valor de $p=0,008$ e de $p=0,043$; respetivamente, ou seja, existe associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas duas variáveis (Tabela 20).

A associação significativa entre estas variáveis demonstra que quanto mais estável se encontrar a prótese removível superior, mais elevada é a auto perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, no que diz respeito ao desconforto e sensibilidade dos dentes e gengivas.

Tabela 20 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre GOHAI 12 e estabilidade da prótese superior e inferior

Superior	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	4	50%	3	37,5%	1	12,5%
Às vezes	4	28,6%	7	50%	3	21,4%
Nunca	1	4,3%	7	30,4%	15	65,2%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,008$ $X^2=13,802^a$					
Inferior	Mínima		Moderada		Elevada	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	3	60%	1	20%	1	20%
Às vezes	2	22,2%	6	66,7%	1	11,1%
Nunca	8	30,8%	5	19,2%	13	50%
Qui-quadrado de Pearson	$p=0,043$ $X^2=9,848^a$					

ii. Índice de *Leake*

Com o objetivo de analisar uma potencial associação entre as categorias do Índice de *Leake* e a estabilidade e retenção das próteses removíveis optou-se por efetuar o teste qui-quadrado, cujos valores estão apresentados na Tabela 21.

Em forma de resumo, estes resultados mostram-nos que os alimentos com maior rigidez, dos quais são exemplos a carne, a cenoura crua e a maçã inteira influenciam negativamente a autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, no que diz respeito à atividade mastigatória, visto que a maioria dos pacientes que apresentavam próteses removíveis com retenção e/ou estabilidade mínima responderam não conseguirem comer certos alimentos com maior dureza.

Tabela 21 - Teste do Qui-quadrado. Relação entre Índice de *Leake* e retenção e estabilidade das próteses

	Retenção superior	Retenção inferior	Estabilidade superior	Estabilidade inferior
Legumes cozidos	Sem significância			
Carne	Sem significância	$p=0,000$ $X^2=20,082^a$	Sem significância	$p=0,001$ $X^2=18,442^a$
Cenoura crua	Sem significância	$p=0,003$ $X^2=15,908^a$	$p=0,040$ $X^2=10,045^a$	$p=0,006$ $X^2=14,415^a$
Salada crua	Sem significância			
Maçã inteira	Sem significância	$p=0,054$ $X^2=9,323^a$	Sem significância	

3.7 Análise estatística dos dados dos Lares do Distrito de Viseu

Nesta secção irão ser apresentados os resultados obtidos nos lares do Distrito de Viseu.

Análise descritiva dos indicadores sociodemográficos

A amostra em estudo foi constituída por 95 pacientes. Destes, 55 indivíduos eram do género feminino (58%) e 40 indivíduos eram do género masculino (42%), como pode ser observado na Figura 3.

Registou-se uma idade média de 83 anos, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos. Também se constatou que somente 14,7% dos inquiridos se encontravam na faixa etária compreendida entre os 65 e os 75 anos, e a maior parte dos pacientes (85,3%) apresentavam idades superiores a 76 anos (Figura 4).

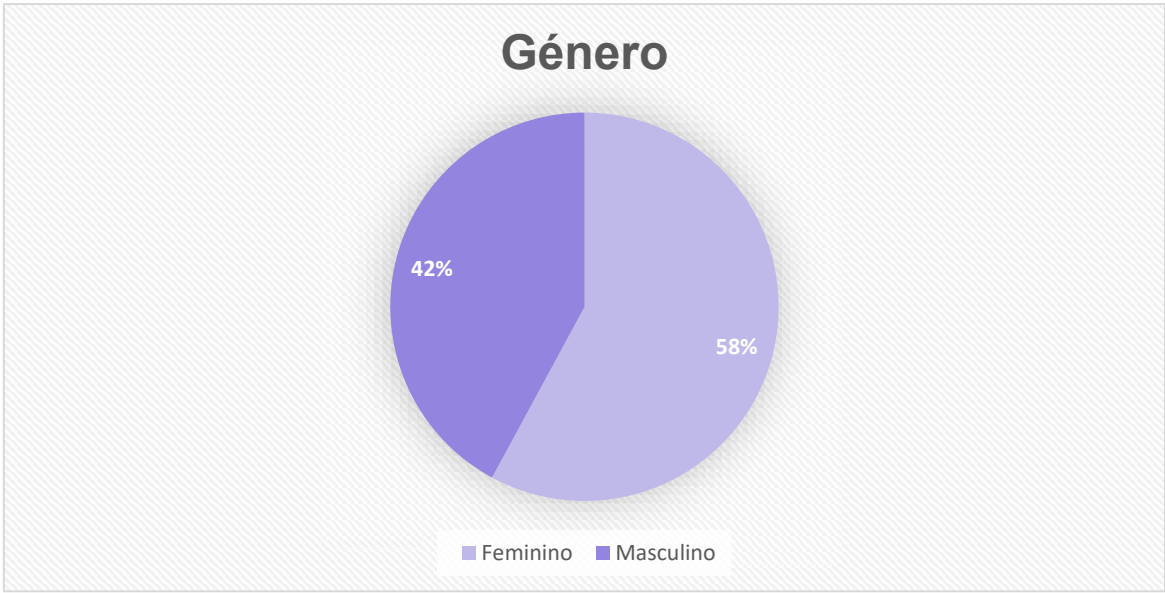


Figura 3 - Distribuição da amostra dos lares do Distrito de Viseu consoante o género

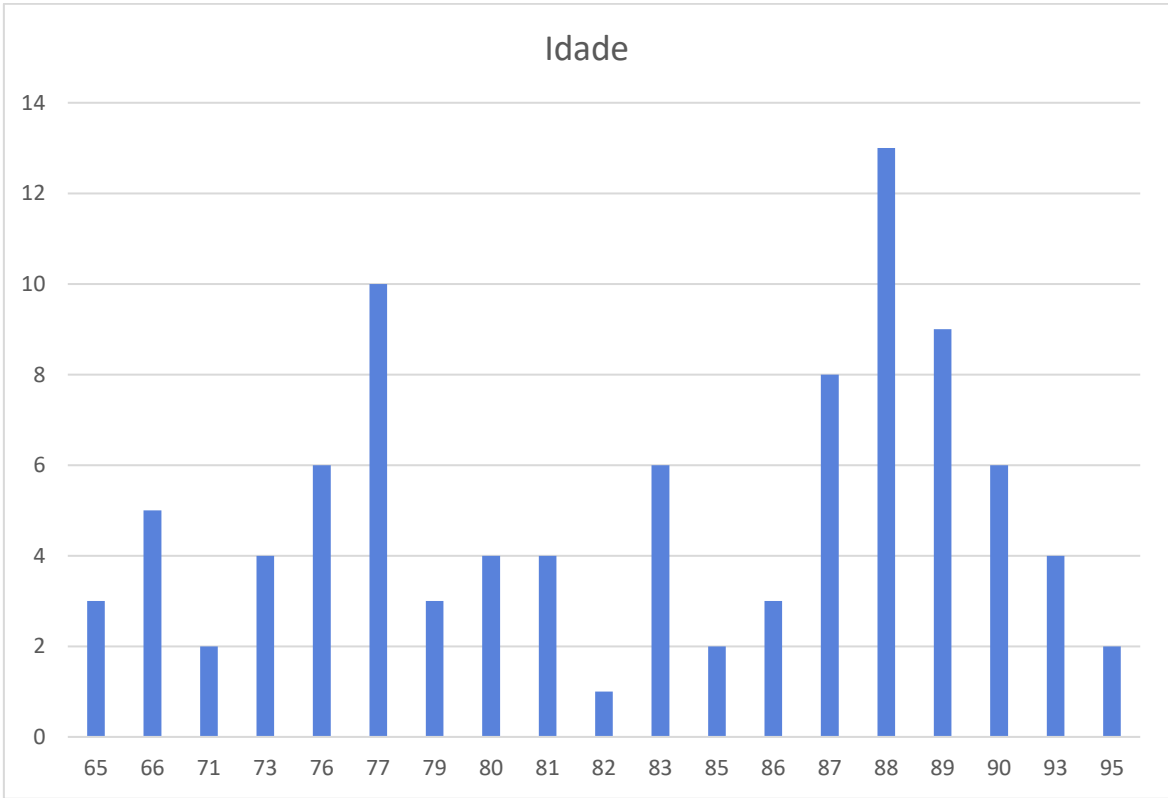


Figura 4 - Distribuição da amostra dos lares do Distrito de Viseu consoante a idade

Caracterização da Saúde Oral

Que tipo de prótese removível possui?

Constatou-se que a maioria dos participantes possuía próteses totais superiores e inferiores (79,2%) e somente 20,8% dos participantes possuíam próteses parciais superiores e inferiores (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição da frequência da amostra de acordo com o tipo de prótese removível usada

Superior	N	%
Prótese parcial superior	11	20,8%
Prótese total superior	42	79,2%
Inferior	N	%
Prótese parcial inferior	11	20,8%
Prótese total inferior	42	79,2%

Com que frequência escova os seus dentes?

Observou-se que a maioria dos participantes escova os dentes duas ou mais vezes por dia (67%), 28,7% dos participantes escovam os dentes uma vez por dia e 4,3% não escovam nenhuma vez por dia (Tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição da amostra de acordo com a frequência de escovagem

	N	%
Duas ou mais vezes por dia	63	67%
Uma vez por dia	27	28,7%
Nenhuma vez por dia	4	4,3%

Quando retira a prótese?

Verificou-se que a maior parte dos participantes (33,3%) costuma retirar sempre a prótese, no entanto, 28,3% dos participantes nunca retiram a prótese (Tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição da amostra de acordo com a frequência de retirar a prótese

	N	%
Sempre	20	33,3%
Às vezes	18	30%
Raramente	5	8,3%
Nunca	17	28,3%

Costuma sentir dor na cavidade oral?

Constatou-se que 17,9% dos pacientes costumam sentir dor na cavidade oral, no entanto, a maioria, ou seja, 82,1%, não costuma sentir dor na cavidade oral (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição da amostra de acordo com o facto de sentir dor na cavidade oral

	N	%
Sim	17	17,9%
Não	78	82,1%

Análise descritiva do Índice GOHAI

Considerando as categorias de classificação do Índice GOHAI, 47% dos participantes possuíam uma autoperceção “Baixa” da qualidade de vida relacionada com a sua saúde oral, 21,2% possuía uma autoperceção “Moderada” e 31,8% possuía uma autoperceção “Elevada”, como está descrito na Tabela 26.

Tabela 26 - Distribuição da amostra de acordo com o Índice GOHAI total

	N	%
Baixa	31	47%
Moderada	14	21,2%
Elevada	21	31,8%

Na Tabela 27, apresentaremos as respostas a cada uma das questões que compõem o índice GOHAI.

Tabela 27 - Distribuição da amostra de acordo com o índice GOHAI individual

	Sempre		Às vezes		Nunca	
	%	N	%	N	%	N
GOHAI 1 (mudou a alimentação)	14,9%	11	14,9%	11	70,3%	52
GOHAI 2 (dificuldade em mastigar)	18,9%	14	32,4%	24	48,6%	36
GOHAI 3 (dor para engolir)	6,8%	5	37,8%	28	55,4%	41
GOHAI 4 (mudou o modo de falar)	12,2%	9	33,8%	25	54,1%	40
GOHAI 5 (desconforto a comer)	7,6%	5	42,4%	28	50%	33
GOHAI 6 (deixou de se encontrar com outros)	6,8%	5	9,5%	7	83,8%	62
GOHAI 7 (satisfeito com a aparência)	12,2%	9	36,5%	27	51,4%	38
GOHAI 8 (necessitou de tomar medicação)	12,2%	9	13,5%	10	74,3%	55
GOHAI 9 (sentiu-se preocupado)	6,8%	5	43,2%	32	50%	37
GOHAI 10 (sentiu-se nervoso)	24,3%	18	32,4%	24	43,2%	32
GOHAI 11 (evitou comer com pessoas)	6,8%	5	23%	17	70,3%	52
GOHAI 12 (sentiu sensibilidade)	27%	20	25,7%	19	47,3%	35

Análise descritiva do Índice de *Leake*

Posteriormente, na Tabela 28, apresentaremos as respostas a cada uma das questões que compõem o índice de *Leake*.

Tabela 28 - Distribuição da amostra de acordo com o índice de *Leake*

	Não consigo		Consigo com dificuldade		Consigo sem dificuldade	
	%	N	%	N	%	N
Legumes cozidos	0%	0	19,3%	17	80,7%	71
Carne	5,7%	5	26,1%	23	68,2%	60
Cenoura crua	12,5%	11	17%	15	70,5%	62
Salada crua	3,4%	3	11,4%	10	85,2%	75
Maçã inteira	9,1%	8	20,5%	18	70,5%	62

Análise descritiva da retenção e estabilidade das próteses removíveis

Posteriormente, na Tabela 29, apresentaremos as respostas relativas à retenção e estabilidade das próteses removíveis.

Tabela 29 - Distribuição da amostra de acordo com a retenção e estabilidade das próteses removíveis

	N	%
Mínima	7	14%
Moderada	11	22%
Elevada	32	64%

Capítulo 4: Discussão

4 Discussão

Em setembro de 2016 a FDI (Fédération Dentaire Internationale) adotou uma nova definição para a saúde oral baseada no facto de que esta não existe de uma forma isolada, mas sim embutida na noção de saúde geral, sendo uma construção dinâmica e multidimensional. ⁽⁷⁴⁾

Como pudemos observar, ao longo destes capítulos, a população encontra-se cada vez mais envelhecida e desta forma a saúde pública tem vindo a adequar-se às necessidades que esta faixa etária apresenta, sendo relativas tanto à saúde geral como à saúde oral, visto que estas são interdependentes.

Os pacientes geriátricos, por sua vez, são mais propícios ao surgimento de certas patologias orais que, por vezes, se não forem submetidas a tratamento, podem levar ao surgimento de edentulismo. O tratamento destes casos passa pela reabilitação oral, sendo que o método mais usado, até aos dias de hoje, é a prótese removível.

Nesta dissertação estudámos se a qualidade de vida dos pacientes geriátricos pode ser ou não dependente do uso de próteses removíveis.

Neste capítulo iremos discutir os resultados apresentados no capítulo precedente, e assim sendo, começaremos por abordar os dados correspondentes à amostra da Clínica Dentária Universitária.

Dados da Clínica Dentária Universitária

Dados sociodemográficos

A amostra em estudo foi constituída por 50 pacientes, 26 indivíduos do género feminino (52%) e 24 indivíduos do género masculino (48%), ou seja, não existe uma discrepância significativa entre géneros (Figura 1).

Quanto à idade, registou-se uma idade média de 73,06 anos, com idades compreendidas entre os 65 e os 86 anos (Figura 2), onde é notável um envelhecimento demarcado da população estudada, o que vai de encontro com a informação presente no Anuário Estatístico de Portugal de 2019. ⁽⁵⁾

Caraterização da Saúde oral

Relativamente ao tipo de prótese usada (Tabela 1) constatou-se que a maioria dos participantes (42%) possuíam próteses parciais removíveis superiores e inferiores e 18% dos participantes possuíam próteses totais superiores e inferiores.

Estes valores são espectáveis visto que a prevalência de edentulismo, nos países desenvolvidos, nos últimos 30 anos tem vindo a diminuir. ⁽⁷⁵⁾

Quanto à higiene oral (Tabela 2) notou-se que a maioria dos participantes escova os dentes duas ou mais vezes por dia (74%) e os restantes participantes (26%) apenas escovam os dentes uma vez por dia.

Estes dados demonstram que, mesmo nesta faixa etária, os pacientes ainda apresentam as capacidades necessárias para realizar os seus hábitos de higiene oral regularmente.

Relativamente ao método de higienização das próteses removíveis (Tabela 3) verificou-se que a maioria dos participantes (46%) utiliza uma escova com pasta de dentes e uma pastilha para realizar a higienização da sua prótese e 2% dos participantes usam lixívia e água para o mesmo fim.

O uso de produtos domésticos como a lixívia foi igualmente encontrado no estudo de Degirmenci *et. al*, no entanto, embora o hipoclorito de sódio seja capaz de eliminar microrganismos presentes na prótese removível, este agente de limpeza deve ser usado em concentrações adequadas. O seu uso na Medicina Dentária é limitado, não apenas porque em altas concentrações pode alterar as propriedades físicas dos materiais protéticos, mas igualmente porque se não for removido na sua totalidade pode causar toxicidade para os fibroblastos. ⁽⁷⁶⁾

O método de higienização das próteses removíveis, está dependente do tipo de informações e como estas são fornecidas e ensinadas, pelos médicos dentistas, aos pacientes geriátricos. Por sua vez, os médicos dentistas devem aconselhar e motivar os pacientes a manter os procedimentos de higiene, tanto da cavidade oral como das próteses removíveis. ⁽⁷⁷⁾

Quanto à facilidade de colocação e remoção das próteses removíveis (Tabela 4) constatou-se que todos os participantes conseguem colocar e retirar a prótese facilmente. Isto mostra-nos que, mesmo os pacientes de uma faixa etária mais avançada, ainda exibem capacidades motoras e cognitivas que os permitem

colocar e retirar as próteses facilmente, algo que é extremamente importante no momento da higienização e do descanso noturno das próteses removíveis.

Relativamente ao descanso noturno (Tabela 4) verificou-se que 72% dos pacientes retiram a prótese para dormir e apenas 28% não retiram a prótese para dormir. O descanso noturno é deveras importante para os pacientes portadores de próteses removíveis visto que, se este hábito não estiver presente na rotina dos pacientes, existe um elevado risco de desenvolver uma multitude de problemas orais. ⁽⁷⁸⁾

Quanto à presença de dor na cavidade oral (Tabela 5) observou-se que 38% dos pacientes costumam sentir dor na cavidade oral, no entanto, a maioria, ou seja, 62%, não costuma. A presença de dor na cavidade oral, apesar de indesejada, pode ser comum, devido ao facto de que estes pacientes apresentam mais patologias orais, levando a que a dor orofacial aumente igualmente com a idade. ⁽⁷⁹⁾

Constatou-se também que 28% dos pacientes costumam sentir dor na cavidade oral provocada pela prótese (Tabela 5), no entanto, a maioria (72%), consideram que a dor não é provocada pela prótese. A presença de condições orais não dependentes do uso de prótese removível, como a cárie e a doença periodontal, levam ao surgimento de dor na cavidade oral, o que por sua vez faz com que a dor orofacial seja bastante prevalente nos pacientes geriátricos. ⁽⁸⁰⁾

Relativamente à condição dos dentes e das gengivas (Tabela 7) observou-se que 74% dos pacientes, ou seja, a maioria dos participantes, consideram a condição dos seus dentes “Média”, “Má” ou “Muito Má” e apenas 26% dos participantes é que consideravam a condição dos seus dentes “Boa”.

Quanto à condição das gengivas, metade dos participantes consideram a condição das gengivas “Boa”, e a outra metade consideram a condição das suas gengivas “Média”, “Má” ou “Muito Má”.

Estas percentagens são bastante superiores às do estudo de Ribeiro *et. al* ⁽⁸¹⁾, que afirma que 32.6% dos participantes referiram apresentarem problemas relacionados com os dentes e apenas 16.3% relataram problemas nas gengivas.

Análise descritiva do Índice GOHAI

Para realizar a avaliação da autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral foi utilizado o índice GOHAI.

No presente estudo observou-se uma média igual a 29,02, no qual 38% dos participantes possuíam uma autopercepção “Baixa” da qualidade de vida relacionada com a sua saúde oral, 52% possuía uma autopercepção “Moderada” e 10% possuía uma autopercepção “Elevada” (Tabela 8).

Estes valores diferem dos resultados obtidos no estudo de Carvalho *et al.* ⁽⁶³⁾ onde 59,9% dos indivíduos, ou seja, a maioria dos participantes, apresentaram uma “Elevada” autopercepção da sua saúde oral.

Este achado pode dever-se às diferenças nas amostras de ambos os estudos, visto que no presente estudo eram critérios de inclusão o participante apresentar idade superior a 65 anos e ser portador de prótese removível, enquanto que no estudo de Carvalho *et. al* era somente critério de inclusão o participante apresentar idade superior a 65 anos.

Assim sendo podemos perceber que, os pacientes portadores de próteses removíveis apresentam uma pior autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Esta situação pode ser explicada pelo facto de existirem diversos fatores relacionados ao uso de próteses dentárias que afetam especificamente a QVRSO dos idosos, dos quais são exemplos, o estado da prótese dentária, a satisfação com a prótese dentária e a presença de dor orofacial provocada pela mesma. ^(59,60)

Análise descritiva do Índice de Leake

Quanto ao Índice de *Leake*, a grande maioria dos participantes respondeu “Não consigo” ou “Consigo com alguma dificuldade” quando se referia a alimentos com mais dureza, como por exemplo, a carne, a cenoura crua e a maçã inteira (Tabela 10).

Apesar de as próteses removíveis convencionais serem amplamente utilizadas para reabilitar pacientes edêntulos, a maior parte dos indivíduos portadores destas próteses afirmam que a falta de retenção e de estabilidade que estas apresentam influencia diretamente e negativamente a sua função mastigatória. ⁽⁸²⁾

O desconforto na cavidade oral, que surge em grande parte dos pacientes portadores de próteses removíveis, pode causar reflexos incorretos que acabam por se tornar permanentes e prejudiciais. A experiência prática tem vindo a

reparar que a instabilidade que as próteses removíveis costumam apresentar contribui significativamente para disfunção mastigatória. ⁽⁸³⁾

Análise descritiva da retenção e da estabilidade das próteses removíveis

Relativamente à retenção constatou-se que as próteses superiores eram mais retentivas que as inferiores visto que 49% dos pacientes apresentavam uma prótese superior com elevada retenção e apenas 35% dos pacientes apresentavam uma prótese inferior com retenção elevada.

Quanto à estabilidade observou-se que as próteses superiores eram mais estáveis que as inferiores visto que 42% dos pacientes apresentavam uma prótese superior com elevada estabilidade e apenas 37,5% dos pacientes apresentavam uma prótese inferior com estabilidade elevada (Tabela 11).

Os resultados obtidos nesta monografia são semelhantes aos resultados do estudo de Takamiya *et. al* ⁽⁸⁴⁾ que afirma que a maior parte das queixas que os participantes apresentavam eram relativas à retenção e à estabilidade das próteses removíveis inferiores.

A falta de retenção e estabilidade é mais pronunciada na prótese inferior visto que a área de superfície de suporte é aproximadamente metade da área presente na arcada superior. ⁽⁷³⁾

Estatística inferencial

Índice GOHAI

Relativamente à associação entre as variáveis “Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?” e “Retenção da prótese superior”, “Retenção da prótese inferior” e “Estabilidade da prótese superior” verificou-se que 45,5% dos participantes que apresentavam “Sempre” problemas a mastigar os alimentos possuíam uma prótese superior com retenção mínima.

O mesmo se verificou na retenção inferior, em que 70% dos pacientes que tiveram “Sempre” problemas para mastigar os alimentos também possuíam uma prótese inferior minimamente retentiva.

Quanto à estabilidade inferior observou-se que 54,5% dos pacientes que apresentavam “Sempre” problemas para mastigar os alimentos apresentava próteses superiores com retenção moderada (Tabela 12).

Os resultados do estudo de Miranda *et. al* ⁽⁸²⁾ foram semelhantes aos obtidos nesta dissertação, uma vez que a limitação funcional foi um fator que influenciou os resultados da função mastigatória dos participantes portadores de próteses removíveis.

Este achado pode ser explicado visto que é frequente ocorrerem problemas anatómicos relacionados com a reabsorção progressiva da crista residual, que podem resultar na falta de retenção e instabilidade das próteses removíveis que, por sua vez, prejudicam a mastigação. ⁽⁸⁵⁾

Quanto à associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?” e “Estabilidade da prótese superior”, “Estabilidade da prótese inferior” e “Retenção da prótese inferior” verificou-se que 50% dos pacientes que afirmaram que mudaram “Sempre” o seu modo de falar possuíam próteses superiores com estabilidade mínima.

Relativamente à estabilidade e retenção das próteses inferiores, 83,3% dos pacientes que responderam que mudaram “Sempre” o seu modo de falar possuíam próteses inferiores com retenção e estabilidade mínima (Tabela 14).

Esta alteração da fala pode ser explicada pela macroglossia muitas vezes presente em pacientes edêntulos. Este termo refere-se ao aparente aumento do volume da língua, que surge antes do paciente ser portador de uma prótese removível, pelo facto de, devido ao edentulismo, esta passar a posicionar-se nas cristas edêntulas o que dificulta o controlo dos movimentos da língua, levando ao surgimento de alterações na fala. Os pacientes, no entanto, devem ser ensinados, pelos médicos dentistas a realizar padrões de atividade muscular, através de movimentos e exercícios, que podem ajudar na retenção e estabilidade das próteses removíveis. ⁽⁸⁶⁾

Quanto à associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto a comer algum alimento?” e “Que tipo de prótese removível possui?” averiguamos que 41,2% dos pacientes que responderam sentirem “Sempre” desconforto a comer alguns tipos de alimentos apresentavam próteses totais superiores e inferiores. Por outro lado, 78,6% dos pacientes que “Nunca” sentiam desconforto ao comer possuíam próteses parciais superiores e inferiores (Tabela 16).

Estes resultados são previsíveis visto que a força de mastigação nos pacientes edêntulos, quando comparada com os pacientes que ainda possuem dentes, é

significativamente inferior, logo os pacientes portadores de próteses totais apresentam uma menor força mastigatória. ⁽⁸⁷⁾

Assim sendo, podemos concluir que, o número de dentes remanescentes e o tipo de reabilitação protética influenciam os parâmetros mastigatórios e podem ser significativos na eficiência mastigatória. ⁽⁸³⁾

A relação entre as categorias “Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?” e “Gênero” demonstrou que apesar da maior parte dos participantes ter respondido que “Nunca” se sentia nervoso por causa dos problemas na sua boca, 15,4% das pacientes do gênero feminino afirmaram sentirem-se “Sempre” nervosas enquanto que nenhum dos pacientes do gênero masculino responderam sentirem-se “Sempre” nervosos (Tabela 18). Estes dados estão de acordo com o estudo de Bangasser e Valentino que afirma que as mulheres tendem a demonstrar níveis mais elevados de ansiedade e uma maior probabilidade de expressar as suas emoções verbalmente o que pode contribuir para um aumento da vulnerabilidade ao sofrimento emocional. ⁽⁸⁸⁾

Quanto à associação entre as categorias “Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na sua boca?” e “Retenção da prótese inferior” e “Estabilidade da prótese inferior” constatou-se que 100% dos pacientes que responderam evitarem “Às vezes” comer junto de outras pessoas apresentavam próteses inferiores com retenção e estabilidade mínima (Tabela 19).

Estes dados são compreensíveis pois, por vezes, os pacientes geriátricos evitam sair, conviver e rir em público devido às suas próteses removíveis, visto que estas podem afetar negativamente a mastigação e a fala. ⁽⁸⁹⁾

Índice de *Leake*

De acordo com os dados do presente estudo foi obtida significância estatística nos alimentos com uma maior rigidez, ou seja, a maior parte dos pacientes que possuíam próteses minimamente retentivas ou instáveis “Não conseguiam” ou “Conseguiram com dificuldade” comer certos alimentos mais duros como a carne, a cenoura crua e a maçã inteira, como se pode verificar na Tabela 21.

O mesmo se averigua no estudo de Petry *et.al* ⁽⁹⁰⁾, no qual se verifica que 25% da população prefere alimentos pastosos, algo que pode ser explicado pela facilidade de mastigação que estes alimentos apresentam.

Estes resultados são expectáveis visto que grande parte dos portadores de próteses removíveis referem que a falta de estabilidade, bem como de retenção que estas apresentam influencia diretamente a função mastigatória. ⁽⁸²⁾

As próteses removíveis, apesar de reestabelecerem a ingestão de alimentos ao permitirem a mastigação, podem acarretar certas complicações no ato de mastigar os alimentos. Essas complicações dependem de diversos fatores, dos quais é exemplo a inadequação das próteses na cavidade oral.

Quando as próteses se encontram mal-adaptadas, as repercussões na mastigação são evidentes, pois ao não haver contato dentário estável e simultâneo entre os dentes, torna-se difícil a distribuição das forças oclusais que por sua vez altera a trituração dos alimentos. ⁽⁹⁰⁾

Comparação dos dados dos Lares do Distrito de Viseu com os dados da Clínica Dentária Universitária

Dados sociodemográficos

A amostra em estudo foi constituída por 95 pacientes. Destes, 55 indivíduos eram do género feminino (58%) e 40 indivíduos eram do género masculino (42%), como pode ser observado na Figura 3. Neste caso, igualmente à amostra da Clínica Universitária, não existe uma grande discrepância entre géneros.

Quanto à idade registou-se uma idade média de 83 anos, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, sendo que 85,3% dos participantes apresentavam idades superiores a 75 anos (Figura 4). Na amostra dos lares do Distrito de Viseu o envelhecimento populacional é mais acentuado, ou seja, os lares apresentam uma população com idade mais avançada do que a Clínica Dentária Universitária.

Caraterização da Saúde oral

Relativamente ao tipo de prótese, constatou-se que a maioria dos participantes possuíam próteses totais superiores e inferiores (79,2%) e somente 20,8% dos

participantes possuíam próteses parciais superiores e inferiores (Tabela 22). Estes valores são opostos aos dados da Clínica Universitária. Isto deve-se ao facto de que, em grande parte das instituições e lares, os residentes possuem necessidade de tratamentos dentários e a grande maioria apresenta um número reduzido de dentes. ⁽⁹¹⁾

Quanto à higiene oral verificou-se que a maioria dos participantes escova os dentes duas ou mais vezes por dia (67%), 28,7% dos participantes escovam os dentes uma vez por dia e 4,3% não escovam nenhuma vez por dia (Tabela 23), dados que diferem dos resultados da Clínica Dentária Universitária.

Uma rotina de higiene oral sistemática deve fazer parte do programa de higiene oral dos idosos residentes em lares visto que traz efeitos positivos tanto para a saúde como para a qualidade de vida dos mesmos. ⁽⁹²⁾ No entanto, essa rotina por vezes não é mantida devido à elevada carga de trabalho dos cuidadores e aos conhecimentos limitados na área da higiene oral que estes possuem, o que demonstra a necessidade de serem desenvolvidas diretrizes claras e explícitas acerca da saúde oral dos pacientes institucionalizados. ⁽⁹³⁾

Relativamente ao descanso da prótese removível, observou-se que a maior parte dos participantes (33,3%) costuma retirar sempre a prótese, no entanto, 28,3% dos participantes nunca retiram a prótese (Tabela 24), isto leva a que a percentagem de pacientes da Clínica Universitária que costumam retirar as próteses removíveis seja superior à percentagem dos lares.

Contrariamente, o estudo de Brantes *et. al*, reporta que 62% das mulheres que participaram no estudo não realizavam descanso noturno, utilizando as suas próteses dentárias por um longo período de tempo, algo que os autores explicam pelo facto de estas mostrarem uma maior preocupação pela vertente estética. ⁽⁹⁴⁾

O descanso é extremamente importante e, se não estiver presente na rotina dos pacientes portadores de prótese removível, pode levar ao desenvolvimento de uma multitude de problemas orais, tais como lesões na mucosa oral, que por sua vez podem despoletar dor na cavidade oral. ^(78, 94)

Quanto à presença de dor na cavidade oral verificou-se que 38% dos pacientes costumam sentir dor na cavidade oral, no entanto, a maioria, ou seja, 62%, não costuma sentir dor na cavidade oral (Tabela 25), dados que coincidem com os valores obtidos na Clínica Universitária.

Análise descritiva do Índice GOHAI

Considerando as categorias previamente mencionadas, 47% dos participantes possuíam uma autopercepção “Baixa” da qualidade de vida relacionada com a sua saúde oral, 21,2% possuía uma autopercepção “Moderada” e 31,8% possuía uma autopercepção “Elevada”, como está descrito na Tabela 26.

Estes valores diferem dos resultados obtidos no estudo de Carvalho *et. al* ⁽⁶³⁾ e dos valores obtidos na Clínica Dentária Universitária, onde se obteve uma autopercepção “Elevada” e “Moderada”, respetivamente.

Estes resultados, no entanto, vão de encontro ao estudo de Medeiros *et. al* ⁽⁹⁵⁾ que afirma que a institucionalização influencia negativamente a qualidade de vida dos indivíduos.

Limitações do presente estudo

O tamanho da amostra foi a principal limitação deste estudo, visto que, com uma amostra de 50 participantes pode tornar-se difícil a extrapolação dos resultados obtidos para a população geral.

Esta situação deve-se ao facto de nos encontrarmos perante uma situação pandémica provocada pela COVID-19, que levou ao surgimento de medidas preventivas que, por sua vez, reduziram o número de pacientes nas diversas Unidades Curriculares da Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu.

Complementarmente, e ao invés do que seria esperado, grande parte dos pacientes da Clínica Dentária Universitária que possuíam próteses removíveis, foram excluídos do estudo devido ao facto de apresentarem idades inferiores a 65 anos.

Outra das limitações do estudo foca-se na metodologia usada para averiguar a retenção e a estabilidade das próteses removíveis dos participantes.

Apesar de poder ser considerado um método menos fidedigno, ao ser dependente do investigador, esta foi a metodologia utilizada nos lares do Distrito de Viseu, logo, de forma a reduzir o viés e a conseguir comparar os dados da Clínica Dentária Universitária com os resultados obtidos nos lares, utilizámos a mesma metodologia na presente investigação.

Por outro lado, esta metodologia é também utilizada em diversos artigos, mencionados nos capítulos anteriores.

Potenciais benefícios para os participantes do estudo

Como benefícios específicos temos a salientar os seguintes:

- Contribuir para um maior conhecimento acerca da saúde oral da comunidade geriátrica portadora de prótese removível e o impacto na sua qualidade de vida;
- Consciencializar para os problemas da saúde oral e para o impacto que esta possui na qualidade de vida dos idosos;
- Educar os idosos para uma correta higiene oral bem como das suas próteses removíveis;

- Alertar os pacientes presentes no estudo com próteses antigas e/ou mal-adaptadas para a sua substituição.

Prospeções

Os resultados do presente estudo, embora dependentes das limitações previamente referidas, sugerem que é extremamente importante alertar para a necessidade urgente do desenvolvimento de guidelines e programas com o objetivo de:

- Ajudar a melhorar a saúde oral da população geriátrica de forma a preservar a dentição natural desta faixa etária;
- Educar os pacientes da terceira idade, bem como os seus cuidadores, relativamente à higienização das suas próteses removíveis.

Assim sendo, espera-se que os resultados deste trabalho alertem acerca da atenção que é necessário fornecer aos pacientes desta faixa etária de forma a que fiquem reunidas as condições de saúde oral necessárias para que estes pacientes vivam esta etapa das suas vidas com qualidade.

Capítulo 5: Conclusão

5 Conclusão

O presente estudo permitiu chegar à conclusão de que o uso de próteses removíveis influencia a qualidade de vida dos pacientes geriátricos.

Foi igualmente possível retirar as seguintes conclusões:

- Verificou-se que os pacientes institucionalizados apresentavam um número inferior de dentes naturais, quando comparados aos pacientes da Clínica Dentária Universitária;
- Observou-se que os pacientes da Clínica Dentária Universitária apresentaram uma autopercepção “Moderada” da qualidade de vida relacionada com a sua saúde oral;
- Verificou-se que os pacientes institucionalizados nos lares do Distrito de Viseu apresentaram uma autopercepção “Baixa” da qualidade de vida relacionada com a sua saúde oral;
- Observou-se que a presença de próteses removíveis influencia a capacidade mastigatória dos pacientes;
- Verificou-se que a presença de próteses removíveis influencia a dinâmica social dos indivíduos desta faixa etária.

Assim sendo, podemos concluir que o uso de próteses removíveis influencia a qualidade de vida visto que pode afetar a mastigação, a deglutição, a fonação, e a estética, bem como a dinâmica social desta faixa etária.

Percebemos também que a promoção e educação da saúde oral, não só dos pacientes geriátricos, mas também dos seus cuidadores, é deveras importante visto que a perda de hábitos de higiene oral influencia negativamente a qualidade de vida.

Podemos então concluir que, o desenvolvimento e a aplicação de medidas que visam prevenir e intercalar as diversas alterações orais presentes nesta faixa etária é de extrema importância, visto que apenas deste modo poderemos garantir qualidade de vida à crescente população idosa.

Capítulo 6: Bibliografía

6 Bibliografia

- (1) Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10033):2145–54.
- (2) World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO; 2002.
- (3) Pedreira RBS, Rocha SV, Santos CA Dos, Vasconcelos LRC, Reis MC. Content validity of the Geriatric Health Assessment Instrument. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016;14(2):158–77.
- (4) 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.
- (5) Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico de Portugal 2019. Lisboa; INE; 2019.
- (6) Cosco TD, Howse K, Brayne C. Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(6):579–83.
- (7) Veiga N. Oral Health and Physical and Mental Limitations among the Elderly. *Int J Dent Oral Heal*. 2016;2(6):1–3.
- (8) Paredes-Rodriguez V, Torrijos-Gomez G, Gonzalez-Serrano J, Lopez-PintorMunoz R, Lopez-Bermejo M, Hernandez-Vallejo G, et al. Quality of life and oral health in elderly. *J Clin Exp Dent*. 2016 Dec;8(5):590–6.
- (9) Murray Thomson W. Epidemiology of oral health conditions in older people. *Gerodontology*. 2014;31(1):9–16.
- (10) McKenna G, 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 randomized controlled clinical trial: 2 year follow-up. *PLoS One*. 2018;13(10):1–12.
- (11) Cho MJ, Kim EK. Subjective chewing ability and health-related quality of life among the elderly. *Gerodontology*. 2019;36(2):99–106.
- (12) Rebelo MAB, Cardoso EM, Robinson PG, Vettore MV. Demographics, social position, dental status and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Qual Life Res*. 2016;25(7):1735–42.

- (13) Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saude Publica*. 1997;31(5):538–42.
- (14) da Costa JP, Vitorino R, Silva GM, Vogel C, Duarte AC, Rocha-Santos T. A synopsis on aging—Theories, mechanisms and future prospects. *Ageing Res Rev [Internet]*. 2016;29:90–112.
- (15) World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: WHO; 2015.
- (16) Veiga N, Coelho I, Domingues A, Douglas F, Rios S, Vaz A, et al. The Influence of Chronic Diseases in the Oral Health of the Elderly. *J Dent Oral Heal*. 2015;1(4):1–4.
- (17) Lauritano D, Moreo G, Vella F Della, Stasio D Di, Carinci F, Lucchese A, et al. Oral health status and need for oral care in an aging population: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):1–23.
- (18) Coleman P. Improving oral health care for the frail elderly: A review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2002;23(4):189–99.
- (19) Glick M, Williams DM, Kleinman D V., Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J*. 2016 Dec 1;66(6):322–4.
- (20) Müller F. Interventions for edentate elders--what is the evidence? *Gerodontology*. 2014;31:44–51.
- (21) 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.
- (22) 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 60 of systematic reviews. *Gerodontology*. 2018;35(4):290–304.
- (23) Côrte-Real IS, Figueiral MH, Reis Campos JC. As doenças orais no idoso - Considerações gerais. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2011 Jul;52(3):175–80.
- (24) Raphael C. Oral health and aging. *Am J Public Health*. 2017;107:S44–5.

- (25) Venkatesan A, V AS, Ramalingam S, Seenivasan MK, Narasimhan M. Evaluation of Oral Health Status Using the Geriatric Oral Health Assessment Index Among the Geriatric Population in India: A Pilot Study. *Cureus*. 2020;12(3).
- (26) Goel K, Singh S V., Chand P, Rao J, Tripathi S, Kumar L, et al. Impact of Different Prosthodontic Treatment Modalities on Nutritional Parameters of Elderly Patients. *J Prosthodont*. 2016;25(1):21–7.
- (27) Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet*. 2007;369:51–9.
- (28) MacHiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momeni A, et al. Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. *Caries Res*. 2020;54(1):7–14.
- (29) Lima JE de O. Cárie dentária: um novo conceito. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 2008;12(6):119–30.
- (30) Halpern LR. The Geriatric Syndrome and Oral Health: Navigating Oral Disease Treatment Strategies in the Elderly. *Dent Clin North Am*. 2020;64(1):209–28.
- (31) Gil-Montoya JA, de Mello ALF, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging*. 2015;10:461–7.
- (32) Gavriilidou NN, Belibasakis GN. Root caries: the intersection between periodontal disease and dental caries in the course of ageing. *Br Dent J*. 2019;227(12):1063–7.
- (33) Saunders RH, Meyerowitz C. Dental caries in older adults. *Dental Clinics of North America*. 2005;49(2):293–308.
- (34) 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 metaanalysis. *Sci Rep [Internet]*. 2017;7(March):1–11.
- (35) 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.
- (36) Razak PA, Richard KMJ, Thankachan RP, Hafiz KAA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *J Int oral Heal JIOH [Internet]*. 2014;6(6):110–6.
- (37) Persson GR. Periodontal complications with age. *Periodontol 2000*. 2018;78(1):98– 128.
- (38) Martínez-Acitores LR, de Azcárate FHR, Casañas E, Serrano J, Hernández G, López-Pintor RM. Xerostomia and aalivary flow in patients taking antihypertensive drugs. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):1–16.
- (39) 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.
- (40) Almusallam SM, AlRafee MA. The prevalence of partial edentulism and complete edentulism among adults and above population of Riyadh city in Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;9(4):1868.
- (41) Jordan AR, Stark H, Nitschke I, Micheelis W, Schwendicke F. Epidemiological trends, predictive factors, and projection of tooth loss in Germany 1997-2030: part I. missing teeth in adults and seniors. *Clin Oral Investig*. 2021;25(1):67–76.
- (42) Gomes Filho VV, Gondinho BVC, Silva-Junior MF, Cavalcante D de FB, Bulgareli JV, Sousa M da LR de, et al. Tooth loss in adults: factors associated with the position and number of lost teeth. *Rev Saude Publica*. 2019;53:105.
- (43) Al-Rafee MA. The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;9(4), 1841.
- (44) Gilbert GH, Meng X, Duncan RP, Shelton BJ. Incidence of tooth loss and prosthodontic dental care: Effect on chewing difficulty onset, a component of oral health-related quality of life. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(6):880–5.

- (45) Taiwo JO, Kolude B, Akinmoladun V. Oral mucosal lesions and temporomandibular joint impairment of elderly people in the south east local government area of Ibadan. *Gerodontology*. 2009 Sep;26(3):219–24.
- (46) Vila T, Sultan AS, Montelongo-Jauregui D, Jabra-Rizk MA. Oral candidiasis: A disease of opportunity. *J Fungi*. 2020;6(1):1–28.
- (47) Alves AC, Cavalcanti RV, Calderon PS, Pernambuco L, Alchieri JC. Quality of life related to complete denture. *Acta Odontol Latinoam [Internet]*. 2018;31(2):91–6.
- (48) Wong FMF, Ng YTY, Keung Leung W. Oral health and its associated factors among older institutionalized residents—a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21):1–29.
- (49) Bonnet G, Batisse C, Segyo JW, Veyrone JL, Nicolas E, Bessadet M. Influence of the renewal of removable dentures on oral health related quality of life. *Springerplus*. 2016;5(1):1-8.
- (50) Schuster AJ, Marcello-Machado RM, Bielemann AM, Nascimento GG, Pinto L de R, Del Bel Cury AA, et al. Short-term quality of life change perceived by patients after transition to mandibular overdentures. *Braz Oral Res*. 2017;31(Cd):e5.
- (51) Albaker AM. The oral health-related quality of life in edentulous patients treated with Conventional complete dentures. *Gerodontology*. 2013;30(1):61–6.
- (52) Schimmel M, Srinivasan M, McKenna G, Müller F. Effect of advanced age and/or systemic medical conditions on dental implant survival: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res*. 2018;29(March):311–30.
- (53) Friel T, Waia S. Removable Partial Dentures for Older Adults. *Prim Dent J*. 2020;9(3):34–9.
- (54) Montero J, Castillo-Oyagüe R, Lynch CD, Albaladejo A, Castaño A. Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study. *J Dent*. 2013;41(6):493–503.
- (55) Steinmassl PA, Steinmassl O, Kraus G, Dumfahrt H, Grunert I. Shortcomings of prosthodontic rehabilitation of patients living in long-term care facilities. *J Oral Rehabil*. 2016;43(4):286–90.

- (56) Quiceno BG, Gutiérrez MTC, Fandiño-Losada A. Cultural adaptation and validation of the geriatric oral health assessment index - GOHAI - Colombian version. *Colomb Med*. 2019;50(2):102–14.
- (57) Ming Y, Hsu SW, Yen YY, Lan SJ. Association of oral health–related quality of life and Alzheimer disease: A systematic review. *J Prosthet Dent* [Internet]. 2020;124(2):168–75.
- (58) 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* [Internet]. 2017;56:78–83.
- (59) 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.
- (60) Shao R, Hu T, Zhong YS, Li X, Gao YB, Wang YF, et al. Socio-demographic factors, dental status and health-related behaviors associated with geriatric oral health-related quality of life in Southwestern China. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):1–9.
- (61) Kundapur V, Hegde R, Shetty M, Mankar S, Hilal M, Prasad A H. Effect of Loss of Teeth and its Association with General Quality of Life using Geriatric Oral Health Assessment Index (Gohai) among Older Individuals Residing in Rural Areas. *Int J Biomed Sci* [Internet]. 2017;13(1):6–12.
- (62) World Health Organization. *Oral Health Surveys - Basic Methods* 5th edition. Geneva. WHO; 2013.
- (63) Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saude Publica*. 2013;31(2):153–9.
- (64) Ortíz-Barríos LB, Granados-García V, Cruz-Hervert P, Moreno-Tamayo K, Heredia-Ponce E, Sánchez-García S. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: The oral health status through a latent class analysis. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1–10.
- (65) Aguirre-Bustamante J, Barón-López FJ, Carmona-González FJ, Pérez-Farinós N, Wärnberg J. Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):1–11.

- (66) Denis F, Hamad M, Trojak B, Tubert-Jeannin S, Rat C, Pelletier JF, et al. Psychometric characteristics of the "General Oral Health Assessment Index (GOHAI)» in a French representative sample of patients with schizophrenia. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):1–10.
- (67) Leake, J. An Index of Chewing Ability. *J Public Health Dent*. 1990. 50(4):262-267.
- (68) Cosme DC, Baldisserotto SM, Fernandes EDL, Rivaldo EG, Rosing CK, Shinkai RSA. Functional evaluation of oral rehabilitation with removable partial dentures after five years. *J Appl Oral Sci*. 2006;14(2):111–6.
- (69) Jorge JH, Quishida CCC, Vergani CE, Machado AL, Pavarina AC, Giampaolo ET. Clinical evaluation of failures in removable partial dentures. *J Oral Sci*. 2012;54(4):337–42.
- (70) Hummel SK, Wilson MA, Marker VA, Nunn ME. Quality of removable partial dentures worn by the adult U.S. population. *J Prosthet Dent*. 2002;88(1):37–43.
- (71) Krausch-Hofmann S, Cuyppers L, Ivanova A, Duyck J. Predictors of Patient Satisfaction with Removable Denture Renewal: A Pilot Study. *J Prosthodont*. 2018;27(6):509–16.
- (72) Fenlon MR, Sherriff M, Walter JD. Agreement between clinical measures of quality and patients' rating of fit of existing and new complete dentures. *J Dent*. 2002;30(4):135–9.
- (73) Jain P, Rathee M. Stability In Mandibular Denture. StatPearls Publishing; 2020.
- (74) Hescot P. The New Definition of Oral Health and Relationship between Oral Health and Quality of Life. *Chin J Dent Res*. 2017;20(4):189–92.
- (75) Yu N-H, Shin A, Ahn S, Song K, Choi Y-H. Estimation and change of edentulism among Korean population: Korea National Health and Nutrition Examination Survey in 2007-2018. *Epidemiol Health*. 2021;43:1-8.
- (76) Degirmenci K, Kalaycioglu O. Evaluation of quality of life and oral hygiene attitudes of individuals using dental prostheses during the COVID-19 pandemic. *J Prosthet Dent*. 2021 May 22:S0022-3913(21)00196-7.
- (77) Turgut CZ, Yurdakos A, Gokalp KP. The association between denture care and oral hygiene habits, oral hygiene knowledge and periodontal

- status of geriatric patients wearing removable partial dentures. *Eur Oral Res.* 2020;54(1):9–15.
- (78) Sharma N, Shukla J, Sharma D, Mehta D, Kakde L, Bais K. Perceived Status and Care Practices among Complete Denture Wearers. *J Pharm Bioallied Sci.* 2020;12(1):336-339.
- (79) Delwel S, Binnekade TT, Perez RSGM, Hertogh CPM, Scherder EJA, Lobbezoo F. Oral health and orofacial pain in older people with dementia: a systematic review with focus on dental hard tissues. *Clin Oral Investig [Internet].* 2017;21(1):17–32.
- (80) Newton P, Curl C, Prasad R, Pass P, Bowden J. A qualitative exploratory study of informal carers' experiences of identifying and managing oral pain and discomfort in community-dwelling older people living with dementia. *Geriatr.* 2018;3(3).
- (81) 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.
- (82) Miranda SB, Possebon AP da R, Schuster AJ, Marcello-Machado RM, de Rezende Pinto L, Faot F. Relationship Between Masticatory Function Impairment and Oral Health-Related Quality of Life of Edentulous Patients: An Interventional Study. *J Prosthodont.* 2019;28(6):634–42.
- (83) Oncescu AMM, Preoteasa CT, Preoteasa E. Masticatory function parameters in patients with removable dental prosthesis. *J Med Life.* 2019;12(1):43–8.
- (84) Takamiya AS, Monteiro DR, Marra J, Compagnoni MA, Barbosa DB. Complete denture wearing and fractures among edentulous patients treated in university clinics. *Gerodontology.* 2012;29(2).
- (85) Marcello-Machado RM, Bielemann AM, Nascimento GG, Pinto L de R, Del Bel Cury AA, Faot F. Masticatory function parameters in patients with varying degree of mandibular bone resorption. *J Prosthodont Res [Internet].* 2017;61(3):315–23.
- (86) Mirchandani B, Perrier P, Grosogeat B, Jeannin C. Accurate Tongue-Palate Pressure Sensing Device to Study Speech Production and Swallowing in Patients with Complete Denture. *Eur J Dent.* 2021.

- (87) Michael CG, Javid NS, Colaizzi FA, Gibbs CH. Biting strength and chewing forces in complete denture wearers. *J Prosthet Dent.* 1990;63(5):549–53.
- (88) Bangasser DA, Valentino RJ. Sex differences in stress-related psychiatric disorders: neurobiological perspectives. *Front Neuroendocrinol.* 2014;35(3):303-19.
- (89) Papadaki E, Anastassiadou V. Elderly complete denture wearers: A social approach to tooth loss. *Gerodontology.* 2012;29(2):1–7.
- (90) Petry J, Lopes AC, Cassol K. Autopercepção das condições alimentares de idosos usuários de prótese dentária. *CoDAS.* 2019;31(3):e20180080.
- (91) Zenthöfer A, Ehret J, Zajac M, Kilian S, Rammelsberg P, Klotz AL. The effects of dental status and chewing efficiency on the oral-health-related quality of life of nursing-home residents. *Clin Interv Aging.* 2020;15:2155–64.
- (92) de Jesus RM, Campos FL, Rodrigues LG, Perazzo M de F, Soares AR dos S, Ribeiro MT de F, et al. Guideline for oral care of dependent elders: Mapping review and cross-cultural adaptation to Portuguese-Brazil. *Braz Oral Res.* 2020;34:1–10.
- (93) Weintraub JA, Zimmerman S, Ward K, Wretman CJ, Sloane PD, Stearns SC, Poole P, Preisser JS. Improving Nursing Home Residents' Oral Hygiene: Results of a Cluster Randomized Intervention Trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2018 Dec;19(12):1086-1091.
- (94) Brantes MF, Azevedo RS, Rozza-De-menezes RE, Póvoa HC, Tucci R, Gouvêa AF, et al. Analysis of risk factors for maxillary denture-related oral mucosal lesions: A cross-sectional study. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal.* 2019;24(3):e305–13.
- (95) de Medeiros MMD, Carletti TM, Magno MB, Maia LC, Cavalcanti YW, Rodrigues-Garcia RCM. Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):1–25.

Capítulo 7: Anexos

7 Anexos

Anexo 1- Questionário



Questionário

Estimado(a) Senhor(a),

O seguinte questionário destina-se à recolha de dados para o seguinte projeto "Qualidade de vida em pacientes geriátricos portadores de prótese removível".

Este visa avaliar a qualidade de vida de pacientes geriátricos portadores de prótese removível através da aplicação do questionário GOHAI, do Índice de Leake para avaliação da capacidade mastigatória, da recolha de dados da saúde geral, oral e sociodemográficos e de um exame clínico intraoral para avaliação da condição protética.

O exame clínico intra-oral irá ser realizado na Clínica Universitária da Faculdade de Medicina Dentária de Viseu, da Universidade Católica Portuguesa. Neste exame, iremos realizar perguntas relacionadas à prótese removível do participante, à sua higienização e adaptação e relativas à saúde oral.

Ativar o V
Aceda a Def

I Dados pessoais

Sexo: Feminino Masculino

Idade _____

II Caracterização da Saúde Oral

Que tipo de Prótese Removível possui?

Prótese parcial? Sim Não

Prótese total superior? Sim Não

Prótese total inferior? Sim Não

Ativar o V
Aceda a De:

Com que frequência escova os seus dentes?

Duas ou mais vezes por dia

1 vez por dia

Algumas vezes por semana

Algumas vezes por mês

Nunca

Outras: _____

Como realiza a higienização da sua prótese?

Lavo com a minha escova de dentes

Lavo com escova própria para a prótese

Lavo com pasta de dentes

Lavo com pasta própria para a prótese

Lavo só com água

Coloco num copo com uma pastilha durante a noite

Outras: _____

Consegue colocar e retirar a prótese facilmente?

Sim Não

Realiza descanso da prótese?

Sim Não

Exemplos:

Retira a prótese para dormir? Sim Não

Retira a prótese quando está em casa? Sim Não

Costuma sentir dor na cavidade oral?

Sim Não

Essa dor é provocada pela prótese?

Sim Não

Sente que a sua prótese está bem-adaptada e segura?

Sim Não

Como descreve a condição dos seus dentes e gengivas?

	Excelente	Muito Boa	Boa	Média	Má	Muito má
Dentes						
Gengivas						

At
Ace

Anexo 2- Índice GOHAI

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

Anexo 3- Índice de *Leake*

Índice de Leake – capacidade mastigatória			
Tipo de alimento	Não consigo	Consigo com certa dificuldade	Consigo sem nenhuma dificuldade
Legumes cozidos (brócolos, cenouras, feijão verde)			
Bife, costeleta			
Cenoura crua (inteira)			
Salada crua (alface, pepino, tomate)			
Maçã inteira com casca (sem cortar)			

Anexo 4- Parecer da Comissão de Ética

Título: Qualidade de vida em pacientes geriátricos portadores de prótese removível

Investigador Principal: Sarah Dias Fatmi

Orientador: Patrícia Sofia Soares Couto; Ana Margarida Santos e Silva; André Ricardo Maia Correia.

Estudo com vista a obtenção de grau de Mestre. Mestrado integrado.

Estiveram presentes na reunião nº 24 da CES-UCP

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas

Doutor Jerónimo Santos Trigo

Doutor Pedro Garcia Marques

Dr. Eugénio Fonseca

Doutora Ana Mineiro Zaky

Doutora Marta Brites

Conclusão

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião de 21 de dezembro de 2020, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, e após apreciação dos esclarecimentos submetidos pela investigadora em 27 de novembro de 2020, a emissão de **Parecer Favorável**.

Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES-UCP.

A Presidente,

Mara de Sousa Freitas

Mara de Sousa Freitas

21/12/2020

Anexo 5- Consentimento Informado

Consentimento informado

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

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

Nome do participante no estudo.

Assinatura: _____ . Data: __/__/____

Nome do investigador responsável.

Assinatura: _____ . Data: __/__/____

Nome do orientador responsável.

Assinatura: _____ . Data: __/__/____

Ativ
Aced.

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

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

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

Título do estudo: "Qualidade de vida em pacientes geriátricos portadores de prótese removível".

Enquadramento: A área de Gerodontologia é cada vez mais atual, visto estarmos perante uma sociedade envelhecida, com uma esperança média de vida aumentada, concomitante com a presença de patologias de carácter crónico que se prolongam por vários anos. De forma a substituir os dentes perdidos, muitos idosos possuem próteses removíveis. Este tipo de reabilitação pressupõe uma melhoria da eficácia mastigatória, da estética e até da fonação dos idosos. Neste âmbito surge a importância de avaliar a qualidade de vida do idoso relacionada com a sua saúde oral.

Condições: O estudo será composto por dois momentos distintos. Numa primeira fase será realizado um questionário simples para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, pela aplicação do Inquérito GOHAI. Após o preenchimento deste questionário e numa segunda fase, será realizado a todos os inquiridos, um exame clínico para avaliação da condição oral, e o preenchimento do índice de Leake que terá a duração aproximadamente de 15 minutos. Posteriormente será realizada uma análise estatística dos dados recolhidos.

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

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

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

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